

Nome: _____

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A. (GHC) – HOSPITAL
FEDERAL DE BONSUCESSO – RJ – Concurso Público – 002/2026****077 – MÉDICO (PNEUMOLOGIA 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

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

**077 – MÉDICO (PNEUMOLOGIA 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**

Um paciente pediátrico com fibrose cística avançada apresenta múltiplas exacerbações respiratórias e os pais solicitam a suspensão de medidas invasivas de

suporte ventilatório, alegando sofrimento prolongado da criança. Considerando os princípios da bioética aplicados à prática pneumológica pediátrica, a conduta CORRETA em relação à integração entre autonomia familiar, beneficência médica e justiça distributiva em ambiente hospitalar é:

- a) Respeitar integralmente a decisão dos pais, suspendendo toda forma de suporte ventilatório, sem considerar protocolos institucionais ou pareceres multiprofissionais.
- b) Avaliar a solicitação dos pais em conjunto com equipe multiprofissional, ponderando prognóstico, qualidade de vida e diretrizes éticas, antes de decidir pela manutenção ou suspensão das medidas.
- c) Priorizar exclusivamente a manutenção da vida biológica da criança, independentemente da percepção de sofrimento ou da vontade familiar, garantindo o princípio da sacralidade da vida.
- d) Transferir a responsabilidade da decisão para o comitê de ética hospitalar, sem participação ativa do médico assistente ou da equipe clínica diretamente envolvida no caso.
- e) Suspender imediatamente o suporte ventilatório, baseando-se apenas na percepção subjetiva de sofrimento relatada pelos familiares, sem avaliação clínica detalhada.

Questão 07

Durante o desenvolvimento embrionário, o divertículo respiratório surge a partir do intestino anterior. Alterações nesse processo podem resultar em malformações congênitas graves. Conforme o desenvolvimento embrionário e a formação das vias aéreas inferiores, é CORRETO afirmar que o divertículo respiratório:

- a) Origina-se da endoderme do intestino anterior, formando traqueia e brônquios, enquanto o mesoderma circundante contribui para cartilagem, músculo e tecido conjuntivo.
- b) Surge da ectoderme embrionária, formando epitélio alveolar, enquanto o mesoderma contribui apenas para vasos sanguíneos pulmonares.
- c) Deriva da endoderme do intestino médio, formando exclusivamente estruturas alveolares, sem participação no desenvolvimento da traqueia.
- d) Origina-se da mesoderme lateral, formando epitélio bronquiolar e alveolar, sem contribuição da endoderme para o revestimento interno das vias aéreas.

- e) É formado pela ectoderme neural, responsável por todo o revestimento epitelial das vias aéreas inferiores.

Questão 08

Considerando que na avaliação da maturidade pulmonar fetal, a produção de surfactante é um marco fundamental, o período gestacional em que ocorre a transição crítica para a viabilidade respiratória extrauterina, com base na anatomia e fisiologia do desenvolvimento alveolar é:

- a) Entre 20 e 24 semanas, quando os bronquíolos respiratórios iniciam a formação de ductos alveolares, mas sem produção significativa de surfactante.
- b) Entre 16 e 20 semanas, quando pneumócitos tipo I iniciam a produção de surfactante, garantindo estabilidade alveolar mínima.
- c) Após 32 semanas, quando pneumócitos tipo II completam a produção de surfactante, tornando o pulmão funcional apenas no período pós-termo.
- d) Entre 24 e 28 semanas, quando pneumócitos tipo II começam a sintetizar surfactante, aumentando progressivamente a capacidade de expansão alveolar.
- e) Antes de 16 semanas, quando células progenitoras indiferenciadas já produzem surfactante suficiente para a viabilidade respiratória.

Questão 09

De acordo com a bronquiolite viral aguda, típica em lactentes, assinale CORRETAMENTE o mecanismo fisiopatológico que explica a obstrução difusa das vias aéreas inferiores e a hipoxemia resultante:

- a) Necrose epitelial com formação de membranas hialinas, levando a colapso alveolar difuso e falência respiratória precoce.
- b) Vasoconstrição pulmonar generalizada induzida por mediadores inflamatórios, causando aumento da resistência vascular e hipoxemia.
- c) Hipersecreção glandular isolada sem participação de células epiteliais, levando a obstrução mecânica das vias aéreas centrais.
- d) Fibrose alveolar restritiva precoce, impedindo a troca gasosa adequada desde o início da infecção viral.
- e) Edema da mucosa bronquiolar, acúmulo de muco espesso e necrose celular, resultando em obstrução parcial e aprisionamento aéreo.

Questão 10

Um lactente com pneumonia bacteriana grave apresenta consolidação pulmonar extensa e hipoxemia refratária. Nesse caso, o mecanismo fisiopatológico que diferencia a pneumonia bacteriana da viral em termos de resposta inflamatória e repercussão clínica é:

- a) A pneumonia bacteriana caracteriza-se por infiltrado linfocítico intersticial, sem formação de exsudato alveolar, enquanto a viral apresenta necrose epitelial e secreção purulenta.
- b) A pneumonia bacteriana cursa com necrose epitelial difusa e bronquiolite, enquanto a viral apresenta consolidação lobar purulenta.
- c) A pneumonia bacteriana cursa com infiltração neutrofílica intensa, formação de exsudato purulento e consolidação lobar, enquanto a viral apresenta infiltrado linfocítico difuso e bronquiolite.
- d) A pneumonia bacteriana apresenta apenas resposta humoral, sem participação de células inflamatórias, enquanto a viral cursa com infiltração neutrofílica alveolar.
- e) A pneumonia bacteriana é mediada por eosinófilos, enquanto a viral é mediada por neutrófilos alveolares.

Questão 11

Na asma pediátrica, a hiperresponsividade brônquica é resultado de múltiplos mecanismos celulares e imunológicos. Nesse contexto, a alternativa que descreve CORRETAMENTE o processo fisiopatológico central é:

- a) Ativação de linfócitos T CD8+, produção de citocinas pró-inflamatórias e destruição epitelial, sem participação de eosinófilos.
- b) Ativação de linfócitos T CD4+ do subtipo Th2, liberação de IL-4, IL-5 e IL-13, recrutamento de eosinófilos e aumento da produção de IgE.
- c) Ativação de linfócitos B exclusivamente, com produção de IgM e IgG, sem participação de células T ou eosinófilos.
- d) Ativação de macrófagos alveolares, produção de TNF- α e IL-1, sem envolvimento de linfócitos ou imunoglobulinas.
- e) Ativação de células NK, liberação de IFN- γ e destruição direta de células epiteliais brônquicas, sem participação de IgE.

Questão 12

De acordo com a bronquiectasia pediátrica secundária a infecções recorrentes, assinale CORRETAMENTE

o mecanismo que perpetua o ciclo de inflamação crônica e destruição da arquitetura brônquica:

- a) Colonização bacteriana persistente, inflamação neutrofílica crônica, destruição da parede brônquica e acúmulo de secreções viscosas.
- b) Colonização viral persistente, inflamação linfocítica difusa e fibrose alveolar restritiva.
- c) Colonização fúngica isolada, inflamação eosinofílica e formação de granulomas pulmonares.
- d) Colonização bacteriana transitória, inflamação aguda autolimitada e resolução completa da arquitetura brônquica.
- e) Colonização bacteriana restrita às vias aéreas superiores, sem repercussão sobre a estrutura brônquica.

Questão 13

Um lactente em crise asmática grave apresenta hipoxemia, hipercapnia e sinais de fadiga muscular respiratória. Sobre o caso, a conduta imediata em ambiente de terapia intensiva deve ser:

- a) Administração de antibióticos de amplo espectro, visando prevenir complicações infecciosas secundárias.
- b) Administração exclusiva de corticosteroides orais, sem suporte ventilatório, aguardando resposta clínica tardia.
- c) Restrição hídrica rigorosa, sem intervenção ventilatória, para reduzir risco de edema pulmonar.
- d) Instituição de ventilação mecânica invasiva após falha de broncodilatadores e suporte não invasivo, garantindo oxigenação e ventilação adequadas.
- e) Uso exclusivo de oxigenoterapia passiva, sem broncodilatadores ou suporte ventilatório

Questão 14

Em crianças com cardiopatia congênita cianótica e hipertensão pulmonar secundária, o mecanismo fisiopatológico que explica a progressão para insuficiência cardíaca direita é:

- a) Redução da resistência vascular pulmonar, sobrecarga de volume no ventrículo esquerdo e insuficiência cardíaca esquerda isolada.
- b) Vasodilatação pulmonar difusa, redução da pós-carga ventricular direita e falência cardíaca por hipoperfusão sistêmica.

- c) Aumento da resistência vascular pulmonar, sobrecarga de pressão no ventrículo direito e hipertrofia progressiva, culminando em falência ventricular.
- d) Hipertrofia do ventrículo esquerdo secundária à sobrecarga de pressão pulmonar, sem repercussão sobre o ventrículo direito.
- e) Fibrose miocárdica restritiva isolada, sem participação da resistência vascular pulmonar, levando a falência cardíaca precoce.

Questão 15

Na hipertensão pulmonar idiopática em crianças, a progressão clínica está intimamente relacionada a alterações estruturais e funcionais da vasculatura pulmonar. Considerando os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, a alternativa que descreve CORRETAMENTE a cascata de eventos que culmina na elevação sustentada da pressão arterial pulmonar e suas repercussões cardíacas é:

- a) Proliferação de células endoteliais e musculares lisas da parede vascular, remodelamento concêntrico das arteríolas pulmonares, redução progressiva da luz vascular e aumento da resistência, levando à sobrecarga de pressão no ventrículo direito e eventual falência cardíaca.
- b) Vasodilatação difusa das arteríolas pulmonares, aumento da complacência vascular e redução da resistência, resultando em sobrecarga de volume no ventrículo esquerdo e insuficiência cardíaca esquerda isolada.
- c) Necrose endotelial aguda sem remodelamento vascular, com redução transitória da resistência pulmonar, culminando em hipoperfusão sistêmica e choque distributivo.
- d) Fibrose alveolar restritiva sem participação vascular direta, levando a hipoxemia crônica, mas sem repercussão significativa sobre a pressão arterial pulmonar ou sobrecarga ventricular direita.
- e) Ativação exclusiva de macrófagos alveolares, sem remodelamento vascular, resultando apenas em inflamação intersticial sem impacto hemodinâmico relevante.

Questão 16

Durante a análise polissonográfica em crianças, a identificação dos estágios do sono é essencial para compreender distúrbios respiratórios associados. Dessa forma, a característica que define CORRETAMENTE a arquitetura do sono infantil em comparação ao adulto é:

- a) Maior proporção de sono REM nas primeiras horas da noite, com redução progressiva ao longo do ciclo, sem diferença significativa em relação ao adulto.
- b) Maior proporção de sono de ondas lentas (N3) nas primeiras horas da noite, com maior duração relativa do REM nas últimas horas, refletindo maturidade neurológica progressiva.
- c) Predomínio absoluto de sono N2 durante toda a noite, sem variação entre fases iniciais e finais, caracterizando padrão estável desde o nascimento.
- d) Ausência de sono REM até os 6 anos de idade, com substituição por sono N1 e N2, sem impacto clínico relevante.
- e) Alternância irregular entre N1 e REM durante toda a noite, sem presença de N3, caracterizando imaturidade permanente da arquitetura infantil.

Questão 17

Sobre a apneia obstrutiva do sono em crianças, assinale CORRETAMENTE o mecanismo fisiopatológico que explica a ocorrência de hipoxemia intermitente e fragmentação do sono:

- a) Colapso dinâmico da via aérea superior durante o sono, associado à hipertrofia adenotonsilar, levando a obstruções repetidas e dessaturações transitórias.
- b) Hipoventilação central persistente por falha do centro respiratório bulbar, sem participação da via aérea superior.
- c) Redução da complacência pulmonar por fibrose alveolar, causando hipoxemia contínua sem eventos obstrutivos.
- d) Hipersecreção nasal isolada, levando a obstrução mecânica parcial sem repercussão sobre saturação de oxigênio.
- e) Vasoconstrição pulmonar difusa durante o sono REM, resultando em hipoxemia crônica sem eventos obstrutivos.

Questão 18

Em crianças com doenças neuromusculares, a hipoxemia noturna é frequentemente subdiagnosticada. Diante do exposto, o mecanismo que explica CORRETAMENTE essa ocorrência é:

- a) Aumento da resistência vascular pulmonar durante o sono N3, causando hipoxemia por desvio de fluxo sanguíneo.
- b) Hipersecreção brônquica durante o sono REM, levando a obstrução mecânica difusa.

- c) Redução da força muscular respiratória durante o sono REM, levando à hipoventilação alveolar e dessaturações progressivas.
- d) Vasodilatação sistêmica durante o sono N2, causando hipoperfusão pulmonar e hipoxemia.
- e) Ativação simpática durante o sono REM, levando a broncoconstrição difusa e hipoxemia intermitente.

Questão 19

De acordo com a indicação de ventilação não invasiva domiciliar em pediatria, assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE o critério clínico e fisiológico que é considerado determinante para iniciar suporte com BIPAP ou AVAPS:

- a) Presença de hipoxemia isolada sem hipercapnia, independentemente da função muscular respiratória.
- b) Presença de apneia obstrutiva leve sem repercussão clínica, detectada apenas em polissonografia.
- c) Hipoxemia transitória durante exercício físico, sem alterações noturnas.
- d) Evidência de hipoventilação noturna com hipercapnia sustentada, associada a sintomas diurnos de fadiga e cefaleia matinal.
- e) Presença de bronquite crônica isolada, sem alterações gasométricas noturnas.

Questão 20

Acerca da investigação de doenças respiratórias pediátricas, o exame considerado padrão-ouro para avaliação da função pulmonar em crianças com suspeita de obstrução das vias aéreas inferiores é:

- a) Espirometria com curva fluxo-volume, permitindo análise de VEF1, CVF e relação VEF1/CVF.
- b) Radiografia de tórax em inspiração e expiração, permitindo avaliação indireta da função pulmonar.
- c) Tomografia computadorizada de alta resolução, permitindo análise anatômica detalhada sem parâmetros funcionais.
- d) Oximetria de pulso noturna, permitindo avaliação contínua da saturação de oxigênio.
- e) Gasometria arterial isolada, permitindo análise pontual da oxigenação e ventilação.

Questão 21

Em relação à oxigenoterapia prolongada em crianças com doença pulmonar crônica, a complicação que deve ser monitorada de forma sistemática é:

- a) Hipoventilação central por supressão do centro respiratório bulbar, sem repercussão alveolar.
- b) Hipotensão arterial sistêmica por vasodilatação induzida pelo oxigênio.
- c) Hipoglicemia noturna por aumento do consumo energético durante a oxigenoterapia.
- d) Toxicidade pulmonar por hiperóxia, levando a lesão alveolar difusa e fibrose progressiva.
- e) Hipotermia persistente por vasoconstrição periférica induzida pelo oxigênio.

Questão 22

Em relação à insuficiência respiratória aguda em crianças com exacerbação de doença neuromuscular, assinale CORRETAMENTE o benefício imediato da ventilação não invasiva em comparação à intubação orotraqueal:

- a) Eliminação completa da hipoxemia, independentemente da gravidade da doença de base.
- b) Substituição definitiva da função muscular respiratória, sem necessidade de acompanhamento clínico.
- c) Redução da pressão intracraniana, sem impacto sobre ventilação alveolar.
- d) Eliminação da necessidade de monitorização gasométrica, devido à estabilidade imediata garantida.
- e) Redução da necessidade de sedação profunda, preservando reflexos de proteção de via aérea e reduzindo risco de complicações infecciosas.

Questão 23

Conforme a realização de toracocentese em crianças, a complicação potencial que exige monitorização imediata após o procedimento é:

- a) Hipotensão arterial sistêmica por vasodilatação reflexa durante a drenagem.
- b) Hipoglicemia aguda por perda de líquido pleural rico em glicose.
- c) Pneumotórax iatrogênico por lesão pleural durante a punção, levando a colapso parcial ou total do pulmão.
- d) Hipercalemia súbita por absorção de potássio do líquido pleural.
- e) Hipotermia por perda de calor durante a drenagem pleural.

Questão 24

Com base na pleurodese química para tratamento de pneumotórax recorrente em adolescentes, assinale

CORRETAMENTE o mecanismo fisiopatológico que garante a eficácia do procedimento:

- a) Indução de inflamação pleural difusa, levando à adesão entre pleura visceral e parietal e eliminação do espaço pleural.
- b) Indução de necrose alveolar difusa, levando à cicatrização pulmonar e redução da complacência.
- c) Indução de fibrose bronquiolar, levando à obstrução parcial das vias aéreas e redução do risco de pneumotórax.
- d) Indução de vasoconstrição pulmonar, levando à redução da pressão intratorácica e prevenção de recidiva.
- e) Indução de hipersecreção pleural, levando à ocupação do espaço pleural e eliminação do risco de pneumotórax.

Questão 25

Na broncoscopia intervencionista em crianças com obstrução brônquica por corpo estranho, o benefício imediato do procedimento em comparação a métodos não invasivos é:

- a) Redução da inflamação brônquica por aspiração de secreções, sem necessidade de remoção do corpo estranho.
- b) Indução de broncoconstrição reflexa, reduzindo o risco de migração do corpo estranho.
- c) Estímulo da tosse reflexa, promovendo expulsão espontânea do corpo estranho sem intervenção direta.
- d) Remoção direta do corpo estranho sob visão endoscópica, restabelecendo a permeabilidade brônquica e prevenindo complicações infecciosas e atelectasia.
- e) Indução de fibrose brônquica, prevenindo recidiva de obstrução por novos corpos estranhos.

Questão 26

Durante o transporte inter-hospitalar de um recém-nascido com insuficiência respiratória grave e instabilidade hemodinâmica, o princípio que deve nortear a decisão clínica para garantir segurança e continuidade do cuidado é:

- a) Priorizar a rapidez absoluta do transporte, mesmo sem estabilização prévia, para reduzir tempo de deslocamento.
- b) Garantir estabilização clínica mínima antes da transferência, incluindo suporte ventilatório adequado e monitorização contínua.

- c) Realizar transporte sem equipe especializada, desde que haja oxigenoterapia suplementar disponível.
- d) Priorizar apenas a estabilização hemodinâmica, sem considerar suporte ventilatório avançado.
- e) Transferir o paciente sem monitorização contínua, confiando apenas em avaliação clínica periódica durante o trajeto.

Questão 27

Sobre o sequestro pulmonar congênito, assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE a característica anatômica que diferencia essa malformação de outras anomalias pulmonares pediátricas:

- a) Suprimento arterial proveniente da circulação sistêmica, geralmente da aorta, sem conexão com a árvore traqueobrônquica.
- b) Suprimento arterial proveniente exclusivamente da artéria pulmonar, com conexão normal à árvore brônquica.
- c) Suprimento arterial proveniente da veia cava superior, sem conexão com a árvore brônquica.
- d) Suprimento arterial proveniente da artéria coronária, com comunicação direta com alvéolos.
- e) Suprimento arterial proveniente da artéria subclávia, com drenagem venosa para o sistema porta.

Questão 28

Em crianças com malformações arteriovenosas pulmonares, a complicação clínica CORRETAMENTE associada ao desvio de sangue da circulação pulmonar é:

- a) Hipercapnia persistente por retenção alveolar de CO₂, corrigida com ventilação não invasiva.
- b) Hipotensão arterial sistêmica por vasodilatação pulmonar difusa, corrigida com fluidoterapia.
- c) Hipoglicemia noturna por aumento do consumo energético durante o sono.
- d) Hipoxemia refratária por shunt direita-esquerda, não corrigida por oxigenoterapia suplementar.
- e) Hipotermia crônica por perda de calor através das malformações vasculares.

Questão 29

Acerca dos anéis vasculares que comprimem a traqueia em lactentes, a manifestação clínica CORRETAMENTE característica e que orienta a investigação diagnóstica é:

- a) Tosse seca isolada, sem repercussão respiratória significativa.
- b) Hipoxemia noturna isolada, sem sintomas diurnos.
- c) Bronquite recorrente sem sinais de obstrução extrínseca.
- d) Pneumotórax espontâneo recorrente sem causa aparente.
- e) Estridor inspiratório persistente, piorado em decúbito dorsal, associado a dificuldade alimentar.

Questão 30

Na malformação adenomatoide cística pulmonar, o achado radiológico e clínico que diferencia essa condição de outras malformações congênitas é a presença de:

- a) Massa sólida homogênea sem cistos, com evolução benigna e sem risco de infecção.
- b) Bronquiectasias difusas sem formação cística, com resolução espontânea.
- c) Múltiplos cistos intraparenquimatosos comunicantes, com risco de infecção recorrente e insuficiência respiratória progressiva.
- d) Enfisema lobar isolado sem repercussão clínica significativa.
- e) Fibrose alveolar restritiva sem formação de cistos.

Questão 31

De acordo com a enfisema lobar congênito, assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE o mecanismo fisiopatológico que explica a hiperinsuflação progressiva do lobo acometido:

- a) Obstrução valvular parcial da via aérea, permitindo entrada de ar durante a inspiração e dificultando sua saída na expiração.
- b) Obstrução completa da via aérea, impedindo entrada de ar e causando colapso alveolar.
- c) Fibrose alveolar difusa, levando a restrição ventilatória.
- d) Hipersecreção glandular isolada, causando obstrução mecânica.
- e) Vasoconstrição pulmonar difusa, levando a hipoperfusão alveolar.

Questão 32

Na hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido, o mecanismo fisiopatológico central que mantém a circulação fetal após o nascimento é:

- a) Persistência da resistência vascular pulmonar elevada, mantendo shunt direita-esquerda através do forame oval e ducto arterioso.

- b) Redução da resistência vascular pulmonar, mantendo fluxo normal e oxigenação adequada.
- c) Hipersecreção alveolar, causando obstrução mecânica e hipoxemia.
- d) Vasodilatação sistêmica, mantendo perfusão pulmonar normal.
- e) Fibrose alveolar precoce, impedindo troca gasosa.

Questão 33

Em neonatos com pneumotórax espontâneo, a conduta imediata CORRETA em casos de instabilidade hemodinâmica deve ser:

- a) Administrar antibióticos de amplo espectro, aguardando resolução espontânea do pneumotórax.
- b) Instituir oxigenoterapia isolada, sem intervenção invasiva.
- c) Realizar drenagem torácica imediata com selo d'água, garantindo reexpansão pulmonar e estabilização clínica.
- d) Realizar toracocentese apenas em casos de pneumotórax pequeno assintomático.
- e) Aguardar resolução espontânea sem intervenção, mesmo em casos de instabilidade.

Questão 34

Em relação à síndrome de aspiração de mecônio, assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE o mecanismo fisiopatológico que explica a ocorrência de atelectasia difusa:

- a) Fibrose alveolar precoce sem participação de partículas aspiradas.
- b) Vasoconstrição pulmonar difusa sem obstrução mecânica.
- c) Hipersecreção glandular isolada sem repercussão alveolar.
- d) Hipotensão sistêmica sem repercussão pulmonar direta.
- e) Obstrução mecânica das vias aéreas por partículas de mecônio, associada a inflamação química e colapso alveolar.

Questão 35

Em crianças com imunodeficiências primárias associadas a síndromes genéticas, a complicação pulmonar CORRETAMENTE característica e que exige vigilância contínua é:

- a) Infecções respiratórias recorrentes com evolução para bronquiectasias crônicas, devido à falha na resposta imune humoral e celular.
- b) Hipoxemia noturna isolada sem infecções recorrentes.
- c) Fibrose alveolar restritiva sem participação infecciosa.
- d) Pneumotórax espontâneo recorrente sem relação com imunidade.
- e) Hipotermia crônica sem repercussão pulmonar.

Questão 36

Em lactentes com malformações congênitas pulmonares extensas, a decisão cirúrgica precoce é frequentemente considerada. Nesse contexto, a alternativa que apresenta **CORRETAMENTE** a justificativa clínica e fisiopatológica que sustenta a indicação de ressecção cirúrgica em fase inicial da vida é:

- a) Redução da resistência vascular pulmonar, prevenindo hipertensão pulmonar secundária sem necessidade de ressecção.
- b) Prevenção de hipoxemia noturna isolada, sem repercussão diurna significativa.
- c) Redução da secreção glandular brônquica, sem impacto sobre risco infeccioso.
- d) Prevenção de bronquite crônica recorrente, sem repercussão sobre crescimento pulmonar.
- e) Prevenção de infecções recorrentes e risco de transformação maligna em tecido displásico, garantindo melhor crescimento pulmonar compensatório.

Questão 37

Na displasia broncopulmonar, frequentemente observada em prematuros submetidos à ventilação mecânica prolongada, o mecanismo fisiopatológico que explica **CORRETAMENTE** a limitação crônica da função pulmonar é:

- a) Interrupção do desenvolvimento alveolar normal, com redução do número de alvéolos e aumento da espessura da parede alveolar, levando a troca gasosa deficiente.
- b) Hipersecreção glandular isolada, causando obstrução mecânica reversível.
- c) Vasodilatação pulmonar difusa, levando a hipoxemia transitória sem repercussão crônica.
- d) Fibrose bronquiolar restritiva, sem impacto sobre a função alveolar.

- e) Hipertrofia muscular brônquica isolada, sem repercussão sobre ventilação alveolar.

Questão 38

Em crianças com tumores torácicos primários, como o blastoma pleuropulmonar, a característica clínica e radiológica que orienta a diferenciação dessa neoplasia de malformações congênitas císticas é:

- a) Presença de múltiplos cistos comunicantes com evolução benigna e sem risco de metástase.
- b) Presença de bronquiectasias difusas sem componente sólido, com resolução espontânea.
- c) Presença de enfisema lobar isolado sem repercussão clínica.
- d) Presença de fibrose alveolar restritiva sem componente tumoral.
- e) Presença de massa sólida ou mista com componente cístico, crescimento rápido e potencial metastático, diferindo das malformações congênitas de evolução lenta.

Questão 39

Conforme os pacientes pediátricos com imunodeficiências primárias, como deficiência de anticorpos ou imunidade celular, a complicação respiratória **CORRETAMENTE** característica e que exige intervenção precoce é:

- a) Hipoxemia noturna isolada sem infecções recorrentes.
- b) Fibrose alveolar restritiva sem participação infecciosa.
- c) Pneumotórax espontâneo recorrente sem relação com imunidade.
- d) Infecções bacterianas recorrentes com evolução para bronquiectasias crônicas, devido à falha na resposta imune humoral e celular.
- e) Hipotermia crônica sem repercussão pulmonar.

Questão 40

Em síndromes genéticas como a Síndrome de Down, o fator anatômico e funcional que contribui para maior predisposição a doenças respiratórias graves é:

- a) Hipotonia muscular generalizada associada a anomalias anatômicas das vias aéreas superiores, predispondo a apneia obstrutiva do sono e infecções recorrentes.
- b) Hipertrofia muscular brônquica isolada, sem repercussão clínica significativa.



CONCURSO PÚBLICO



- c) Fibrose alveolar restritiva congênita, sem participação anatômica das vias aéreas.
- d) Vasodilatação pulmonar difusa, sem repercussão sobre infecções respiratórias.
- e) Hipersecreção glandular isolada, sem predisposição a apneia ou infecções.