



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
DE JUNDIAÍ

Candidato

Nome:

Inscrição:

Assinatura

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA  
EM PNEUMOLOGIA 2025

PROVA TEÓRICA - 29/01/2025, 14h

CADERNO DE QUESTÕES

INSTRUÇÕES:

1. Este Caderno possui 20 (vinte) questões objetivas (múltipla escolha) com uma única alternativa correta.
2. Escreva no gabarito da última folha, com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, de maneira clara e inequívoca, a letra referente à alternativa que julgar correta.
3. Ao término da prova, você deverá entregar esse caderno de questões ao responsável pela aplicação.
4. Duração da prova: uma hora.
5. Gabarito no site [www.fmj.br/residencia](http://www.fmj.br/residencia) a partir de 30/01/2025, após às 14h.

**QUESTÃO 1:** Um homem de 52 anos, assintomático, comparece ao consultório para um exame periódico de saúde. Ele não possui histórico de doenças crônicas conhecidas, não faz uso de medicações e tem estilo de vida ativo, sem tabagismo ou consumo excessivo de álcool. Seu pai teve infarto agudo do miocárdio aos 60 anos e sua mãe faleceu de câncer colorretal aos 70 anos. O exame físico é normal, com IMC de 24 kg/m<sup>2</sup> e pressão arterial de 122/78 mmHg. Em relação às recomendações de rastreamento, qual das seguintes condutas é a mais apropriada?

- A) Solicitar colonoscopia para rastreamento do câncer colorretal e exame de antígeno prostático específico (PSA).
- B) Iniciar rastreamento com espirometria, devido ao risco cardiovascular e idade do paciente.
- C) Reforçar a necessidade de vacinação contra influenza e pneumococo, além de rastreamento para câncer colorretal com colonoscopia.**
- D) Solicitar ecocardiograma transtorácico e teste ergométrico para avaliar o risco cardiovascular, devido ao histórico familiar.

**QUESTÃO 2:** Um homem de 67 anos, hipertenso e diabético, é encaminhado para avaliação clínica pré-operatória devido a uma artroplastia total de quadril eletiva. Ele é assintomático do ponto de vista cardiovascular, pratica caminhadas regulares e nega limitações funcionais. Suas medicações incluem losartana 50 mg/dia e metformina 850 mg duas vezes ao dia. O exame físico revela pressão arterial de 132/80 mmHg, frequência cardíaca de 72 bpm e IMC de 29 kg/m<sup>2</sup>. O eletrocardiograma mostra ritmo sinusal, sem alterações isquêmicas. Segundo as diretrizes mais recentes, qual é a melhor conduta para o manejo pré-operatório deste paciente?

- A) Realizar teste ergométrico antes da cirurgia para melhor estratificação de risco cardiovascular.
- B) Suspender a metformina na manhã da cirurgia e proceder com o plano cirúrgico sem necessidade de testes adicionais.**
- C) Solicitar ecocardiograma transtorácico para avaliação da função ventricular antes da liberação cirúrgica.
- D) Adiar a cirurgia e encaminhar para uma avaliação cardiológica mais detalhada, devido à presença de fatores de risco cardiovasculares.

**QUESTÃO 3:** Um homem de 58 anos, com histórico de artrite reumatoide há 10 anos e doença renal crônica estágio 4, é encaminhado para avaliação de anemia. Ele relata fadiga intensa nos últimos meses, sem sangramentos visíveis ou alterações gastrointestinais. O exame físico revela palidez cutânea e edema leve em membros inferiores. Resultados laboratoriais: hemoglobina 8,5 g/dL, VCM 87 fL, CHCM 33 g/dL, ferro sérico 40 µg/dL (normal: 50-170), ferritina 400

ng/mL (normal: 30-300), TIBC 200 µg/dL (normal: 250-400), saturação de transferrina 20%, eritropoietina sérica reduzida. Qual a associação correta entre o diagnóstico e o tratamento deste paciente?

- A) Anemia sideroblástica adquirida – Tratamento: piridoxina e eritropoietina (EPO) recombinante.
- B) Anemia por deficiência de ferro – Tratamento com reposição de ferro EV e EPO recombinante.
- C) Anemia por doença crônica e insuficiência renal – Tratamento com EPO recombinante e reposição de ferro EV.**
- D) Anemia megaloblástica associada à doença autoimune – Tratamento com reposição de vitamina B12 e ácido fólico.

**QUESTÃO 4:** Um paciente de 58 anos, com diagnóstico prévio de hepatite C crônica, apresenta fadiga, edema de membros inferiores e episódios de confusão mental. Exames laboratoriais mostram bilirrubinas elevadas, albumina reduzida e relação normalizada internacional (INR) aumentada. A elastografia hepática por ultrassonografia evidencia fibrose avançada (F4).

Considerando a abordagem da cirrose hepática de etiologia viral, qual das seguintes condutas é a mais apropriada?

- A) Indicar tratamento antiviral para erradicação do HCV, independentemente do estágio da doença, associado ao manejo das complicações da cirrose.**
- B) Realizar biópsia hepática para estadiamento da fibrose antes de decidir pelo tratamento antiviral, pois a cirrose pode ser reversível.
- C) Indicar transplante hepático imediato devido à presença de descompensação clínica, sem necessidade de tratamento antiviral.
- D) Suspender o tratamento antiviral, pois não há benefício em pacientes com cirrose descompensada, focando apenas no suporte clínico.

**QUESTÃO 5:** Um paciente de 58 anos, com histórico de hipertensão arterial sistêmica e obesidade, comparece à consulta para avaliação de fadiga persistente e polidipsia. Ele relata antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2. Os exames laboratoriais mostram glicemia de jejum de 122 mg/dL, hemoglobina glicada (HbA1c) de 6,4% e glicemia de 208 mg/dL após duas horas de um teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g de glicose. Considerando os critérios diagnósticos para diabetes mellitus tipo 2, qual a conduta correta?

A) A glicemia de jejum e a HbA1c do paciente não preenchem critérios diagnósticos para diabetes mellitus tipo 2, sendo necessário repetir os exames em seis meses.

**B) A glicemia de duas horas após TOTG confirma o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, independentemente dos demais resultados laboratoriais.**

C) A presença de um critério alterado isoladamente não é suficiente para diagnóstico, sendo necessário repetir a HbA1c para confirmação.

D) O paciente preenche critérios para pré-diabetes, e a conduta deve focar em mudanças no estilo de vida e acompanhamento regular sem necessidade de tratamento farmacológico no momento.

**QUESTÃO 6.** Uma paciente de 48 anos, previamente hígida, procura atendimento médico devido a dor e rigidez matinal superior a 3 horas em articulações das mãos e punhos há cerca de seis meses. Ela refere piora progressiva dos sintomas, com dificuldade para realizar tarefas diárias, como pentear o cabelo e abrir frascos. Ao exame físico, observa-se edema e dor à palpação das articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais bilateralmente, sem sinais de eritema. Os exames laboratoriais revelam fator reumatoide (FR) positivo, proteína C-reativa (PCR) elevada e velocidade de hemossedimentação (VHS) aumentada. A radiografia de mãos mostra osteopenia periarticular e redução do espaço articular. Com base no quadro clínico, qual a conduta mais adequada?

A) Iniciar anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e fisioterapia, com reavaliação em três meses para considerar tratamento específico, se necessário.

B) Prescrever corticosteroides em dose baixa por tempo indeterminado, associados a medidas fisioterápicas para controle da progressão da doença.

**C) Iniciar terapia com metotrexato como droga de primeira linha, associado a corticosteroides em dose baixa para controle dos sintomas até a resposta ao tratamento.**

D) Encaminhar a paciente para infiltração articular com corticosteroides, reservando o uso de imunossupressores para casos de doença refratária.

**QUESTÃO 7:** Uma mulher de 46 anos refere falta de ar progressiva, tosse e dores articulares simultâneas nos cotovelos, joelhos e pulsos bilaterais. Após questionamentos adicionais, a paciente afirma ter “alergia grave”, com sintomas de congestão nasal, pressão sinusal e epistaxes nasais volumosas e repetidas, que ocorrem algumas vezes por mês. Rotina de urina é positiva para sangue 1+ e proteína 2+. Sua creatinina está elevada em 1,9 mg/dL. A radiografia de tórax mostra opacidades bilaterais. Os resultados de uma biópsia pulmonar mostram granulomas cercados por histiócitos e células gigantes, com necrose central de tipo não caseosa. Qual dos seguintes anticorpos testaria positivo no título mais alto nesta paciente?

A) Anticorpo anti-topoisomerase I

B) Anticorpo anti-peptídeo citrulinado

**C) Anticorpo anti-citoplasma de neutrófilos**

D) Anticorpo anti-RNA sintetase

**QUESTÃO 8:** Um homem de 71 anos apresenta febre, tosse e escarro com odor fétido há 3 semanas. Seu histórico médico inclui diabetes tipo 2 e doença cerebrovascular. Seus medicamentos incluem aspirina, glipizida e atorvastatina. Ele mora com a esposa e recebe regularmente fisioterapia domiciliar. Seus sinais vitais são: temperatura de 37,8 °C, pressão arterial de 120/75 mmHg, frequência cardíaca de 98 bpm, frequência respiratória de 23 incursões/min e saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente. O exame físico revela um homem magro com taquipneia. Os achados do exame oral são normais, e o exame pulmonar mostra estertores nos campos pulmonares inferiores bilateralmente. Os exames laboratoriais mostram uma contagem de leucócitos de 12.500/ $\mu$ L, ureia sérica de 16 mg/dL e creatinina sérica de 0,9 mg/dL. A radiografia de tórax apresenta infiltrados basais bilaterais. Qual é o melhor tratamento inicial?

**A) Monoterapia com amoxicilina com clavulanato**

B) Amoxicilina com clavulanato e azitromicina

C) Monoterapia com amoxicilina

D) Monoterapia com clindamicina

**QUESTÃO 9:** Paciente feminino de 28 anos, vive com uma pessoa que teve confirmado o diagnóstico de Tuberculose pulmonar pós primária, forma cavitária. Ela está assintomática, nega tosse, sudorese, dor torácica ou perda de peso, sua radiografia de tórax é normal, e seu PPD veio reator forte (14mm). Ela não fez reforço de BCG, recebeu dose única no 1º ano de vida. Qual a conduta mais adequada?

**A) Quimioprofilaxia com isoniazida por 6 meses.**

B) Iniciar esquema RIPE por 6 meses.

C) Repetir o PPD em 3 meses, para descartar efeito booster.

D) Reavaliação clínica em três meses, com radiografia de tórax e rastreio de sintomas.

**QUESTÃO 10:** Paciente masculino, 26 anos de idade, apresenta-se no serviço de emergência com febre e perda de peso nos últimos 3 meses. Ele recebeu o diagnóstico de SIDA há poucas semanas, e vem apresentando suores noturnos. Ao exame apresenta-se caquético, frequência cardíaca de 90bpm, frequência respiratória de 18 irpm e temperatura axila 37,8oC. À palpação percebe-se linfadenopatia axilar dolorosa bilateral, e ausculta respiratória sem alterações.

Radiografia de tórax mostra lesão fibrocavitária em ambos os ápices pulmonares. Amostra de escarro demonstrou à microscopia bacilos álcool-acido resistentes. Sobre o tratamento desse paciente, escolha a alternativa CORRETA.

A) Deve-se antes iniciar o tratamento antirretroviral, e só iniciar esquema RIPE após 3 meses.

**B) Deve-se iniciar imediatamente esquema com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.**

C) Pelo risco de interação medicamentosa, é importante aguardar o resultado final da cultura antes de iniciar o tratamento para tuberculose.

D) Aguardar a pesquisa de BAAR em outras duas amostras de escarro antes de iniciar qualquer tratamento.

**QUESTÃO 11:** Um paciente de 72 anos, ex-tabagista com histórico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, é admitido no pronto-socorro com dor torácica em aperto, de forte intensidade (8/10), irradiada para a mandíbula, acompanhada de sudorese fria e náuseas, iniciada há cerca de 40 minutos em repouso. Ele relata episódios similares nos últimos três dias, precipitados por esforços leves e aliviados com repouso. No exame físico, está lúcido, com pressão arterial de 145/85 mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm e saturação de O<sub>2</sub> em 96% em ar ambiente. O eletrocardiograma (ECG) mostra infradesnivelamento de ST em derivações DII, DIII e aVF, sem supra de ST. A troponina coletada na admissão encontra-se dentro dos limites normais. Diante desse quadro clínico, qual a conduta mais adequada?

A) Tranquilizar o paciente, iniciar tratamento ambulatorial com betabloqueador e encaminhá-lo para estratificação de risco eletiva com teste ergométrico.

**B) Internação hospitalar, monitorização contínua, início de dupla antiagregação plaquetária, anticoagulação e solicitação de ecocardiograma de esforço para estratificação de risco.**

C) Liberar o paciente com prescrição de nitrato sublingual e orientações para procurar atendimento médico em caso de recorrência dos sintomas.

D) Manter o paciente sob observação no pronto-socorro, repetir exames de troponina seriados e ECGs, e, caso permaneçam normais, liberar com consulta ambulatorial.

**QUESTÃO 12:** Um paciente chega ao pronto-socorro queixando-se de cefaleia. Cada uma das descrições a seguir apresenta diferentes características associadas. Com base no caso clínico, identifique qual cenário apresenta um sinal de alarme que justifica a realização imediata de uma tomografia computadorizada (TC) de crânio.

A) Homem de 45 anos, com histórico de enxaqueca, relata dor pulsátil unilateral, associada a náusea, vômitos e fotofobia. Ele refere que os episódios começaram há anos e têm padrão similar ao da dor atual. Ele apresenta exame neurológico normal.

**B) Mulher de 55 anos, previamente saudável, refere início súbito de uma "pior dor de cabeça da vida", descrita como explosiva e difusa. O exame neurológico revela rigidez de nuca, mas sem outras alterações focais.**

C) Homem de 70 anos com histórico de hipertensão apresenta cefaleia occipital progressiva há duas semanas, associada a piora da visão em um olho. Ele não apresenta sinais de febre nem déficits neurológicos focais.

D) Mulher de 30 anos, com histórico de sinusite crônica, relata cefaleia frontal associada a congestão nasal e dor ao pressionar a região maxilar. Não há sinais de febre ou outros sintomas sistêmicos.

**QUESTÃO 13:** Alessandra tem 32 anos, e acabou de sair de uma consulta com o oncologista em que se confirmou o diagnóstico de uma neoplasia maligna de mama com metástases em linfonodo axilar do mesmo lado, e que vai precisar de iniciar quimioterapia. Emocionalmente abalada, ela apresentou um episódio de broncoespasmo após sair do consultório, que não melhorou com uma dose extra de Alenia (Formoterol + Budesonida). Ela tem Asma persistente leve desde os 7 anos de idade, e estava muito bem controlada e aderente ao corticoide inalatório em doses baixas. No pronto socorro, após fazer uma inalação com fenoterol e ipratrópio (broncodilatadores de curta), ela apresentou episódio súbito de dor torácica ventilatório dependente, em pontada, bem localizada, em região paraesternal direita, que piorava à digitopressão. Você a reexamina e nota: não há sibilos na ausculta, FC 78bpm, PA 112x74, pulsos regulares, ausculta cardíaca sem alterações. Restante do exame sem alterações. Ela está muito ansiosa, teme ter sofrido uma embolia pulmonar. Qual sua próxima conduta?

- A) **Paciente com baixa probabilidade pré teste, deve ser oferecido coleta de dímero D, que se negativa descarta o diagnóstico e permite alta hospitalar.**
- B) Paciente com baixa probabilidade clínica, seu desconforto se explica mais por efeitos negativos do fenoterol, deve ser esclarecida e receber alta sem investigação adicional.
- C) Paciente com baixa probabilidade clínica e pré teste, em que a melhor conduta é realizar uma angiotomografia computadorizada de tórax.
- D) Paciente com muito alta probabilidade clínica de embolia, deve ser iniciada anticoagulação oral com rivaroxabana, dar alta, sem necessidade de investigação adicional.

**QUESTÃO 14:** Uma mulher de 65 anos apresenta história de 4 semanas de dispneia, edema de membros inferiores, ortopneia e distensão abdominal. Ela nega dor torácica. Seus antecedentes médicos incluem doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tratada com oxigênio domiciliar e terapia com broncodilatadores. Seus sinais vitais são: temperatura de 37 °C, frequência cardíaca de 105 bpm, frequência respiratória de 24 incursões/min, pressão arterial de 148/90 mmHg e saturação de oxigênio de 86% com 3 L/min de oxigênio por cateter nasal. No exame físico, o paciente está caquética, aparenta ser mais velha que a idade declarada e utiliza músculos acessórios da respiração. Roncos difusos com estertores finos são ouvidos bilateralmente nos campos pulmonares médios. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 16 g/dL, hematócrito de 48%, sódio de 130 mEq/L, bicarbonato de 27 mEq/L, função renal normal e contagem normal de leucócitos. Além disso, o nível de peptídeo natriurético cerebral (BNP) é de 1324 pg/mL, o nível de troponina sérica está levemente elevado e a gasometria arterial mostra pH normal, hipoxemia e hiper carbacia. A radiografia de tórax demonstra hiperinsuflação pulmonar, congestão vascular pulmonar e derrames pleurais bilaterais. O eletrocardiograma revela ritmo sinusal normal sem evidência de alterações isquêmicas agudas. A paciente foi estabilizada com ventilação não invasiva em dois níveis (bilevel) e diuréticos intravenosos. Qual é o melhor passo inicial na avaliação?

- A) Espirometria
- B) **Ecocardiograma transtorácico**
- C) Cateterismo cardíaco direito
- D) Angiotomografia de tórax

**QUESTÃO 15:** Um homem de 45 anos, previamente hígido, procura o pronto-socorro com história de vômitos intensos há 5 dias, associados a náuseas persistentes e fraqueza muscular progressiva. Ele relata ter iniciado um inibidor da bomba de prótons há 3 semanas para tratamento de dispepsia. Ao exame físico, apresenta-se hidratado, com pressão arterial de 110/70 mmHg, frequência cardíaca de 92 bpm e mucosas secas. A ausculta cardíaca e pulmonar está normal. Os exames laboratoriais revelam: Na<sup>+</sup> 141 mEq/L, K<sup>+</sup> 2,1 mEq/L, Cl<sup>-</sup> 85 mEq/L, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 34 mEq/L, pH 7,53, PaCO<sub>2</sub> 48 mmHg. Creatinina sérica: 1,0 mg/dL. Com base no quadro clínico e laboratorial, qual das alternativas abaixo apresenta o diagnóstico mais provável?

- A) **Paciente com vômitos persistentes: Alcalose metabólica hipocalêmica devido à perda gástrica de ácido clorídrico e de potássio.**
- B) **Paciente com síndrome de Bartter:** Hipocalemia e alcalose metabólica devido a defeito tubular renal associado a hiper calcúria.
- C) **Paciente com acidose tubular renal tipo 1 (distal):** Hipocalemia e acidose metabólica com ânion gap normal.
- D) **Paciente com hiper aldosteronismo primário:** Hipocalemia e alcalose metabólica devido ao aumento da reabsorção de sódio e excreção de potássio e hidrogênio pelos túbulos renais, mas sem histórico clínico ou exames compatíveis com esta condição.

**QUESTÃO 16:** Um paciente de 75 anos, internado há 15 dias na UTI por complicações de uma cirurgia abdominal, apresenta piora do padrão respiratório, febre (39,2°C), leucocitose (22.000/mm<sup>3</sup>) e secreção traqueal espessa e purulenta. Ele está em ventilação mecânica desde a admissão e foi previamente tratado com piperacilina-tazobactam por 7 dias devido a uma infecção intra-abdominal. A radiografia de tórax evidencia infiltrado alveolar no lobo inferior direito. A gasometria arterial revela hipoxemia moderada com relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> de 180.

Culturas de aspirado traqueal de 7 dias atrás mostraram crescimento de *Klebsiella pneumoniae* resistente a cefalosporinas de terceira geração. Diante desse quadro, qual a melhor conduta terapêutica inicial?

- A) **Iniciar meropenem associado à polimixina B, considerando o histórico de tratamento prévio com piperacilina-tazobactam e o risco de infecção por bacilos Gram-negativos multirresistentes.**
- B) Prescrever cefepime associado a aminoglicosídeo, pois cobre adequadamente *Klebsiella pneumoniae* resistente a cefalosporinas e mantém um espectro apropriado para pneumonia nosocomial precoce.
- C) Repetir culturas de aspirado traqueal e hemoculturas antes de iniciar antibióticos, monitorando a evolução clínica antes de qualquer intervenção terapêutica.
- D) Iniciar vancomicina e ceftriaxona, cobrindo adequadamente germes comunitários e aguardando os resultados de culturas para ajustes de espectro.

**QUESTÃO 17:** Um paciente de 45 anos, previamente hígido, está internado há 20 dias na UTI após um grave politrauma por acidente automobilístico, com múltiplas fraturas expostas de fêmur e tíbia, submetido a diversas cirurgias ortopédicas. Ele apresenta febre persistente (38,8°C a 39,5°C) há 72 horas, apesar de estar em antibioticoterapia com meropenem e vancomicina para tratar uma pneumonia nosocomial previamente documentada (piora clínica e radiológica definitivas). O exame físico revela feridas cirúrgicas com secreção serosa, sem sinais de celulite evidente, presença de cateter venoso central sem flogose e sonda vesical de demora. A tomografia de tórax e abdome não revelou novas coleções. Hemoculturas para aeróbios, anaeróbios e fungos, assim como urocultura, seriadas, seguem negativas. Qual a próxima conduta mais apropriada para investigação da febre persistente neste paciente?

- A) Suspender os antibióticos e realizar biópsia das feridas cirúrgicas para análise microbiológica e anatomopatológica, considerando osteomielite ou infecção de partes moles.
- B) **Avaliar a possibilidade de febre não infecciosa, suspendendo temporariamente os antibióticos e iniciando corticosteroides para controle da resposta inflamatória sistêmica pós- trauma.**
- C) Realizar um PET-CT para avaliação de focos ocultos de infecção, como osteomielite, infecção de prótese ortopédica ou abscessos profundos não detectáveis por métodos convencionais.
- D) Iniciar antifúngicos de amplo espectro empiricamente, devido à possibilidade de infecção fúngica disseminada em paciente crítico com antibioticoterapia prolongada e múltiplos procedimentos invasivos.

**QUESTÃO 18:** Paciente masculino, 65 anos, tabagista, com histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), apresenta piora da dispneia e tosse com expectoração. No exame físico, ele está acordado, mas em grande desconforto respiratório, utilizando musculatura acessória. A ausculta pulmonar revela expiração prolongada e sibilos bilaterais. A gasometria arterial mostra pH de 7,20, pCO<sub>2</sub> de 72 mmHg e pO<sub>2</sub> de 50 mmHg. Os testes de função pulmonar indicam VEF1/CVF de 60% do previsto e VEF1 de 35% do previsto. A radiografia de tórax evidencia diafragma achatado e espaços intercostais alargados. Foram administrados beta- agonistas de curta duração inalados, corticosteroides, oxigênio e ventilação não invasiva com pressão positiva em dois níveis (BIPAP), mas o quadro não melhorou. O paciente foi intubado e, no terceiro dia, apresenta bom desempenho em um teste de respiração espontânea. Qual é o próximo passo mais adequado no manejo deste paciente?

- A) Extubar e manter em cateter nasal de oxigênio.
- B) Extubar e manter ar ambiente.
- C) Traqueostomia e desmame lento da ventilação mecânica
- D) **Extubar para ventilação não invasiva com pressão positiva em dois níveis (BIPAP).**

**QUESTÃO 19:** Paciente feminino, 50 anos, está sob ventilação mecânica devido à síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) secundária a um politrauma. As configurações do ventilador são as seguintes: ventilação controlada por volume, fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) de 0,8, volume corrente de 350 mL, frequência respiratória de 30 incursões por minuto e pressão positiva expiratória final (PEEP) de 14 cmH<sub>2</sub>O. Seu peso corporal previsto (PCP) é de 60 kg. A gasometria arterial mais recente mostra uma pressão parcial de oxigênio (PaO<sub>2</sub>) de 56 mmHg, pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>) de 68 mmHg, pH de 7,263 e bicarbonato (HCO<sub>3</sub>) de 38 mEq/L. A pressão de pico é de 36 cmH<sub>2</sub>O e a pressão de platô é de 30 cmH<sub>2</sub>O. O médico está hesitante em colocar o paciente em posição prona devido a uma lesão espinhal não estabilizada. Qual das seguintes condutas é a mais apropriada?

- A) Aumentar a pressão positiva expiratória final (PEEP) para melhorar a oxigenação.
- B) Reduzir o volume corrente para 300 mL para minimizar a barotrauma.
- C) Iniciar bloqueadores neuromusculares para melhorar a ventilação e reduzir o esforço respiratório.**
- D) Aumentar a frequência respiratória para 36 incursões por minuto para melhorar a ventilação minuto.

**QUESTÃO 20:** Uma mulher de 82 anos é admitida no hospital com febre e tosse há dois dias. Ela tem história de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, diabetes mellitus tipo 2 e osteoartrite. Medicamentos em uso: losartana 50 mg/dia, furosemida 40 mg/dia, metformina 500 mg 3x/dia, glimepirida 2 mg/dia, amitriptilina 25 mg à noite para dor crônica e pantoprazol 20 mg/dia. No segundo dia de internação, a equipe observa que a paciente está desorientada, com flutuação do nível de atenção e fala desconexa. Não há sinais focais ao exame neurológico. Hemograma, eletrólitos, glicemia capilar e gasometria arterial estão normais. Exame de urina revela infecção urinária com *Escherichia coli*. Qual a melhor abordagem inicial para o manejo desta paciente?

- A) Iniciar antipsicótico atípico em dose baixa e realizar tomografia computadorizada de crânio para exclusão de lesão estrutural.
- B) Revisar a lista de medicamentos, reduzir ou suspender potenciais causadores de delirium e otimizar tratamento para infecção urinária.**
- C) Restringir líquidos orais e administrar fluidos intravenosos, devido à suspeita de hipernatremia subclínica.
- D) Iniciar sedação com benzodiazepínico para controle do comportamento agitado e monitorar glicemia intensivamente.