

Nome: _____

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A. (GHC) – HOSPITAL
FEDERAL DE BONSUCESSO – RJ – Concurso Público – 002/2026****078 – MÉDICO (PNEUMOLOGIA) –
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

**078 – MÉDICO (PNEUMOLOGIA) –
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 motorista de ônibus de 42 anos foi diagnosticado com tuberculose pulmonar bacilífera após tosse por 4 semanas e baciloscopia positiva. Ele solicita atestado

para afastamento e relata que o RH exige “laudo com o diagnóstico” para aceitar o documento. O paciente autoriza registrar o período de afastamento, sem detalhamento clínico ao empregador. De acordo com o enunciado, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Emitir atestado com período de afastamento e restrições, sem informar diagnóstico ao empregador, e cumprir notificação compulsória.
- b) Enviar relatório clínico ao RH com baciloscopia, esquema terapêutico e plano de investigação de contatos no trabalho.
- c) Negar atestado e orientar que o serviço ocupacional decida afastamento, dispensando documento do médico assistente.
- d) Emitir atestado com diagnóstico e CID, registrando que a exigência do empregador define o conteúdo do documento.
- e) Emitir atestado com diagnóstico e encaminhar cópia à chefia, para orientar medidas no ambiente laboral e no setor.

Questão 07

Homem de 58 anos com pneumonia extensa em lobo inferior direito apresenta dispneia importante. Em máscara reservatório, mantém saturação baixa. Gasometria com PaO₂ persistentemente reduzida, mesmo com alta fração inspirada de oxigênio, e há consolidação extensa na radiografia. Diante do exposto, o mecanismo fisiopatológico que explica CORRETAMENTE a hipoxemia do caso é:

- a) Hipoventilação global por depressão do centro respiratório, com gradiente alvéolo-arterial pouco alterado no exame.
- b) Difusão limitada como mecanismo dominante, com resposta importante ao aumento de FiO₂ na gasometria arterial.
- c) Redução da pressão inspirada de oxigênio por falha de oferta, com melhora imediata ao corrigir o equipamento.
- d) Shunt intrapulmonar por áreas perfundidas sem ventilação, com baixa resposta ao aumento de FiO₂.
- e) Redução do conteúdo de oxigênio por anemia, com PaO₂ preservada e hipoxemia tecidual por transporte.

Questão 08

Mulher de 46 anos apresenta dispneia progressiva e dor pleurítica. Ao exame: expansibilidade reduzida em hemitórax direito, frêmito tóraco-vocal

diminuído, macicez à percussão e murmúrio vesicular reduzido na base direita, sem sibilos difusos. Nesse caso, a hipótese diagnóstica CORRETAMENTE compatível com o conjunto de achados é:

- a) Asma em exacerbação, com aprisionamento aéreo e hipersonoridade predominante na base direita.
- b) Derrame pleural volumoso à direita, com redução da transmissão sonora e do murmúrio vesicular local.
- c) Consolidação lobar à direita, com frêmito aumentado e sopro tubário audível na base do pulmão.
- d) Pneumotórax à direita, com macicez à percussão e egofonia marcada no ápice.
- e) Edema pulmonar cardiogênico, com estertores bilaterais difusos e frêmito tóraco-vocal preservado.

Questão 09

Homem de 67 anos com febre, tosse produtiva e confusão mental chega com FR 32 irpm, PA 86/54 mmHg e SpO₂ 88% em ar ambiente. Radiografia mostra consolidação multilobar. Não há história de bronquiectasias, internação recente ou colonização prévia por Pseudomonas/MRSA. Com base no caso, o esquema antimicrobiano empírico inicial CORRETO é:

- a) Azitromicina isolada, com foco em agentes atípicos e reavaliação clínica precoce após estabilização inicial.
- b) Amoxicilina isolada em dose padrão, com foco em pneumococo e observação da resposta hemodinâmica.
- c) Levofloxacino isolado, com ajuste conforme culturas e decisão posterior baseada em evolução clínica.
- d) Piperacilina-tazobactam associada a vancomicina, como cobertura inicial ampla sem estratificação de risco.
- e) Ceftriaxona associada a macrolídeo, com culturas e suporte intensivo conforme gravidade clínica.

Questão 10

Mulher de 29 anos com asma apresenta despertares noturnos semanais e uso diário de broncodilatador de alívio. Está em corticoide inalatório em baixa dose há 3 meses. Técnica inalatória foi reavaliada e está adequada, com boa adesão. Não há tabagismo. Acerca do caso, assinale CORRETAMENTE o próximo passo terapêutico:

- a) Trocar para broncodilatador de longa ação isolado e manter broncodilatador de alívio conforme sintomas.
- b) Manter o mesmo esquema e orientar controle ambiental, com reavaliação em prazo prolongado.
- c) Iniciar antibiótico e solicitar TC de tórax, visando excluir infecção crônica como causa do controle inadequado.
- d) Escalonar para combinação com corticoide inalatório e broncodilatador de longa ação, mantendo plano de ação e revisão precoce.
- e) Substituir por anticolinérgico de longa ação como monoterapia e retirar corticoide inalatório para reduzir efeitos locais.

Questão 11

Homem de 64 anos, ex-tabagista, tem DPOC confirmada por espirometria e mantém dispneia aos esforços, com duas exacerbações moderadas no último ano apesar de LAMA/LABA. Hemograma recente mostra eosinófilos 320 células/ μ L. Não há história de pneumonia recente. Conforme o enunciado, o ajuste terapêutico CORRETO para reduzir risco de exacerbações é:

- a) Trocar para broncodilatador de curta ação em horários fixos e suspender terapia de manutenção de longo prazo.
- b) Manter LAMA/LABA e adicionar mucolítico contínuo como estratégia principal de prevenção de exacerbações.
- c) Associar corticoide inalatório à terapia LAMA/LABA, com monitorização de benefício clínico e eventos infecciosos.
- d) Substituir LAMA/LABA por corticoide inalatório isolado e reavaliar sintomas e espirometria após semanas.
- e) Iniciar antibioticoprofilaxia intermitente sem avaliação microbiológica, visando reduzir colonização e inflamação crônica.

Questão 12

Homem de 69 anos apresenta dispneia progressiva há 18 meses e tosse seca. Ausculta com crepitações bibasais em “velcro”. TCAR mostra padrão compatível com pneumonia intersticial usual, sem sinais de doença do tecido conjuntivo e sem exposição ocupacional relevante. Diante do exposto, a conduta que tem maior potencial de modificar a progressão do quadro é:

- a) Iniciar broncodilatador de longa ação e reabilitação pulmonar como estratégia central para a fibrose.
- b) Prescrever corticoide sistêmico em dose moderada por meses, com ajuste conforme sintomas.
- c) Introduzir antibiótico de amplo espectro e avaliar resposta funcional, considerando infecção crônica como gatilho.
- d) Iniciar imunossupressor citotóxico como base e reservar antifibrótico para falha terapêutica clínica.
- e) Iniciar antifibrótico, organizar reabilitação e vacinação, e discutir avaliação para transplante conforme elegibilidade.

Questão 13

Mulher de 53 anos apresenta dispneia súbita e dor torácica pleurítica. Tem edema assimétrico de perna esquerda e frequência cardíaca 112 bpm. Não há hipotensão. Pela avaliação clínica estruturada, a probabilidade pré-teste para embolia pulmonar é alta. Conforme o caso, assinale a estratégia diagnóstica inicial CORRETA:

- a) Solicitar D-dímero e aguardar resultado para decidir sobre imagem, mesmo com alta probabilidade clínica.
- b) Solicitar angiotomografia de artérias pulmonares e ponderar anticoagulação durante investigação conforme risco de sangramento.
- c) Solicitar radiografia de tórax e repetir avaliação clínica após analgesia, antes de definir exame confirmatório.
- d) Solicitar teste ergométrico e ecocardiograma transtorácico como exames iniciais para esclarecer dor torácica.
- e) Solicitar espirometria com broncodilatador, visando excluir doença obstrutiva como causa de dispneia súbita.

Questão 14

Homem de 62 anos, tabagista pesado, apresenta perda ponderal e hemoptise. TC de tórax evidencia lesão central com atelectasia segmentar e linfonodos mediastinais aumentados. O paciente está estável e sem insuficiência respiratória. Sobre o caso, a estratégia inicial CORRETA para confirmar diagnóstico e orientar estadiamento é:

- a) Solicitar espirometria e iniciar broncodilatadores, programando investigação etiológica após melhora clínica do esforço.

- b) Solicitar citologia de escarro seriada e decidir tratamento conforme resultado, postergando procedimentos endoscópicos.
- c) Iniciar quimioterapia empírica pela alta suspeição clínica e indicar biópsia se não houver resposta objetiva.
- d) Obter tecido por broncoscopia com biópsia e organizar estadiamento mediastinal conforme achados e disponibilidade.
- e) Solicitar radiografia seriada em 30 e 60 dias para avaliar crescimento, antes de abordagem invasiva diagnóstica.

Questão 15

Homem de 41 anos com pneumonia bacteriana evolui com dor pleurítica e persistência de febre após 72 horas de antibiótico. Ultrassom evidencia derrame pleural septado. Toracocentese: pH 7,10, glicose baixa e LDH elevado, com predomínio de neutrófilos. A conduta CORRETA em relação ao caso deve ser:

- a) Manter antibiótico e observar reabsorção, repetindo toracocentese conforme evolução clínica e radiológica.
- b) Trocar antibiótico por via oral e programar retorno ambulatorial, com radiografia de controle em 2 semanas.
- c) Associar drenagem pleural com dreno torácico e manter antibioticoterapia adequada ao foco infeccioso.
- d) Iniciar diurético e restrição hídrica, interpretando derrame como transudato por sobrecarga volêmica.
- e) Realizar pleurodese química na fase aguda, visando reduzir recidiva do derrame de origem infecciosa.

Questão 16

Homem de 52 anos, IMC 44 kg/m², é internado por sonolência e dispneia. Gasometria inicial: pH 7,26; PaCO₂ 78 mmHg; PaO₂ 54 mmHg, sem evidência de DPOC significativa em espirometria prévia. Evolui com melhora após ventilação não invasiva na enfermaria. Está clinicamente apto para alta, mas ainda não realizou polissonografia nem titulação formal de pressão positiva. Diante do exposto, a conduta de suporte ventilatório domiciliar na alta que é CORRETAMENTE adequada até a investigação e titulação em laboratório do sono é:

- a) Prescrever oxigênio domiciliar noturno com titulação por oximetria e programar retorno para investigação do sono.

- b) Dar alta sem pressão positiva e orientar perda ponderal, com reavaliação clínica e gasométrica em consulta ambulatorial.
- c) Iniciar CPAP domiciliar e manter até titulação, assumindo obstrução do sono como mecanismo dominante da hipercapnia.
- d) Manter NIV bilevel domiciliar na alta, como ponte até polissonografia e titulação de PAP em laboratório do sono.
- e) Indicar traqueostomia eletiva para controle ventilatório e redução de reinternações, com planejamento cirúrgico após estabilização.

Questão 17

Recém-nascido extremo prematuro (26 semanas) evolui com necessidade prolongada de oxigênio e diagnóstico de displasia broncopulmonar. Na avaliação ambulatorial, mantém taquipneia leve e dependência de suporte em baixo fluxo. Nesse contexto, a alteração do desenvolvimento pulmonar que contribui de forma CORRETA para a doença crônica é:

- a) Aumento do número de alvéolos maduros ao nascimento, com hiperperfusão e shunt persistente.
- b) Formação completa de vias aéreas terminais no segundo trimestre, com maturação acelerada do surfactante.
- c) Predomínio de cartilagem traqueal rígida ao nascimento, com aprisionamento aéreo por baixa complacência.
- d) Simplificação alveolar e comprometimento da angiogênese por interrupção da alveologênese em fase imatura.
- e) Pleura visceral espessada desde o período fetal, com derrame crônico e limitação ventilatória restritiva.

Questão 18

Recém-nascido a termo, nascido de cesariana eletiva, apresenta taquipneia nas primeiras horas de vida, com leve retração e sem febre. Radiografia mostra hiperinsuflação e linhas perihilares com líquido em fissuras. Gasometria sem acidose importante. Com base no enunciado, a conduta inicial CORRETA deve ser:

- a) Iniciar antibiótico de amplo espectro e coletar hemoculturas, mantendo jejum e hidratação venosa.

- b) Administrar surfactante e intubar precocemente, visando reduzir trabalho respiratório e necessidade de oxigênio.
- c) Oferecer suporte com oxigênio/CPAP conforme necessidade e monitorar evolução clínica, priorizando estabilização.
- d) Iniciar diurético de alça e restringir fluidos, visando reduzir líquido pulmonar e acelerar resolução.
- e) Indicar trombólise e investigação de tromboembolismo, por risco elevado de hipertensão pulmonar neonatal.

Questão 19

Criança de 6 anos apresenta febre alta há 2 dias, tosse produtiva e dor torácica. Exame com taquipneia e estertores localizados em base direita, sem sibilância difusa. Saturação 93% em ar ambiente e radiografia com consolidação lobar. Sobre o tema, assinale a conduta inicial CORRETA:

- a) Broncodilatador inalatório em doses repetidas e observação, usando resposta clínica como critério de ajuste.
- b) Antibiótico para pneumonia comunitária e reavaliação estruturada, com orientação de sinais de alarme.
- c) Corticoide sistêmico e antitussígeno, visando reduzir inflamação e melhorar sono e aceitação alimentar.
- d) Antiviral como eixo terapêutico e suspensão de antibiótico, interpretando consolidação lobar como padrão viral.
- e) Diurético e restrição hídrica, por hipótese de congestão cardiogênica como causa da consolidação.

Questão 20

Menino de 3 anos teve engasgo súbito ao comer amendoim, seguido de tosse intensa. Evoluiu com sibilância unilateral à direita e redução do murmúrio vesicular no mesmo lado. Radiografia em expiração mostra hiperinsuflação unilateral e desvio discreto do mediastino. Conforme o caso, a conduta CORRETA para diagnóstico e tratamento é:

- a) Iniciar broncodilatador e corticoide sistêmico, mantendo observação por 24 horas para regressão dos sintomas.
- b) Realizar antibioticoterapia e fisioterapia respiratória, tratando como pneumonia aspirativa e reavaliando em 7 dias.

- c) Solicitar TC de tórax e aguardar laudo antes de intervenção endoscópica, visando localizar o corpo estranho.
- d) Indicar broncoscopia rígida com remoção do corpo estranho, em ambiente com suporte anestésico apropriado.
- e) Solicitar espirometria com broncodilatador para confirmar obstrução e definir gravidade antes de procedimento.

Questão 21

Paciente de 35 anos é intubado por rebaixamento do nível de consciência. Após a intubação, há expansão torácica aparente com ventilação manual, mas a capnografia exibe curva achatada e $ETCO_2$ persistentemente muito baixo. A saturação começa a cair. Dessa forma, a conduta imediata CORRETA deve ser:

- a) Aumentar volume corrente e frequência ventilatória, buscando elevar $ETCO_2$ e melhorar oxigenação com rapidez.
- b) Administrar broncodilatador e aspirar secreções, assumindo broncoespasmo como causa do traçado achatado.
- c) Ajustar PEEP e manter ventilação, interpretando capnografia baixa como hipoperfusão transitória pós-intubação.
- d) Solicitar radiografia de tórax para confirmar posição do tubo, mantendo ventilação manual até chegada do exame.
- e) Reavaliar tubo e circuito; se persistir dúvida de via traqueal, retirar e reintubar de imediato.

Questão 22

Homem de 60 anos com sepse por pneumonia está em ventilação mecânica invasiva. PaO_2/FiO_2 é 120 com PEEP 8 cmH₂O. Há infiltrados bilaterais e não há evidência clínica de edema cardiogênico dominante. Nesse contexto, a estratégia ventilatória CORRETA para reduzir lesão pulmonar associada ao ventilador é:

- a) Usar volume corrente elevado para normalizar $PaCO_2$, aceitando pressão de platô mais alta.
- b) Ventilar com volume corrente baixo por peso predito e limitar pressão de platô, ajustando PEEP conforme resposta.
- c) Ventilar com frequência baixa e volumes correntes altos, visando minimizar ciclos ventilatórios e reduzir atelectrauma.

- d) Manter ventilação espontânea sem sedação e sem controle de pressão, priorizando preservação diafragmática.
- e) Manter FiO_2 em 1,0 por tempo prolongado, reduzindo necessidade de ajustes de PEEP e recrutamento alveolar.

Questão 23

Mulher de 72 anos, hipertensa, chega com dispneia súbita e ortopneia após cessar diuréticos. Estertores difusos, PA 190/110 mmHg, turgência jugular e radiografia com congestão vascular e linhas B. Sem febre. A intervenção inicial CORRETA, nesse caso, deve ser:

- a) Antibioticoterapia de amplo espectro e reposição volêmica, visando tratar sepse com foco pulmonar inicial.
- b) Trombolítico sistêmico e heparinização plena, considerando embolia pulmonar como diagnóstico dominante.
- c) Vasodilatador e diurético com suporte ventilatório não invasivo conforme tolerância, reduzindo pré e pós carga.
- d) Corticoide sistêmico e broncodilatador, tratando broncoespasmo como mecanismo principal da dispneia aguda.
- e) Intubação imediata e estratégia de SDRA, independentemente de resposta inicial à ventilação não invasiva.

Questão 24

Homem de 58 anos, pós-operatório recente, apresenta dispneia súbita e síncope. Chega hipotenso (PA 78/46 mmHg), taquicárdico e com sinais de baixo débito. ECG com taquicardia sinusal e sinais de sobrecarga de VD. Ecocardiograma à beira-leito sugere disfunção importante de VD. Diante do exposto, a conduta inicial CORRETA deve ser:

- a) Antibiótico e expansão volêmica agressiva, tratando como choque séptico pulmonar até definição etiológica.
- b) Iniciar anticoagulação e aguardar melhora hemodinâmica para decidir terapia de reperfusão em segundo tempo.
- c) Diurético venoso e nitrato, visando reduzir pressão pulmonar por congestão e aliviar dispneia rapidamente.
- d) Terapia de reperfusão conforme elegibilidade, associada a suporte hemodinâmico e anticoagulação terapêutica.

- e) Ventilação com alta FiO_2 e broncodilatadores, priorizando correção ventilatória como tratamento central do choque.

Questão 25

Mulher de 34 anos apresenta dispneia, hemoptise e queda de hemoglobina em 72 horas. Radiografia com infiltradoalveolar bilateral difuso. Urina com hematúria e cilindros hemáticos. Necessita de oxigênio. Acerca do caso, assinale CORRETAMENTE a conduta inicial que integra melhor diagnóstico e tratamento:

- a) Tratar como pneumonia grave com antibiótico amplo e acompanhar hemograma, mantendo foco infeccioso como hipótese dominante.
- b) Realizar broncodilatadores e diurético, interpretando infiltrado como edema cardiogênico associado a anemia dilucional.
- c) Iniciar anticoagulação plena e investigar tromboembolismo, interpretando hemoptise como infarto pulmonar.
- d) Indicar transfusão e observação clínica, aguardando estabilização espontânea do sangramento alveolar.
- e) Garantir oxigenação, considerar broncoscopia quando viável e iniciar imunossupressão se suspeita de capilarite.

Questão 26

Paciente em ventilação mecânica por pneumonia evolui subitamente com hipotensão, taquicardia e dessaturação. Ausculta com redução importante de murmúrio vesicular à direita e distensão de veias cervicais. Há piora rápida da complacência do ventilador. A intervenção imediata CORRETA, conforme o caso, deve ser:

- a) Solicitar radiografia de tórax e aguardar confirmação antes de procedimento, mantendo ajustes ventilatórios.
- b) Realizar descompressão pleural imediata com agulha em local apropriado e, em seguida, drenagem torácica.
- c) Administrar diurético e vasodilatador, tratando como edema agudo não cardiogênico associado a sepse.
- d) Iniciar trombólise sistêmica, assumindo embolia pulmonar maciça como diagnóstico dominante.
- e) Realizar broncoscopia para remover secreções, assumindo atelectasia por tampão mucoso como causa principal.

Questão 27

Homem de 70 anos no pós-operatório abdominal apresenta dispneia súbita e hipoxemia. Radiografia mostra opacificação quase total do hemitórax direito com sinais de perda de volume e desvio mediastinal para o mesmo lado. Ausculta com murmúrio vesicular muito reduzido à direita. Para reversão do quadro, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Iniciar antibiótico e aguardar reexpansão espontânea, pois o achado radiográfico sugere pneumonia lobar extensa.
- b) Administrar diurético e restringir volume, visando reduzir congestão e melhorar ventilação.
- c) Intensificar medidas de recrutamento/clearance, considerar broncoscopia para remoção de tampão mucoso e reavaliar resposta.
- d) Realizar trombólise e anticoagulação, considerando embolia pulmonar como diagnóstico principal no pós-operatório.
- e) Indicar drenagem pleural com dreno torácico, assumindo derrame volumoso como causa do colapso pulmonar.

Questão 28

Homem de 55 anos com pneumonia evolui com hipotensão após reposição inicial, lactato 5 mmol/L e oligúria. Está confuso, com extremidades frias e necessidade crescente de oxigênio. De acordo com o enunciado, assinale CORRETAMENTE o conjunto de condutas nas primeiras horas:

- a) Repetir radiografia e aguardar cultura antes de antibiótico, priorizando definição microbiológica.
- b) Iniciar diurético e restringir fluidos, visando evitar piora respiratória durante sepse.
- c) Administrar broncodilatador e corticoide inalatório, tratando broncoespasmo como mecanismo central do choque.
- d) Coletar culturas, iniciar antimicrobiano precoce, ressuscitar com cristalóide e iniciar vasopressor se refratário.
- e) Manter oxigênio suplementar e analgésico, reavaliando hemodinâmica após melhora do desconforto respiratório.

Questão 29

Homem de 54 anos colapsa na emergência. Está inconsciente, sem respiração efetiva e sem pulso. Monitor mostra fibrilação ventricular. A equipe dispõe de desfibrilador e acesso venoso em obtenção. A conduta imediata CORRETA, acerca do caso, é:

- a) Administrar epinefrina e aguardar conversão do ritmo antes de desfibrilar, mantendo compressões com pausas longas.
- b) Realizar cardioversão sincronizada e, após reversão, iniciar compressões se persistir instabilidade clínica.
- c) Administrar amiodarona como primeira intervenção e desfibrilar se não houver resposta ao antiarrítmico.
- d) Garantir via aérea definitiva antes do primeiro choque, priorizando ventilação e capnografia no início do atendimento.
- e) Desfibrilar e retomar compressões logo após o choque, seguindo ciclos e reavaliação periódica do ritmo.

Questão 30

Homem de 38 anos apresenta tosse e dispneia episódicas, com piora noturna e ao exercício. Espirometria: VEF1/CVF reduzida e VEF1 68% do previsto. Após broncodilatador, VEF1 aumenta 280 mL e 14% do basal, com melhora importante dos sintomas durante o teste. Com base no enunciado, assinale a interpretação e conduta inicial CORRETAS:

- a) Diagnosticar restrição e solicitar DLCO, iniciando antifibrótico para doença intersticial presumida.
- b) Interpretar como obstrução com reversibilidade significativa e iniciar controle anti-inflamatório inalatório com seguimento.
- c) Diagnosticar DPOC e iniciar LAMA isolado, por obstrução fixa típica em adulto jovem sintomático.
- d) Interpretar como normalidade funcional e orientar atividade física, tratando dispneia como descondiçãoamento.
- e) Interpretar como obstrução por disfunção de pregas vocais e indicar terapia fonoaudiológica como principal tratamento.

Questão 31

Homem de 49 anos, IMC 39 kg/m², roncospasmos importantes e sonolência diurna. Polissonografia mostra IAH 42 eventos/h. Gasometria em vigília: pH 7,37; PaCO₂ 52 mmHg. Espirometria sem DPOC significativa. Está estável em acompanhamento ambulatorial. Em relação ao caso, a modalidade de suporte noturno que deve ser proposta como primeira linha é:

- a) Oxigênio noturno com titulação por oximetria, com reavaliação da gasometria após adaptação domiciliar.
- b) CPAP noturno com titulação adequada, associado a plano de perda ponderal e seguimento clínico estruturado.
- c) NIV bilevel noturna como estratégia inicial, com ajustes progressivos de IPAP/EPAP guiados por sintomas e gasometria.
- d) Hipnótico noturno e higiene do sono, visando reduzir despertares e melhorar padrão respiratório durante o sono.
- e) Cirurgia nasal eletiva como etapa inicial, priorizando correção anatômica antes de terapia com pressão positiva.

Questão 32

Um paciente de 63 anos chega à triagem com dispneia intensa, fala entrecortada, uso de musculatura acessória, FR 34 irpm e SpO₂ 84% em ar ambiente. Está consciente, mas agitado. Acerca do tema, a classificação de risco CORRETA em relação ao Sistema Manchester é:

- a) Azul (até 240 min), com encaminhamento para sala de espera e reavaliação após estabilização espontânea do quadro.
- b) Verde (até 120 min), com orientações iniciais e repetição de sinais vitais ao longo da permanência na triagem.
- c) Laranja (até 10 min), com início de monitorização e suporte imediato conforme protocolo institucional de dispneia.
- d) Amarelo (até 60 min), aguardando radiografia e exames básicos antes de intervenções ventilatórias no atendimento.
- e) Vermelho (imediato), com abordagem de sala de emergência e intubação como primeira intervenção do fluxo.

Questão 33

Homem de 71 anos com DPOC foi internado por exacerbação moderada. Após 72 horas, está afebril, sem acidose, com melhora da dispneia em repouso e SpO₂ 91% em ar ambiente, mantendo-se estável à deambulação curta. Técnica inalatória revisada e retorno agendado. A decisão CORRETA em relação à alta hospitalar é:

- a) Manter internação até normalizar espirometria, usando VEF1 como critério central para liberação hospitalar.

- b) Conceder alta sem ajustes terapêuticos, pois melhora clínica ocorreu e seguimento ambulatorial resolve pendências.
- c) Prescrever antibiótico prolongado para prevenção de recidiva, independentemente de escarro purulento e febre persistente.
- d) Prolongar internação para fisioterapia intensiva, mesmo com estabilidade clínica e plano terapêutico estruturado.
- e) Considerar alta com plano de continuidade, otimização de manutenção e critérios de retorno, com suporte domiciliar organizado.

Questão 34

Paciente de 68 anos com câncer de pulmão avançado em cuidados paliativos refere dispneia persistente em repouso, associada a ansiedade. Saturação em ar ambiente é 94%. Exame sem sinais de infecção aguda. Sobre o caso, a intervenção CORRETA para controle sintomático inicial deve ser:

- a) Antibioticoterapia empírica e corticoide sistêmico, visando reduzir dispneia por mecanismo inflamatório inespecífico.
- b) Opióide em baixa dose titulado para dispneia, associado a medidas não farmacológicas e suporte para ansiedade.
- c) Oxigênio em alto fluxo visando saturação alta, como eixo do controle sintomático em dispneia refratária.
- d) Intubação eletiva e ventilação invasiva, visando alívio imediato e sustentado da dispneia em qualquer cenário.
- e) Diurético e vasodilatador, visando reduzir dispneia por congestão mesmo sem sinais clínicos de sobrecarga.

Questão 35

Homem de 66 anos com DPOC chega com piora de dispneia, aumento de volume de escarro e uso de musculatura acessória. Gasometria: pH 7,28; PaCO₂ 68 mmHg; PaO₂ 56 mmHg em oxigênio baixo fluxo. Está consciente e cooperativo. Com base no caso, a estratégia inicial CORRETA é:

- a) Intubação imediata e ventilação invasiva, por acidose e hipercapnia, sem tentativa de suporte não invasivo.
- b) Anticoagulação terapêutica e trombólise, considerando embolia pulmonar como causa dominante da acidose respiratória.

- c) Oxigênio em alta concentração com meta de saturação alta, sem titulação, para corrigir dispneia rapidamente.
- d) Ventilação não invasiva, broncodilatadores de curta ação, corticoide sistêmico e oxigênio titulado com alvo adequado.
- e) Diurético e vasodilatador, tratando como edema cardiogênico em todo paciente com dispneia aguda e estertores.

Questão 36

Paciente de 59 anos com pneumonia grave está em choque séptico após reposição volêmica adequada e permanece em norepinefrina em dose crescente para manter PAM alvo. Lactato permanece elevado. Diante do exposto, a intervenção farmacológica CORRETA como adjuvante hemodinâmico é:

- a) Escalonar para três antibióticos de amplo espectro como estratégia principal para normalizar pressão arterial.
- b) Substituir norepinefrina por diurético e vasodilatador, visando reduzir pós-carga e melhorar perfusão pulmonar.
- c) Introduzir hidrocortisona em dose de estresse como adjuvante em choque refratário a fluidos e vasopressores.
- d) Administrar broncodilatador inalatório contínuo e reduzir vasopressor, tratando hipoxemia como causa da hipotensão.
- e) Realizar anticoagulação e trombólise, interpretando choque como embolia pulmonar até confirmação diagnóstica.

Questão 37

Homem de 40 anos, tosse há 5 semanas, febre vespertina e perda ponderal. Baciloscopia de escarro é positiva. Radiografia mostra cavitação em lobo superior. O paciente vive com esposa e dois filhos. Dessa forma, o conjunto de medidas iniciais CORRETAMENTE apropriado é:

- a) Iniciar macrolídeo e quinolona por 14 dias e repetir baciloscopia, antes de realizar notificação sanitária.
- b) Solicitar TC de tórax e broncoscopia para confirmação histológica, adiando tratamento até resultado.
- c) Iniciar corticoide sistêmico e broncodilatador, visando reduzir inflamação cavitária e melhorar tosse.

- d) Encaminhar para cirurgia torácica para ressecção, por cavitação e risco de transmissão domiciliar.
- e) Iniciar esquema padronizado, notificar o caso e organizar investigação de contatos e orientações de controle.

Questão 38

Mulher de 45 anos com esclerose sistêmica apresenta dispneia progressiva. Ecocardiograma sugere hipertensão pulmonar. Cateterismo direito: pressão média da artéria pulmonar elevada, pressão de oclusão normal e resistência vascular pulmonar aumentada. Não há doença parenquimatosa relevante em TC. Acerca do caso, a estratégia terapêutica CORRETA é:

- a) Iniciar diurético como monoterapia e suspensão de atividade física, com reavaliação anual por ecocardiograma.
- b) Iniciar terapia específica para HAP conforme risco, combinando fármacos de vias distintas quando indicado.
- c) Iniciar betabloqueador e anticoagulação como eixo central, por benefício comprovado em todas as hipertensões pulmonares.
- d) Prescrever broncodilatador e corticoide inalatório, tratando como asma com vasoconstrição hipóxica associada.
- e) Iniciar oxigênio contínuo e antibiótico profilático, visando reduzir vasoconstrição e infecções respiratórias.

Questão 39

Homem de 57 anos com bronquiectasias apresenta tosse produtiva diária e duas exacerbações no último semestre. TC mostra bronquiectasias bilaterais e espessamento brônquico. Sputum frequente e viscoso, com dificuldade para expectorar. Considerando o enunciado, a intervenção de longo prazo CORRETA deve ser:

- a) Suspender fisioterapia e priorizar antitussígeno, visando reduzir tosse e desconforto diurno por mecanismo central.
- b) Corticoide inalatório em alta dose como monoterapia, visando reduzir muco e inflamação brônquica crônica.
- c) Oxigenoterapia domiciliar em tempo integral, independente de saturação, como eixo de prevenção de exacerbações.

- d) Instituir higiene brônquica regular e considerar terapia mucoativa, com revisão técnica e adesão no seguimento.
- e) Antibioticoterapia contínua empírica sem cultura de escarro, visando erradicar colonização e prevenir recidivas.

Questão 40

Homem de 68 anos com DPOC estável, em tratamento otimizado, apresenta gasometria em repouso: PaO_2 54 mmHg e SaO_2 88% em ar ambiente, em condição estável e sem exacerbação recente. De acordo com o enunciado, assinale a prescrição de oxigenoterapia CORRETA para impacto prognóstico e segurança:

- a) Oxigenoterapia durante atividades físicas, com meta de saturação alta em todo o período de uso domiciliar.
- b) Oxigenoterapia durante o sono, com meta de saturação muito elevada para reduzir dessaturações noturnas.
- c) Oxigenoterapia domiciliar prolongada, com tempo mínimo diário e titulação para faixa segura, com reavaliação periódica.
- d) Oxigenoterapia em alto fluxo intermitente por curto período ao dia, visando “treino” ventilatório e melhora funcional.
- e) Oxigenoterapia sob demanda quando houver dispneia, usando melhora subjetiva como critério central de ajuste.