

Nome: \_\_\_\_\_

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A. (GHC) – HOSPITAL  
FEDERAL DE BONSUCESSO – RJ – Concurso Público – 002/2026****047 – MÉDICO (MEDICINA INTENSIVA  
PEDIÁTRICA) – PROVA 01****PROVA ESCRITA OBJETIVA  
CADERNO DE QUESTÕES**

**ATENÇÃO:** Transcreva no espaço do seu CARTÃO-RESPOSTA, com sua caligrafia usual, a frase abaixo.

Sempre parece impossível até que seja feito.

**Leia atentamente as instruções abaixo e aguarde a autorização para abertura deste caderno de questões.**

1. **Confira o CADERNO DE QUESTÕES nos primeiros 30 minutos de prova.** Caso haja algum erro de impressão, ausência de questão, dentre outros, a prova poderá ser substituída nesse intervalo de tempo.
2. Confira o CARTÃO-RESPOSTA e assine seu nome no espaço próprio, utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta. A ausência de assinatura incide na desclassificação do candidato.
3. Não dobre, não amasse, nem manche o CARTÃO-RESPOSTA. Ele **NÃO** poderá ser substituído.
4. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 5 opções identificadas com as letras A, B, C, D, E. Assinale apenas uma opção em cada questão, caso contrário, ela será nula.
5. O tempo disponível para esta prova é de **3h**.
6. Reserve os 30 minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão considerados na avaliação.
7. Os candidatos, após entrarem na sala da prova, somente poderão retirar-se após decorridas duas horas do tempo de duração previsto.
8. Quando terminar a prova, entregue-a ao fiscal **SEM FALTAR NENHUMA PÁGINA OU PARTE DELA**, juntamente com o CARTÃO-RESPOSTA. Em seguida, assine a LISTA DE PRESENÇA. Caso o CADERNO DE QUESTÕES E/OU o CARTÃO-RESPOSTA estejam rasgados ou incompletos, o candidato será eliminado.
9. O candidato também será excluído do certame caso:
  - a) Utilize, durante a realização da prova, máquinas e/ou relógios de calcular, bem como rádios, gravadores, fones de ouvido, telefones celulares ou fonte de consulta de qualquer espécie.
  - b) Ausente-se da sala de prova levando consigo o CADERNO DE QUESTÕES, antes do tempo estabelecido, e/ou CARTÃO-RESPOSTA.
  - c) Deixe de assinalar corretamente o campo no CARTÃO-RESPOSTA.



CONCURSO PÚBLICO



**GABARITO**

<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>

**047 – MÉDICO (MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA) –  
PROVA 01****CONHECIMENTOS GERAIS****Questão 01**

As Normas de Habilitação para a Atenção Especializada no Processo Transexualizador, previstas na Portaria de Consolidação n.º 2/2017, estabelecem critérios para serviços de saúde que desejam ofertar esse cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando essas disposições, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A habilitação é restrita a hospitais universitários federais, não podendo ser concedida a serviços estaduais ou municipais.
- b) Os serviços habilitados devem garantir equipe multiprofissional composta, no mínimo, por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, assegurando acompanhamento integral.
- c) A portaria prevê que o processo transexualizador pode ser iniciado apenas após os 25 anos de idade, em consonância com normas internacionais de saúde.
- d) A habilitação dispensa comprovação de capacidade e regulamentação em órgãos competentes, bastando a manifestação de interesse do gestor estadual ou municipal para regulamentação nessas instâncias.
- e) O processo transexualizador é regulamentado apenas para procedimentos cirúrgicos e acompanhamento psicológico.

**Questão 02**

O Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde. Tais ações e serviços envolvem diretamente a proteção da vida, da dignidade humana e do bem-estar coletivo. Além disso, o exercício da prática assistencial está inserido em um contexto de interesse público e de responsabilidade ética e legal, contribuindo diretamente para a efetivação da cidadania. Com base no Artigo 197, é CORRETO afirmar que:

- a) As ações voltadas à promoção da saúde deixam de ser enquadradas como atividades típicas de prestação de serviços públicos, passando a ser compreendidas, em caráter complementar, como

iniciativas de natureza privada, desvinculadas da obrigação estatal de execução direta.

- b) Tais ações e serviços, mesmo quando prestados por instituições particulares, são passíveis de regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público, que detém a competência constitucional para assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança.
- c) Como as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, a consequência jurídica é a vedação de qualquer uso de recursos orçamentários estatais para o pagamento de serviços prestados por instituições privadas de saúde, reforçando a prioridade do investimento no sistema público.
- d) A crescente demanda por cuidados de saúde e sua relevância socioeconômica conferem caráter de relevância pública às ações executadas por pessoas físicas ou jurídicas privadas, dispensando regulamentação e controle estatal por se tratarem de atividades menos complexas e desvinculadas de grandes redes hospitalares.
- e) Segundo o Art. 197, a competência do Poder Público limita-se à prestação direta das ações de saúde, não lhe cabendo regulamentar, fiscalizar ou controlar aquelas executadas por particulares, já que estas se enquadram como atividades de livre iniciativa.

**Questão 03**

O Art. 6º da Lei n.º 8.080/1990, inclui ações e serviços voltados à saúde do trabalhador nas atribuições do SUS. Com base nesse dispositivo e em seus incisos, assinale a alternativa que apresenta apenas ações que integram as atribuições do SUS no campo de saúde do trabalhador, conforme a Lei Orgânica da Saúde.

- a) Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou de doença ocupacional; participação na avaliação e controle de riscos no processo de trabalho e revisão periódica da listagem de doenças relacionadas ao trabalho.
- b) Fiscalização de benefícios previdenciários; definição da jornada máxima de trabalho saudável; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde e concessão de aposentadoria especial ao trabalhador exposto a agentes nocivos.

- c) Realização de perícias trabalhistas judiciais; garantir a interdição de máquinas, setores ou ambientes de trabalho diante de risco iminente à vida ou à saúde, quando solicitado pelo sindicato dos trabalhadores e gestão e fiscalização de programas de seguro de vida.
- d) Avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; captação de recursos para ações de saúde por meio dos Conselhos Profissionais e regulamentação da contribuição sindical para planos coletivos de saúde.
- e) Organização de conselhos de fiscalização do exercício da profissão; criação de normas de registro em conselhos de classe; definição de piso salarial das categorias da saúde e participação na fiscalização dos serviços de saúde do trabalhador nas empresas públicas e privadas.

**Questão 04**

Conforme o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece que as ações e serviços do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema organizado segundo diretrizes específicas, é CORRETO afirmar que:

- a) O SUS é centralizado pela União, que detém direção única em todo o território nacional, capitaneada pelo Poder Executivo, mas fiscalizada pelo Legislativo, que representa a participação popular.
- b) O atendimento integral deve priorizar serviços hospitalares, distribuídos em rede colaborativa e racionalizada, em detrimento das atividades preventivas, com base nos agravos com maior incidência nacional.
- c) A participação da comunidade é garantida pelo serviço de Ouvidoria e pela possibilidade de a liderança estadual opcionalmente aceitar as solicitações e julgar quais as melhores ações adotadas no território.
- d) O SUS é organizado em rede regionalizada e hierarquizada, com descentralização e direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, priorizando atividades preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais, e participação da comunidade.
- e) O SUS é estruturado pela União de acordo com critérios clínicos e epidemiológicos, baseado em hierarquia centralizada que determina a composição da rede regional, que dá suporte às unidades do município.

**Questão 05**

A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), instituída em 2003, buscou transformar práticas de atenção e gestão no SUS, valorizando o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e gestores. A Lei 15.126, sancionada em 28 de abril de 2025, trouxe uma mudança importante a respeito dessa política pública tão relevante. Considerando esses elementos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A Lei n.º 15.126/2025 consolidou a atenção humanizada como princípio legal do SUS, reforçando que o cuidado deve integrar dimensões técnicas e subjetivas, sem restringir-se a protocolos clínicos, e garantindo que a humanização seja obrigatória em todas as esferas de gestão e atenção.
- b) A HumanizaSUS, após a Lei n.º 15.126/2025, passou a ser considerada política estadual sem força normativa vinculante, cabendo a cada ente federativo adotar práticas humanizadas, garantindo que o acolhimento e a clínica ampliada sejam obrigatórios em todos os hospitais gerais dos municípios.
- c) A atualização normativa de 2025 revogou a Política Nacional de Humanização, substituindo-a por um novo programa de gestão hospitalar voltado para a eficiência administrativa, o acolhimento por classificação de risco, a participação dos usuários na cogestão de unidades.
- d) A Lei n.º 15.126/2025 incluiu a atenção humanizada como princípio constitucional do SUS, alterando diretamente o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, de modo que a humanização passou a ser diretriz constitucional, reforçando o compromisso do Estado brasileiro com a humanização das unidades de saúde.
- e) A Política Nacional de Humanização, após a Lei n.º 15.126/2025, foi ampliada como programa ministerial transversal, para ser aplicada em todas as unidades hospitalares de grande porte, e em unidades da atenção básica ou especializada em municípios estratégicos, expandindo os serviços de acolhimento.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS****Questão 06**

Uma criança de 8 anos com doença neuromuscular avançada, ventilação invasiva crônica e múltiplas internações por insuficiência respiratória é readmitida

com pneumonia grave. Após discussão multidisciplinar, a equipe conclui que uma nova reanimação prolongada teria baixíssima probabilidade de benefício e alto potencial de sofrimento. Os pais compreendem o prognóstico e pedem foco em conforto. Acerca do caso, assinale a conduta CORRETA:

- a) Manter plano de reanimação padrão sem alinhar objetivos de cuidado, registrando no prontuário apenas que a família “quer tudo”.
- b) Formalizar plano de cuidado centrado em conforto, registrar decisão compartilhada, alinhar equipe e manter medidas proporcionais aos objetivos definidos.
- c) Retirar medidas de conforto (analgesia, sedação e oxigênio), justificando que foco em conforto exige reduzir intervenções sintomáticas.
- d) Solicitar parecer do comitê de ética e adiar a definição do plano assistencial e a comunicação com a família até a emissão do parecer.
- e) Condicionar o início de cuidados paliativos à assinatura de termo de isenção de responsabilidade pelos pais e pela chefia do serviço.

#### **Questão 07**

Em uma UTIP, a densidade de infecção primária de corrente sanguínea associada a CVC aumentou nos últimos 4 meses. Auditoria mostrou variação na antisepsia da pele, falhas na troca de curativo e ausência de revisão diária da necessidade do dispositivo. Dessa forma, a intervenção que tem maior potencial de reduzir eventos de forma sustentada é:

- a) Trocar o CVC em intervalos programados e usar antibiótico profilático durante a permanência do dispositivo.
- b) Implementar bundle de inserção e manutenção com checklist, antisepsia padronizada, higiene de mãos e revisão diária da necessidade do CVC.
- c) Realizar hemoculturas de triagem em pacientes com CVC, com repetição seriada para antecipar bacteremia.
- d) Padronizar curativo oclusivo com troca espaçada e reduzir manipulação, sem auditoria de técnica de inserção e manutenção.
- e) Substituir CVC por acesso periférico prolongado mesmo quando a necessidade de terapia venosa central se mantém.

#### **Questão 08**

Em uma UTIP, 5 de 20 crianças que utilizaram um mesmo nebulizador inadequadamente reprocessado desenvolveram infecção respiratória no intervalo de 72 horas. A equipe de vigilância quer estimar a proporção de indivíduos adoecidos entre os expostos naquela ocorrência pontual. Nesse caso, a medida CORRETA deve ser:

- a) Incidência densidade, dividindo casos pelo total de pacientes-dia da unidade ao longo do mês.
- b) Letalidade, dividindo número de óbitos pela soma de casos suspeitos e confirmados do mesmo período.
- c) Prevalência pontual, dividindo infectados pelo número total de pacientes internados no dia da inspeção.
- d) Taxa de ataque, dividindo o número de doentes entre os expostos ao evento no período do surto.
- e) Razão de mortalidade padronizada, comparando óbitos observados e esperados segundo escore prognóstico.

#### **Questão 09**

Uma UTIP deseja comparar ao longo do ano o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) entre diferentes períodos, ajustando a análise pelo tempo de exposição ao ventilador. Nesse contexto, o indicador CORRETO deve ser:

- a) Número absoluto de casos de PAV por mês, sem ajuste, por refletir diretamente a carga de trabalho da equipe.
- b) Percentual de pacientes ventilados na unidade, pois a taxa de utilização do ventilador equivale ao risco de PAV.
- c) Densidade de incidência de PAV por 1.000 dias de ventilação mecânica, com monitoramento seriado e comparação temporal.
- d) Tempo médio de permanência na UTIP, pois internações longas correspondem a maior incidência de PAV.
- e) Taxa de ocupação de leitos, por refletir pressão assistencial associada ao uso de dispositivos invasivos.

#### **Questão 10**

Durante teleatendimento, a mãe de um lactente de 6 meses relata dificuldade respiratória progressiva, pausas respiratórias breves, gemência e recusa alimentar. Não consegue aferir saturação em casa. Conforme o caso, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Orientar lavagem nasal, fracionar dieta e programar consulta presencial em 24 horas, pois bronquiolite tende a melhorar com suporte.
- b) Prescrever broncodilatador inalatório e reavaliar por chamada de vídeo em 2 horas para decidir necessidade de urgência.
- c) Orientar encaminhamento imediato a serviço de urgência, registrar sinais de alarme informados e manter orientações de segurança até o transporte.
- d) Solicitar radiografia de tórax e hemograma ambulatoriais antes de avaliação presencial, para definir gravidade do caso.
- e) Recomendar antitérmico, posicionamento elevado e observação domiciliar, orientando retorno se houver piora de cor ou de consciência.

**Questão 11**

Criança de 2 anos, internada por bronquiolite grave, evolui com rebaixamento do nível de consciência. Após abertura de via aérea e ventilação eficaz com bolsa válvula máscara por 1 minuto (elevação torácica adequada), o monitor mostra ritmo de bradicardia sinusal. A frequência cardíaca permanece em 50 bpm, com pulsos fracos e má perfusão. Em relação ao caso, a conduta imediata CORRETA é:

- a) Administrar adenosina em bolus, tratando como taquiarritmia supraventricular com condução variável, e reavaliar após 2 minutos.
- b) Iniciar compressões torácicas coordenadas à ventilação e preparar epinefrina, mantendo ventilação eficaz e monitorização contínua.
- c) Realizar cardioversão sincronizada imediata, pois bradicardia com hipoperfusão define instabilidade elétrica primária.
- d) Administrar atropina e reavaliar a resposta hemodinâmica antes de iniciar compressões, priorizando hipótese de tônus vagal aumentado.
- e) Solicitar gasometria arterial e glicemia capilar antes de iniciar compressões, para orientar causa reversível de forma completa.

**Questão 12**

Menino de 5 anos chega à emergência com febre, extremidades frias, enchimento capilar de 5 segundos, pulsos periféricos filiformes e rebaixamento do nível de consciência. PA 84/68 mmHg (pressão diferencial estreita). Recebeu 40 mL/kg de cristalóide com melhora parcial, mas segue hipoperfundido. O vasoativo considerado melhor escolha inicial, de acordo com o fenótipo de choque frio e possibilidade de infusão periférica titulada, é:

- a) Dobutamina em infusão periférica como primeira escolha, visando aumento de débito sem necessidade de vasopressor.
- b) Nitroprussiato em infusão contínua, para reduzir pós carga e melhorar perfusão antes de iniciar droga vasoativa.
- c) Epinefrina em infusão, com titulação conforme resposta clínica e hemodinâmica, como escolha usual para choque frio refratário a fluidos.
- d) Furosemida em bolus e reavaliação, visando reduzir edema intersticial e melhorar perfusão tecidual no choque séptico.
- e) Bicarbonato de sódio em infusão, com correção da acidose como estratégia central para recuperar contratilidade e perfusão.

**Questão 13**

Menina de 10 anos, previamente hígida, apresenta taquicardia, hepatomegalia, pulso fraco e perfusão lentificada após quadro viral recente. Ecocardiograma mostra disfunção sistólica importante do ventrículo esquerdo. Pressão arterial está no limite inferior da normalidade. Sobre o tema, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Administrar bolus repetidos de cristalóide até normalização da frequência cardíaca, por considerar hipovolemia a causa principal da disfunção.
- b) Iniciar inotrópico/vasoativo apropriado, monitorização intensiva e manejo ventilatório conforme necessidade, evitando expansão volêmica excessiva.
- c) Prescrever beta bloqueador e alta, pois o controle da frequência cardíaca é suficiente para reverter a miocardite aguda.
- d) Iniciar diurético e suspender toda infusão venosa, pois restrição hídrica rígida é a medida central na fase aguda.
- e) Realizar cardioversão sincronizada, pois taquicardia sustentada com hepatomegalia define arritmia elétrica primária.

**Questão 14**

Lactente de 8 meses com bronquiolite apresenta FR 70 irpm, batimento de asa nasal, gemência, retrações intensas e queda progressiva do nível de consciência. Após oxigênio de alto fluxo, mantém saturação 88% e episódios de apneia. Diante do exposto, assinale a conduta CORRETA:

- a) Manter alto fluxo por mais 6 horas e reavaliar, pois, bronquiolite tende a melhorar com suporte não invasivo progressivo.
- b) Trocar para nebulização com broncodilatador e observar resposta, pois a falha do alto fluxo sugere broncoespasmo predominante.
- c) Indicar ventilação invasiva com sequência adequada de intubação, diante de apneia, hipoxemia refratária e exaustão respiratória.
- d) Solicitar radiografia de tórax antes de decidir via aérea definitiva, para confirmar o diagnóstico antes de intervenção invasiva.
- e) Prescrever diurético e restrição hídrica, pois hipoxemia refratária em bronquiolite sugere edema pulmonar associado.

**Questão 15**

Adolescente de 13 anos é intubado por estado de mal asmático refratário. Após conexão ao ventilador, persistem auto PEEP elevada e hipotensão durante a ventilação. Nesse contexto, o ajuste ventilatório CORRETAMENTE apropriado para reduzir o aprisionamento aéreo é:

- a) Aumentar frequência respiratória e reduzir tempo expiratório, buscando maior ventilação minuto e eliminação rápida do CO<sub>2</sub>.
- b) Reduzir tempo inspiratório, diminuir frequência respiratória e aceitar hipercapnia permissiva, favorecendo maior tempo expiratório.
- c) Elevar PEEP extrínseca de forma agressiva e aumentar volume corrente para vencer resistência e colapso dinâmico.
- d) Usar ventilação com volume corrente alto e fluxo inspiratório baixo, priorizando distribuição homogênea e menor trabalho do ventilador.
- e) Suspender sedação para permitir sincronia espontânea, pois o esforço respiratório do paciente reduz hiperinsuflação dinâmica.

**Questão 16**

Menino de 9 anos com insuficiência renal aguda apresenta fraqueza muscular e bradicardia. ECG mostra ondas T apiculadas e alargamento do QRS. Potássio sérico = 7,2 mEq/L. De acordo com o enunciado, a conduta CORRETA para reduzir o risco de arritmia fatal é:

- a) Administrar bicarbonato de sódio como medida inicial e aguardar queda do potássio antes de outras intervenções.

- b) Administrar gluconato de cálcio intravenoso para estabilização de membrana, associado a medidas de deslocamento/remoção do potássio.
- c) Prescrever resina trocadora por via oral e repetir ECG após 6 horas, com monitorização seriada até melhora eletrocardiográfica.
- d) Iniciar furosemida como estratégia prioritária, visando eliminação renal do potássio e reavaliação por diurese.
- e) Infundir solução glicosada sem insulina, pois a oferta de glicose promove deslocamento intracelular suficiente do potássio.

**Questão 17**

Adolescente de 12 anos chega com vômitos, dor abdominal, respiração de Kussmaul e glicemia capilar 480 mg/dL. Gasometria: pH 7,08; bicarbonato 8 mEq/L. Potássio sérico 4,8 mEq/L. Está desidratado, com pulsos presentes e sem choque profundo. Acerca do tema, a conduta CORRETA é:

- a) Iniciar bolus de insulina e bicarbonato de sódio, seguido de hidratação, para corrigir rapidamente acidose e hiperglicemia.
- b) Iniciar cristalóide isotônico, monitorar diurese e eletrólitos, iniciar insulina contínua sem bolus e repor potássio conforme K e diurese.
- c) Restringir fluidos nas primeiras horas e usar insulina subcutânea, visando queda gradual da glicemia com menor risco neurológico.
- d) Iniciar solução hipotônica com glicose desde o início e postergar potássio até normalização do pH, com insulina em bolus intermitentes.
- e) Iniciar insulina em dose alta desde a admissão e corrigir volume depois, ajustando eletrólitos apenas após estabilização inicial.

**Questão 18**

Uma criança de 6 anos chega inconsciente, sem história clara. Está com via aérea parcialmente pérvia, respiração irregular e sem sinais evidentes de trauma externo. Conforme o caso, a conduta CORRETA nas primeiras etapas do atendimento deve ser:

- a) Solicitar tomografia de crânio antes de qualquer intervenção, para diferenciar coma metabólico de estrutural sem alterar exame neurológico.
- b) Priorizar sequência ABCDE, incluindo glicemia capilar imediata, proteção de via aérea e investigação paralela de causas reversíveis.

- c) Administrar naloxona em dose de rotina para todo coma, independentemente de sinais associados ou contexto epidemiológico.
- d) Realizar punção lombar logo na chegada, pois meningite deve ser excluída antes de sedação, intubação ou infusão de fluidos.
- e) Prescrever antitérmico e observar em leito monitorizado, pois coma pediátrico costuma ser secundário a virose autolimitada.

**Questão 19**

Adolescente de 15 anos, obeso, com síndrome nefrótica e cateter venoso central, apresenta dispneia súbita, dor torácica pleurítica e taquicardia. Está hipotenso e com sinais de baixo débito. Ecocardiograma à beira leito mostra sobrecarga aguda de ventrículo direito. A conduta CORRETA, conforme o enunciado, é:

- a) Tratar com broncodilatador e corticoide, pois a sobrecarga de VD sugere crise asmática com hipertensão pulmonar transitória.
- b) Solicitar D dímero e aguardar resultado para decidir anticoagulação, evitando reperfusão sem marcador laboratorial de triagem.
- c) Iniciar heparina profilática e observação em UTI, reservando reperfusão para instabilidade refratária com parada cardiorrespiratória.
- d) Iniciar anticoagulação terapêutica e considerar terapia de reperfusão em razão da instabilidade hemodinâmica e da disfunção de VD.
- e) Administrar diurético e vasodilatador venoso, assumindo edema agudo cardiogênico como diagnóstico principal.

**Questão 20**

Criança de 4 anos chega à emergência com FC 260 bpm, perfusão ruim, hipotensão e rebaixamento progressivo. O monitor mostra taquicardia regular de QRS estreito. Após tentativa de manobras vagais sem reversão, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Administrar adenosina em bolus IV e repetir dose, mantendo observação e reavaliação clínica antes de cardioversão.
- b) Realizar cardioversão sincronizada imediata com energia adequada, mantendo preparo para sedação se o estado clínico permitir.
- c) Iniciar amiodarona em infusão lenta e aguardar resposta, pois a regularidade do ritmo favorece estabilidade elétrica.

- d) Administrar atropina e repetir manobras vagais, por considerar mecanismo relacionado a tônus vagal.
- e) Solicitar ECG de 12 derivações antes de intervir, priorizando definição eletrofisiológica completa do mecanismo.

**Questão 21**

Criança de 7 anos com pneumonia grave está em ventilação protetora, PEEP otimizada, sedação adequada e relação  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  de 70 apesar de  $\text{FiO}_2$  elevada. Não há contraindicação hemodinâmica ou neurológica relevante. Dessa forma, a estratégia adjuvante CORRETA deve ser:

- a) Reduzir PEEP e aumentar volume corrente, buscando melhorar ventilação alveolar e reduzir hipercapnia residual.
- b) Suspender sedação para permitir esforço espontâneo, pois ventilação assistida reduz necessidade de outras medidas.
- c) Instituir pronação por tempo adequado e reavaliar resposta gasométrica, mantendo ventilação protetora e monitorização.
- d) Iniciar corticoide em dose imunossupressora como intervenção central, dispensando mudança de estratégia ventilatória.
- e) Administrar bicarbonato de sódio para elevar pH e melhorar oxigenação, evitando ajustes adicionais no ventilador.

**Questão 22**

Menino de 6 anos, intubado por pneumonia grave, está em ventilação mecânica há 4 dias. Evolui com agitação intermitente, sono fragmentado e alternância entre apatia e desorientação, sem nova piora gasométrica. Analgesia é adequada. Em relação ao caso, assinale a conduta CORRETA:

- a) Aumentar benzodiazepínico até atingir sedação profunda contínua, priorizando imobilidade e reduzindo avaliações seriadas.
- b) Iniciar antipsicótico como medida central e reduzir analgésicos, pois dor costuma ser o principal determinante de delirium na UTIP.
- c) Aplicar estratégia multimodal com meta de sedação, rastreamento de delirium, redução de sedativos associados a delirium e medidas ambientais/familiares.
- d) Manter bloqueador neuromuscular contínuo por 24 horas, pois imobilidade controla agitação e reduz risco de autoextubação.

- e) Suspender sedação de forma abrupta para diferenciar delirium de desconforto respiratório, mesmo em ventilação controlada.

**Questão 23**

Menino de 10 anos com TCE grave está intubado e subitamente desenvolve anisocoria, hipertensão arterial e bradicardia. A conduta imediata CORRETA enquanto se organiza intervenção definitiva deve ser:

- a) Reduzir ventilação para elevar PaCO<sub>2</sub> e aumentar fluxo cerebral, buscando corrigir bradicardia e proteger o parênquima encefálico.
- b) Administrar solução hipotônica em bolus e manter cabeceira plana, para melhorar perfusão cerebral e reduzir isquemia secundária.
- c) Iniciar hiperventilação profunda e manter por período prolongado, buscando EtCO<sub>2</sub> em torno de 20–25 mmHg até nova tomografia.
- d) Elevar cabeceira, garantir sedação, administrar solução hipertônica e usar hiperventilação breve como resgate com alvo de EtCO<sub>2</sub> 30–35 mmHg.
- e) Suspender sedação e reduzir suporte hemodinâmico, pois avaliação pupilar contínua tem prioridade sobre controle de pressão intracraniana.

**Questão 24**

Menina de 4 anos chega em estado de mal convulsivo generalizado. Recebeu duas doses apropriadas de benzodiazepínico sem cessação das crises. Mantém via aérea protegida e monitorização adequada. Com base no tema, o próximo passo terapêutico CORRETO é:

- a) Repetir doses sucessivas de benzodiazepínico e aguardar resposta tardia, mantendo apenas suporte ventilatório e hemodinâmico.
- b) Administrar solução glicosada hipertônica antes de medir glicemia, por ser a causa mais comum de refratariedade convulsiva.
- c) Iniciar anestesia geral contínua de imediato, sem terapia antiepiléptica de segunda linha, para abreviar a convulsão rapidamente.
- d) Iniciar terapêutica antiepiléptica de segunda linha, como levetiracetam, valproato ou fosfenitoína, conforme contexto clínico e protocolo.
- e) Aguardar nova crise clínica para definir segunda linha, pois intervenção precoce aumenta eventos adversos sem ganho clínico.

**Questão 25**

Adolescente politraumatizado apresenta rabdomiólise grave, oligúria, potássio 7,0 mEq/L, acidose metabólica e edema pulmonar progressivo apesar de medidas

clínicas iniciais. Nesse caso, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Aumentar hidratação venosa e aguardar recuperação renal espontânea, com reavaliação laboratorial seriada nas próximas horas.
- b) Administrar manitol e bicarbonato como medidas centrais e adiar terapia renal substitutiva até elevação acentuada da creatinina.
- c) Iniciar terapia renal substitutiva, considerando hipercalemia refratária, sobrecarga volêmica e acidose como indicações dialíticas.
- d) Transfundir concentrado de hemácias para melhorar perfusão renal e reduzir risco de necrose tubular aguda.
- e) Suspender potenciais nefrotóxicos e observar por 24 horas, reavaliando necessidade de diálise após nova gasometria e eletrólitos.

**Questão 26**

Menino de 12 anos, após TCE grave, permanece em coma profundo, sem reatividade supraespinal aparente e sob ventilação mecânica. Antes de iniciar protocolo de morte encefálica, a condição que precisa ser assegurada para evitar diagnóstico equivocado é:

- a) Manter hipotermia leve como estratégia diagnóstica, pois reduz metabolismo cerebral e facilita demonstração de ausência de reflexos.
- b) Excluir fatores confundidores, incluindo sedação residual, distúrbios metabólicos significativos e hipotermia, com causa do coma conhecida.
- c) Induzir hipertensão arterial importante, pois a pressão elevada é requisito para o teste de apneia e para exames clínicos seriados.
- d) Aguardar pupilas fixas por 24 horas e iniciar o protocolo apenas com esse achado, sem necessidade de outras verificações clínicas.
- e) Realizar exame complementar perfusional como primeira etapa, substituindo a necessidade de exame clínico estruturado.

**Questão 27**

Criança com protocolo de morte encefálica encerrado evolui como potencial doadora de órgãos. Nas últimas horas, apresenta hipotensão, poliúria, hipernatremia e hipotermia. O objetivo fisiológico de maior relevância na manutenção para preservar viabilidade dos órgãos, nesse contexto, é:

- a) Manter instabilidade hemodinâmica “controlada” para reduzir consumo metabólico e evitar necessidade de múltiplas infusões.

- b) Corrigir distúrbios endocrinometabólicos, temperatura e perfusão, buscando estabilidade hemodinâmica e oxigenação adequadas.
- c) Restringir fluidos e suspender vasopressores, pois expansão volêmica prejudica qualidade dos enxertos.
- d) Evitar reposição hormonal, eletrólitos e aquecimento ativo, para não mascarar disfunções do potencial doador.
- e) Focar apenas na ventilação mecânica, pois o principal determinante da viabilidade de órgãos é a saturação arterial isolada.

**Questão 28**

Menino de 8 anos é levado à emergência após exposição acidental a inseticida agrícola. Apresenta sialorreia intensa, miose, broncorreia, fasciculações e bradicardia. Considerando o enunciado, assinale a conduta CORRETA:

- a) Iniciar naloxona e oxigênio, interpretando miose e bradicardia como síndrome opióide prioritária.
- b) Realizar lavagem gástrica como intervenção central e postergar antídotos até estabilização completa das secreções.
- c) Iniciar atropina titulada ao efeito clínico e associar reativador de colinesterase quando indicado, além de suporte ventilatório.
- d) Prescrever benzodiazepínico e observação, interpretando fasciculações e secreções como quadro autolimitado por irritação química.
- e) Usar anti histamínico e corticoide, por considerar reação alérgica sistêmica ao agente como mecanismo predominante.

**Questão 29**

Lactente de 5 meses chega à UTIP com convulsões e redução do nível de consciência. TC revela hematoma subdural e o exame oftalmológico evidencia hemorragias retinianas. O relato do cuidador é inconsistente com a gravidade do quadro. Acerca do caso, a conduta CORRETA é:

- a) Registrar hipótese clínica e aguardar confirmação judicial antes de comunicação formal à rede de proteção, para evitar denúncia indevida.
- b) Priorizar estabilização neurológica e postergar medidas de proteção social até a alta, para não interferir na investigação diagnóstica.
- c) Acionar rede de proteção e notificação compulsória conforme fluxo local, mantendo documentação detalhada e abordagem multiprofissional.

- d) Liberar a criança para os mesmos cuidadores após estabilização inicial, pois a causa do trauma ainda está sob investigação.
- e) Solicitar novo depoimento do cuidador e evitar documentação específica do caso, para preservar neutralidade médica.

**Questão 30**

Criança com CVC de longa permanência apresenta febre, hemoculturas periférica e do cateter positivas para *Staphylococcus aureus*, com instabilidade hemodinâmica inicial. Em relação ao cateter, assinale a conduta CORRETA:

- a) Manter o cateter e tratar com antibiótico sistêmico, priorizando preservação do acesso central em razão do risco mecânico da retirada.
- b) Trocar o cateter por fio guia no mesmo sítio, preservando acesso central e reduzindo necessidade de nova punção venosa.
- c) Remover o cateter e tratar com antibiótico apropriado, considerando risco de complicações e falha de salvage em bacteremia por *S. aureus*.
- d) Manter o cateter e realizar lock antimicrobiano como estratégia principal, reavaliando febre após 72 horas antes de decidir retirada.
- e) Aguardar ecocardiograma e culturas seriadas por alguns dias antes de decidir conduta, para preservar o acesso durante investigação.

**Questão 31**

Adolescente internado por pancreatite aguda apresenta taquicardia, febre, leucocitose e taquipneia nas primeiras 24 horas, sem foco infeccioso definido. Com base no tema, assinale a interpretação CORRETA para esse achado inicial:

- a) O quadro exclui pancreatite como causa primária, pois critérios inflamatórios sistêmicos indicam sepse bacteriana como diagnóstico principal.
- b) A presença de critérios de resposta inflamatória sistêmica pode ocorrer em pancreatite aguda e sinaliza maior risco de evolução grave.
- c) A febre em pancreatite define necrose infectada como hipótese dominante e impõe antibiótico de amplo espectro desde a admissão.
- d) A taquicardia associada à dor abdominal não integra avaliação de gravidade e não deve ser considerada na abordagem intensiva.
- e) A resposta inflamatória sistêmica só deve ser reconhecida após 72 horas, com confirmação por cultura e imagem antes da estratificação.

**Questão 32**

Criança de 6 anos com meningococemia evolui com necessidade de ventilação mecânica, oligoanúria, lactato elevado e coagulopatia. Diante do exposto, assinale a alternativa que indica a interpretação e prioridade terapêutica CORRETAS:

- a) O quadro representa infecção grave localizada; o foco principal deve ser tratar rash cutâneo e evitar múltiplas intervenções de suporte.
- b) A presença de disfunções em órgãos distintos define SDOM/IMOS e exige suporte simultâneo de órgãos, antibiótico e controle do foco.
- c) A ocorrência de coagulopatia e oligúria sugere reação medicamentosa, devendo-se suspender antibiótico e reavaliar o diagnóstico.
- d) A ventilação mecânica caracteriza complicação respiratória isolada e afasta a necessidade de abordagem hemodinâmica intensiva.
- e) O conceito de falência de múltiplos órgãos aplica-se apenas após 7 dias de internação e não no contexto inicial de choque infeccioso.

**Questão 33**

Criança internada por sepse de foco abdominal inicia meropenem e vancomicina empiricamente. Após 72 horas, culturas revelam Enterobacterales sensível a cefepime, sem crescimento de gram positivos, e a criança evolui com estabilidade hemodinâmica. Conforme o caso, assinale a conduta CORRETA:

- a) Manter meropenem e vancomicina até o fim, pois a melhora clínica confirma necessidade de esquema de maior espectro.
- b) Suspender antibioticoterapia ao observar estabilidade clínica após 72 horas, considerando resposta inflamatória não infecciosa.
- c) Descalonar o esquema conforme cultura e foco, retirando cobertura desnecessária e mantendo antimicrobiano dirigido com duração apropriada.
- d) Acrescentar aminoglicosídeo para prevenir resistência, mantendo os demais fármacos até a alta da UTIP.
- e) Trocar para antifúngico como conduta central, pois culturas bacterianas abdominais não definem patógeno dominante.

**Questão 34**

Criança de 11 anos em uso recente de clindamicina evolui com diarreia intensa, dor abdominal e leucocitose. Exame de fezes confirma toxina de *C. difficile*. De acordo com o tema, assinale a conduta CORRETA:

- a) Manter clindamicina e adicionar loperamida, pois a redução do peristaltismo diminui perdas e favorece recuperação clínica.
- b) Suspender o antibiótico precipitante quando viável e iniciar terapia específica para *C. difficile*, com monitorização de gravidade e hidratação.
- c) Prescrever probiótico como conduta principal e aguardar resolução, mantendo acompanhamento ambulatorial em curto prazo.
- d) Iniciar ceftriaxona e metronidazol intravenosos como cobertura ampla, mantendo dieta zero até cessar a diarreia.
- e) Indicar colonoscopia imediata e adiar tratamento específico até visualização direta de pseudomembranas.

**Questão 35**

Uma UTIP revisa práticas para reduzir pneumonia associada à ventilação mecânica. Nesse contexto, a medida abaixo tem melhor evidência como parte de um bundle preventivo é:

- a) Trocar o circuito do ventilador em base diária, mesmo sem sinais de sujidade, para reduzir colonização e biofilme.
- b) Manter cabeceira elevada quando possível, higiene oral protocolizada e reduzir sedação excessiva, favorecendo extubação oportuna.
- c) Usar antibioticoterapia profilática durante a intubação, visando prevenir pneumonia secundária ao ventilador.
- d) Realizar aspiração traqueal em horários fixos e profundos, mesmo com pouca secreção, para manter tubo sempre desobstruído.
- e) Padronizar nebulização com soro e broncodilatador em pacientes intubados, pois isso reduz biofilme e secreções infectadas.

**Questão 36**

Menino de 7 anos em uso prolongado de corticoide e quimioterapia apresenta dispneia progressiva, hipoxemia, tosse seca e infiltrado intersticial difuso bilateral. LDH está elevada. A conduta inicial CORRETA, nesse caso, deve ser:

- a) Iniciar oseltamivir e broncodilatador, por considerar influenza a principal causa de infiltrado difuso em imunocomprometido.
- b) Iniciar trimetoprim sulfametoxazol em dose terapêutica para *Pneumocystis* e considerar corticoide adjuvante na hipoxemia significativa.
- c) Prescrever ceftriaxona e azitromicina como conduta central, pois infiltrado difuso em imunossuprimidos é majoritariamente bacteriano comunitário.

- d) Iniciar fluconazol por via oral, por considerar candidíase pulmonar a hipótese mais provável em uso prévio de antibióticos.
- e) Aguardar broncoscopia e lavado broncoalveolar antes de iniciar terapia específica, para evitar tratamento empírico inadequado.

**Questão 37**

Considerando que uma UTIP pretende usar escores para comparar desempenho assistencial e estratificar gravidade na admissão, é CORRETO afirmar, sobre esses instrumentos, que:

- a) Escores prognósticos substituem julgamento clínico e devem definir, isoladamente, limitação de suporte e elegibilidade para terapias intensivas.
- b) Escores como PRISM/PIM têm utilidade em estratificação e benchmarking, mas não devem ser usados isoladamente para decisões individuais irreversíveis.
- c) O principal papel do escore de gravidade é escolher antibiótico empírico, dispensando correlação com foco infeccioso e contexto clínico.
- d) Escores prognósticos têm utilidade apenas em pesquisa multicêntrica e não oferecem valor para gestão assistencial em unidades reais.
- e) O uso de escores elimina necessidade de reavaliação seriada, pois a gravidade estimada na admissão permanece estável na internação.

**Questão 38**

Menino de 4 anos, séptico, já estabilizado hemodinamicamente e em baixa dose de vasopressor, está intubado há 18 horas. Sem sinais de isquemia intestinal, sangramento digestivo ou contra-indicação abdominal. Em relação a esse caso, a estratégia nutricional CORRETA é:

- a) Adiar nutrição por vários dias, pois o catabolismo inicial reduz risco de aspiração e distensão abdominal.
- b) Iniciar nutrição parenteral plena imediatamente, considerando ventilação mecânica como impedimento para via enteral precoce.
- c) Iniciar nutrição enteral precoce com progressão cautelosa, monitorando tolerância gastrointestinal e perfusão, mantendo estratégia individualizada.
- d) Manter apenas soluções glicosadas venosas até retirada completa do vasopressor, sem iniciar suporte enteral nas primeiras 48 horas.
- e) Utilizar dieta enteral apenas após normalização de marcadores inflamatórios e retirada de sedação, para reduzir risco de intolerância.

**Questão 39**

Uma adolescente com doença degenerativa progressiva apresenta falência respiratória recorrente, múltiplas internações e piora funcional contínua. Família solicita “fazer tudo”, mas demonstra insegurança e desconhecimento do prognóstico. A abordagem CORRETA da equipe da UTIP, nesse caso, é:

- a) Evitar discussão prognóstica e manter tratamentos escalonados, deixando conversas sobre prognóstico para momento terminal.
- b) Delegar a conversa ao psicólogo e manter foco exclusivo em procedimentos intensivos, para evitar conflitos entre equipe e familiares.
- c) Realizar reunião estruturada multiprofissional, esclarecer prognóstico e opções proporcionais, alinhar objetivos de cuidado e integrar cuidados paliativos ao tratamento intensivo.
- d) Transferir a decisão integral para o setor jurídico do hospital, adiando definições clínicas até manifestação formal da instituição.
- e) Suspender intervenções de suporte assim que a família reconhecer mau prognóstico, mesmo sem reavaliação clínica e plano documentado.

**Questão 40**

Criança internada na UTIP evolui com choque séptico secundário a pneumonia bacteriana adquirida na comunidade, seguida de SDOM e óbito. No preenchimento da declaração/atestado de óbito, a cadeia causal CORRETA é:

- a) Parada cardiorrespiratória → insuficiência respiratória → febre → sepse.
- b) Sepse → parada cardiorrespiratória → pneumonia → insuficiência respiratória.
- c) Insuficiência de múltiplos órgãos → parada cardíaca → pneumonia → choque.
- d) Choque séptico → insuficiência de múltiplos órgãos → pneumonia bacteriana adquirida na comunidade.
- e) Parada cardiorrespiratória → falência de órgãos → antibióticos → pneumonia comunitária.