

- 1. Paciente estado físico I (ASA), desenvolveu formigamento e dormência nos braços após histerectomia vaginal em posição de Trendelenburg. Para evitar tais complicações, os seguintes cuidados deveriam ter sido implementados:**
- F - A utilização de ombreiras protegeria contra tal complicação.
 - V - A cabeça da paciente deveria ter sido colocada em posição neutra.
 - V - Os braços deveriam estar abduzidos em ângulo menor que 90 graus.
 - V - As mãos e os antebraços, com cotovelos sob proteção, deveriam estar supinados ou em posição neutra.
- 2. O propofol tem as seguintes características:**
- V - Depuração diminuída no idoso.
 - V - Depuração aumentada na criança.
 - F - Supressão da resposta adrenocortical ao estresse.
 - V - Efeito antiemético devido ao aumento dos níveis de dopamina e diminuição da serotonina.
- 3. Paciente de 23 anos, sexo masculino, estado físico I (ASA), foi submetido à anestesia geral para amigdalectomia, sinusectomia e septoplastia. Após a extubação, apresentou laringoespasma de resolução rápida, que evoluiu com expectoração rosa espumosa e hipertensão arterial sistêmica grave. A análise clínica do paciente revelou quadro de edema pulmonar obstrutivo - EPO.**
- V - O uso de pressão contínua nas vias aéreas (CPAP) é recomendado.
 - F - O uso de salbutamol está contraindicado.
 - V - No EPO, a radiografia de tórax mostra infiltrados pulmonares e os pacientes apresentam dessaturação e dispneia.
 - V - A fisiopatologia do EPO envolve redução da pressão intratorácica após inspiração contra obstrução, aumento do volume sanguíneo e edema pulmonar.
- 4. Paciente de 65 anos, coronariopata, em uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel, submeteu-se à cirurgia no abdome sob bloqueio peridural contínuo com cateter, em T12-L1. A punção foi de difícil realização. O bloqueio sensitivo alcançou T6-T8 e o paciente não apresentou alterações cardiovasculares importantes durante as três horas de procedimento. Seis horas após, na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), apresentou alterações motoras e sensitivas nos membros inferiores. Sobre a condução do caso:**
- F - A ausência de sintomas dolorosos exclui a hipótese de hematoma peridural.
 - F - O AAS deveria ter sido suspenso sete dias antes do procedimento.
 - F - Exame da coagulação com INR deveria ter sido solicitado para avaliar efeito residual do clopidogrel.
 - V - Devem ser solicitados exames de ressonância magnética ou tomografia computadorizada.
- 5. Surgiu um novo opioide para uso em infusão alvo-controlada. Suas características farmacológicas são: $T_{1/2}$ Ke0 de 5 minutos; volume de distribuição central (Vd) de 180 litros, e meia-vida de eliminação de 120 minutos. Com base nesses dados:**
- F - A droga tem perfil ideal para a infusão contínua.
 - V - A análise isolada do Vd sugere que este fármaco tende a se acumular no organismo.
 - V - Após cinco minutos, a concentração do fármaco na biofase reduz-se à metade da sua concentração máxima.
 - F - Ao término da infusão contínua, 240 minutos serão necessários para que a concentração plasmática do fármaco caia à metade do valor sérico do estado de equilíbrio.
- 6. O manejo anestésico da cirurgia de ressecção transuretral de próstata inclui:**
- F - A intoxicação pela solução de sorbitol é causa de cegueira transitória.
 - V - Bradicardia com aumento da pressão de pulso é sinal de sobrecarga volêmica.
 - V - Confusão mental e agitação psicomotora indicam a ocorrência de edema cerebral.
 - F - A altura do líquido de irrigação em relação à mesa cirúrgica deve ser de, no mínimo, 90 centímetros para evitar absorção excessiva.
- 7. Paciente do sexo masculino, 60 anos, $IMC = 38 \text{ kg.m}^{-2}$, hipertenso controlado. No questionário de rastreio STOP-Bang, referiu fadiga e sonolência, intitulando-se um ressonador alto e portador de SAHOS (Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono). Sobre o manuseio deste paciente para herniorrafia umbilical em regime ambulatorial:**
- F - O escore de STOP-Bang do paciente é de risco intermediário para SAHOS.
 - V - O aumento do nível arterial de bicarbonato sérico se correlaciona com a gravidade da SAHOS.
 - V - Para este paciente, a administração de opioides aumenta a ocorrência de episódios de apneia e hipopneia.
 - V - Na polissonografia de pacientes portadores de SAHOS grave observa-se índice de apneia e hipopneia superior a 30 episódios por hora.

8. Sobre a ecocardiografia transesofágica (ETE) durante a cirurgia cardíaca:

- V - É mais sensível que o ECG na detecção de isquemia miocárdica intraoperatória.
- V - Está indicada em todas as cirurgias com abertura de câmaras cardíacas.
- V - Diminui a incidência de acidente vascular cerebral quando é usada para guiar o sítio de canulação da aorta antes da circulação extracorpórea.
- F - Pode ser realizada em pacientes com divertículo esofágico e instabilidade hemodinâmica grave.

9. Paciente submetido a transplante pulmonar, em uso de ciclosporina, se apresenta para cirurgia de emergência.

- V - O uso de ciclosporina aumenta o tempo de ação dos bloqueadores neuromusculares.
- F - Hipocalcemia e hipermagnesemia decorrem do uso da ciclosporina.
- F - O uso da ciclosporina está associado a alterações psiquiátricas.
- V - O risco de broncoaspiração de conteúdo gástrico deste paciente é alto.

10. No gerenciamento do centro cirúrgico, o anesthesiologista fundamenta sua atividade no trabalho em equipe por meio das seguintes habilidades:

- F - Comunicação de decisões por meio de terceiros.
- V - Capacidade de manejar o estresse e a fadiga própria e da equipe.
- V - Monitorar o desempenho dos diversos componentes das equipes de trabalho.
- V - Capacidade de tomar decisões com rapidez e segurança.

11. Cuidados anestésicos para indução em sequência rápida:

- V - Pré-oxigenação do paciente antes da indução.
- V - Injeção de hipnótico seguido da administração de succinilcolina na dose de 1 mg.kg^{-1} ou rocurônio $1,2\text{ mg.kg}^{-1}$.
- F - Ventilação sob máscara com pressão positiva antes da intubação traqueal.
- V - Pressão cricoide liberada apenas após a confirmação da intubação traqueal.

12. Sobre o volume de distribuição (Vd) dos fármacos intravenosos:

- V - É possível estimar o Vd pela relação entre dose administrada e concentração plasmática medida.
- F - A distribuição para os tecidos periféricos reduz o Vd.
- V - Fármacos lipossolúveis apresentam Vd aparente maior que o volume vascular de um indivíduo.
- V - O remifentanil apresenta Vd semelhante em pacientes magros e obesos.

13. Considerações sobre a raquianestesia:

- V - A dispersão do bloqueio é mais dependente da dose do anestésico local que do volume administrado.
- V - A associação de fentanil reduz a dose necessária de anestésico local para o bloqueio sensitivo.
- V - Peso, idade e sexo do paciente influenciam a dispersão do bloqueio.
- F - Pacientes jovens, estado físico I (ASA), tem menor chance de parada cardíaca por assistolia após o bloqueio.

14. Como a ventilação mecânica pode contribuir para a redução do débito urinário?

- F - Redução da pressão de veia cava inferior com redução da reabsorção tubular de sódio.
- F - Redução da atividade da arginina-vasopressina.
- F - Aumento da secreção de peptídeo natriurético atrial.
- F - Redução do tônus simpático renal.

15. Diferenças entre as técnicas de bloqueio retrobulbar e peribulbar para oftalmologia:

- V - Maior latência no bloqueio peribulbar.
- V - Menor volume de anestésico no bloqueio retrobulbar.
- F - A técnica retrobulbar é mais eficiente para promover acinesia da pálpebra.
- F - Pacientes com alta miopia tem como melhor indicação o bloqueio retrobulbar.

16. Avaliação pré-operatória e indução anestésica em paciente com massa tumoral mediastinal:

- V - Há risco de obstrução de vias aéreas distais ao tubo endotraqueal mesmo após a intubação.
- V - Tomografia de tórax é indispensável no planejamento anestésico.
- V - Tosse e dispneia em posição supina são indicadores de gravidade da doença.
- V - A disponibilidade de broncoscopia rígida é obrigatória na indução anestésica desses pacientes.

17. Na anestesia para correção de onfalocele em recém-nascido prematuro de 32 semanas, com uma semana de vida:

- V - Ecocardiograma deve ser realizado antes da anestesia.
- V - Monitorização intensiva da ventilação está indicada no pós-operatório.
- F - Succinilcolina deve ser utilizada na dose de $0,5\text{ mg.kg}^{-1}$.
- V - Anemia é fator de risco para apneia no período pós-operatório.

18. A respeito dos fármacos analgésicos utilizados para o controle da dor pós-operatória:

- F - Opioides lipofílicos tem maior dispersão no líquido que opioides hidrofílicos.
- V - Pregabalina apresenta maior biodisponibilidade oral que gabapentina.
- V - Tramadol é um opioide sintético com atividade serotoninérgica.
- V - Cetamina é um analgésico antagonista dos receptores N-Metil D-Aspartato.

19. Como os efeitos dos opioides neuroaxiais podem ser comparados aos efeitos dos opioides sistêmicos em doses equianalgésicas?

- V - Retenção urinária é mais frequente quando os opioides são administrados por via neuroaxial.
- F - A incidência de depressão respiratória é maior com opioides neuroaxiais.
- F - Prurido é mais comum com a administração de opioides sistêmicos.
- F - Náuseas e vômitos tem incidência maior com uso de opioides sistêmicos.

20. Permitem indução inalatória mais rápida:

- V - Regular o vaporizador para pressão parcial maior que a meta da pressão alveolar.
- V - Empregar alto fluxo de gás fresco.
- V - Aumentar o volume-minuto.
- V - Utilizar anestésico com baixa solubilidade no sangue.

21. Sobre risco ambiental no centro cirúrgico:

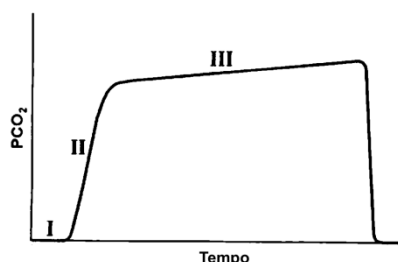
- V - Tecidos eletricamente ativos, como nervos e músculos, são mais susceptíveis a lesão elétrica.
- V - O limiar de percepção sensitiva com corrente alternada de 60 Hz é de 0,5 a 7 mA.
- F - Durante o procedimento cirúrgico, os pacientes em uso de máscara facial apresentam menor risco de combustão da via aérea que os pacientes intubados e sob ventilação mecânica.
- V - Em caso de combustão durante procedimentos cirúrgicos, deve-se interromper imediatamente o fluxo de gases e remover os materiais combustíveis em contato com o paciente.

22. Sobre o potencial de ação das fibras de resposta rápida cardíacas:

- V - Divide-se nas fases: despolarização rápida, repolarização transitória, platô, repolarização e período refratário.
- V - A fase 0 caracteriza-se por influxo de sódio por canais voltagem-dependentes.
- V - Durante o platô, ocorre equilíbrio entre influxo de cálcio e efluxo de potássio.
- F - A repolarização transitória se deve à entrada de potássio na célula.

23. Sobre os mecanismos envolvidos na transmissão neuromuscular:

- F - A acetilcolina (ACh) liberada na junção neuromuscular atua no receptor nicotínico, provocando influxo de cálcio na célula muscular.
- F - Succinilcolina é um antagonista competitivo do receptor nicotínico na junção neuromuscular.
- V - Os bloqueadores neuromusculares adespolarizantes impedem a ligação da ACh ao receptor nicotínico.
- V - Ao se desligar do seu receptor, a ACh é imediatamente inativada pela enzima acetilcolinesterase.

24. Sobre a capnometria/capnografia:

- V - A fase I caracteriza-se pela saída de ar do espaço morto pulmonar.
- V - Durante a fase II, o aumento abrupto do CO_2 exalado é oriundo da saída de gás alveolar.
- F - A medida do CO_2 expirado ($ETCO_2$) é obtida no início da fase de platô.
- V - Obstrução ao fluxo expiratório é caracterizada por aumento da inclinação da fase III.

25. Sobre pacientes portadores de dor crônica que se apresentam para procedimento anestésico-cirúrgico:

- V - A necessidade de opioides intravenosos ou epidurais é 2 a 4 vezes maior em pacientes usuários crônicos de opioide, quando comparados à população geral.
- V - Deve-se prescrever as medicações opioides de uso contínuo na manhã da cirurgia.
- V - Drogas anticonvulsivantes e benzodiazepínicas devem ser mantidas em doses pré-operatórias.
- V - Nos usuários crônicos de opioide, deve-se reduzir a dose diária total após o 2º dia de pós-operatório, até que atinja níveis pré-operatórios.

26. Sobre anestesia para lipoaspiração:

V - A lipoaspiração com técnica tumescente está associada a alta mortalidade, que pode chegar a 1:5000 casos em algumas séries.

V - A técnica tumescente de lipoaspiração utiliza grandes volumes de solução diluída de lidocaína com epinefrina.

V - Arritmias e convulsões são sinais de intoxicação por lidocaína.

V - Após o uso da técnica tumescente em lipoaspiração, existe risco de intoxicação por anestésico local por até 18 horas.

27. Sobre as considerações anestésicas para correção de hérnia de hiato por via laparoscópica:

V - São complicações relacionadas à colocação dos trocateres: lesão vascular e visceral, embolia por CO₂ e enfisema subcutâneo.

F - A posição de proclive aumenta o fluxo sanguíneo cerebral, o retorno venoso, o débito cardíaco e o risco de deslocamento e queda do paciente na mesa cirúrgica.

V - Redução da capacidade residual funcional, redução da complacência pulmonar e aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) são alterações respiratórias associadas ao pneumoperitônio.

F - Durante a indução anestésica, a ventilação com máscara facial antes da intubação deve ser estimulada, para aumentar o tempo de apneia segura em caso de falha de intubação.

28. Paciente de 23 anos, vítima de acidente com motocicleta. Após avaliação inicial, foi observada fratura fechada de fêmur. Apresenta-se hipotenso, bradicárdico, e, na avaliação por ecocardiografia transtorácica, apresenta hipocinesia cardíaca, sem sinais de lesões traumáticas cardíacas. Sobre os diagnósticos diferenciais do choque e seu manejo:

F - A principal hipótese diagnóstica é de choque hipovolêmico.

V - Deve-se avaliar imediatamente a possibilidade de lesão traumática de medula acima dos níveis de T4-T6.

F - Reposição volêmica intensa com coloides deve ser iniciada.

F - O diagnóstico é de choque cardiogênico e o tratamento inclui suporte hemodinâmico com vasopressores.

29. Homem de 65 anos, agendado para gastroduodeno-pancreatectomia por adenocarcinoma de cabeça de pâncreas. Sobre a estratégia de reposição volêmica perioperatória:

F - A reposição intravenosa de líquidos deve ser iniciada 6 horas antes da cirurgia.

V - O uso de soluções cristaloides balanceadas diminui a ocorrência de acidose metabólica hiperclorêmica.

V - A reposição volêmica guiada por metas reduziria a morbidade perioperatória neste paciente.

V - A variação da pressão de pulso (deltaPP) >13% indica responsividade volêmica.

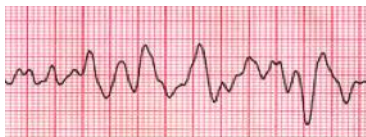
30. Sobre o manejo de hemorragia maciça no período intraoperatório:

V - A administração de 1g de ácido tranexâmico está indicada.

F - A administração de 4g de fibrinogênio sintético eleva os níveis de fibrinogênio em 200g.dL⁻¹.

V - Pode-se fazer uso de soluções coloidais sintéticas até que os hemocomponentes estejam disponíveis.

F - A administração de complexo protrombínico apresenta vantagens em relação à transfusão de plasma fresco congelado.

31. Paciente de 72 anos, coronariopata. Após a indução anestésica, durante a laringoscopia direta, apresentou perda do sinal da oximetria de pulso e o seguinte traçado na cardioscopia.**Foi confirmada ausência de pulso. A conduta deve ser:**

F - Iniciar compressões torácicas com frequência mínima de 100 por minuto.

F - Iniciar compressões torácicas seguidas de administração endovenosa de 1mg de adrenalina.

V - Administrar imediatamente choque de 200 Joules, utilizando desfibrilador manual bifásico seguido de compressões torácicas.

V - Administração de 300 mg de amiodarona ou 1 a 1,5 mg.kg⁻¹ de lidocaína endovenosa e compressões torácicas após o terceiro choque, caso mantenha o padrão da cardioscopia.

32. São consideradas manobras do Suporte Básico (SBV) ou Avançado de Vida (SAV) durante uma parada cardíaca:

V - A via intraóssea é considerada segunda opção para obtenção de acesso vascular durante SAV.

F - Durante a utilização do desfibrilador manual é recomendado o uso de gel e aplicação de uma força nas pás de cerca de 5 kg sobre o tórax.

V - Deve-se utilizar capnografia com a finalidade de avaliar a qualidade das compressões torácicas.

V - Após intubação traqueal ou instalação de dispositivos supraglóticos, as manobras de compressões torácicas e as ventilações são realizadas sem necessidade de sincronização.

33. Em relação à anatomia e às técnicas utilizadas para bloqueio do membro superior:

V - O plexo braquial é formado pelas raízes nervosas espinhais de C5 a T1, podendo ter a raiz cervical C4 no plexo braquial pré-fixado e a raiz torácica T2 no pós-fixado.

V - Na anestesia pela abordagem axilar com o auxílio da ultrassonografia, devem ser identificados e bloqueados os nervos radial, mediano, ulnar e músculo cutâneo.

F - A principal complicação da abordagem supraclavicular perivascular é o bloqueio do nervo frênico.

F - A técnica de bloqueio do plexo braquial mais indicada para anestesia da mão é a abordagem interescalênica.

34. São consideradas alterações fisiológicas da gravidez:

F - Aumento do débito cardíaco ao final da gestação e retorno aos valores pré-gestacionais no pós-parto imediato.

F - Aumento da volemia, com predomínio da contagem de hemácias sobre o volume plasmático.

F - Redução do fluxo sanguíneo renal e da depuração de creatinina.

V - Diminuição da capacidade residual funcional.

35. Em relação aos critérios de alta sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) de Aldrete e Kroulik modificados:

V - Despertar ao chamado verbal corresponde à nota 1.

V - Valores de saturação periférica de oxigênio (SpO_2) acima de 92% refere-se à nota 1.

F - Em pacientes submetidos à anestesia geral, o valor para alta da SRPA deve ser igual a 10.

F - Redução de 25% da pressão arterial em relação ao valor pré-anestésico equivale à nota 2.

36. O anestesiológista poderá assinar a declaração de óbito que ocorreu:

V - Por sepse, em sala de cirurgia, antes de iniciar o procedimento anestésico.

F - Durante laparotomia exploradora em vítima de acidente automobilístico.

F - Durante cirurgia realizada exclusivamente por cirurgião-dentista.

V - Durante cirurgia de transplante cardíaco.

37. Em relação à utilização da oximetria de pulso:

F - Seu funcionamento baseia-se na lei física da absorvância de Beer-Lambert.

V - A metahemoglobina absorve luz na mesma faixa dos comprimentos de onda dos oxímetros de pulso e subestima a medida real da SpO_2 , com valor normal da PaO_2 .

V - A maioria dos oxímetros de pulso existentes no mercado possui apenas a medida dos comprimentos de onda da oxihemoglobina e da hemoglobina reduzida.

V - O oxímetro de pulso básico fornece três importantes informações: saturação da hemoglobina pelo oxigênio, plestimografia de pulso e frequência cardíaca.

38. Em relação à anestesia no paciente diabético:

F - Segundo a Associação Americana de Diabetes, deve-se iniciar insulino terapia se glicemia a partir de 140 mg.dl^{-1} .

V - Exige controle da temperatura em cirurgias com mais de 2 horas devido à inapropriada vasoconstrição periférica.

V - Pacientes com diabetes de longa evolução e níveis elevados de hemoglobina glicada (HbA1C) tendem à via aérea difícil.

V - A hiperglicemia reduz a liberação de citocinas inflamatórias e a função fagocitária dos neutrófilos e monócitos.

39. Durante a abordagem anestésica para ressecção de tumor supratentorial:

V - O uso de manitol está associado com diminuição da pressão intracraniana (PIC), aumento da viscosidade sanguínea e rigidez das hemácias.

V - Deve-se utilizar, preferencialmente, anestésicos que reduzam concomitantemente o metabolismo cerebral e o fluxo sanguíneo cerebral.

F - Hiperventilação, com valores de $PaCO_2$ de 20 a 25 mmHg, pode ser utilizada profilaticamente no manejo da hipertensão intracraniana.

V - O uso da succinilcolina em doses adequadas aumenta a pressão intracraniana (PIC) devido às fasciculações musculares, mas esse efeito é clinicamente irrelevante.

40. Em relação à anestesia realizada fora do centro cirúrgico:

F - Acidente vascular encefálico recente é contraindicação absoluta à realização de eletroconvulsoterapia.

V - A realização de eletroconvulsoterapia tem como riscos o estímulo vagal inicial e assistolia.

V - A presença de prótese metálica cardíaca é considerada contraindicação relativa para realização de ressonância magnética (RM).

V - A RM pode gerar alterações do fluxo sanguíneo aórtico que podem simular alterações do segmento ST-T, como no quadro de hipercalemia.

41. Sobre a organização da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA):

F - A SBA é uma associação civil, com fins de defesa social e econômica de seus associados, proporcionando-lhes condições para o exercício de sua atividade através de contratos e convênios firmados com órgãos públicos e entidades particulares.

V - Os três Departamentos da SBA (Administrativo, Científico e de Defesa Profissional) possuem diretores e regimentos próprios, para coordenar as comissões a eles subordinados.

V - O Conselho Superior da SBA é constituído pelos três últimos Presidentes da SBA e pelos Presidentes das Regionais.

F - A Assembleia de Representantes (AR) é o órgão máximo da Sociedade, a quem compete, entre outros fins, eleger a Diretoria e o Conselho Fiscal.

42. Paciente do sexo masculino, 72 anos, em uso de doxazosina para hiperplasia prostática benigna. Foi submetido à hernioplastia inguinal sob raquianestesia, em regime ambulatorial. Após recuperação completa do bloqueio motor, ao posicionar-se de pé, apresentou hipotensão arterial e sintomas de síncope.

F - A restauração dos reflexos autonômicos estava garantida pela recuperação do bloqueio motor.

F - A resposta compensatória esperada neste caso envolve a estimulação de receptores muscarínicos no coração.

F - A intensidade deste quadro clínico foi atenuada pelo uso da doxazosina.

F - O tratamento eficaz inclui o uso de esmolol.

43. Sobre anestesia com sevoflurano:

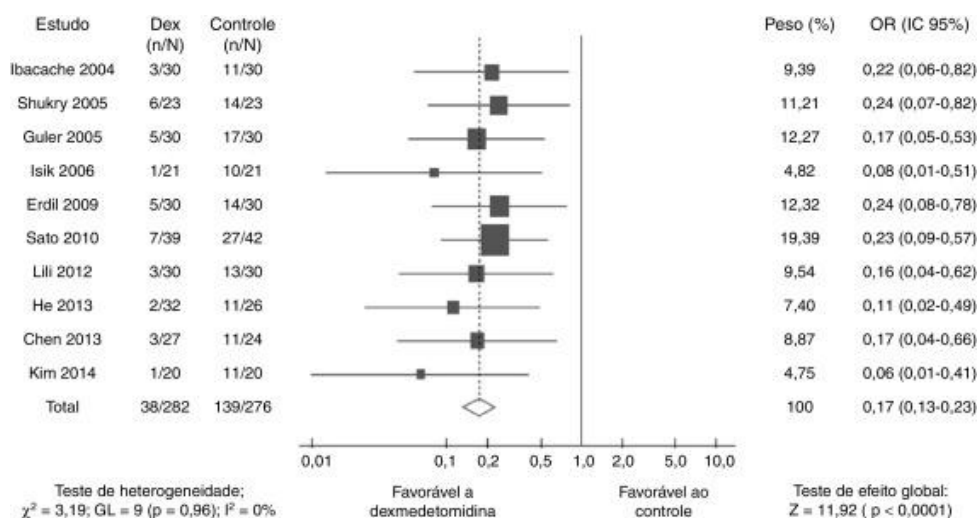
V - Se administrado em uma concentração constante, sua captação diminuirá com o tempo.

V - No estado de equilíbrio, a medida da sua pressão parcial alveolar fornece avaliação indireta da profundidade da anestesia.

F - O valor da sua concentração alveolar mínima (CAM) apresenta correlação negativa direta com a duração da anestesia.

V - Causa diminuição do volume-minuto de modo dose-dependente.

44. Em uma revisão sistemática quantitativa do efeito da dexmedetomidina sobre a agitação no despertar de crianças submetidas à anestesia geral com sevoflurano, obteve-se o seguinte gráfico: (<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2016.02.015>. Com permissão dos autores.)



V - Este tipo de representação é denominado gráfico de floresta.

F - Os intervalos de confiança mostram que os dez estudos individuais contribuíram igualmente para a análise do desfecho.

F - O intervalo de confiança resultante dessa análise não é significante, pois é amplo, cruza a linha da identidade no eixo central e é maior que zero.

V - A estimativa do efeito combinado mostra que o grupo de estudo obteve menos eventos de agitação em comparação ao grupo controle.

45. Um homem de 60 anos, com diabetes tipo 2, apresenta-se há 5 dias com letargia, anorexia, náuseas e dor abdominal. Faz uso de metformina e anti-inflamatório não esteroideal para artrite de joelhos. À admissão, apresenta os seguintes exames laboratoriais:

$\text{Na}^+ = 140 \text{ mEq.l}^{-1}$ (valor normal: 136 - 145 mEq.l^{-1})	Ureia = 77 mg.dl^{-1} (valor normal: 10 - 20 mg.dl^{-1})
$\text{K}^+ = 4,4 \text{ mEq.l}^{-1}$ (valor normal: 3,5 - 5,0 mEq.l^{-1})	Creatinina = 9 mg.dl^{-1} (valor normal: 0,5 - 1,2 mg.dl^{-1})
$\text{Cl}^- = 100 \text{ mEq.l}^{-1}$ (valor normal: 98 - 106 mEq.l^{-1})	Glicose = 112 mg.dl^{-1} (valor normal: 70 - 110 mg.l^{-1})
$\text{HCO}_3^- = 10 \text{ mEq.l}^{-1}$ (valor normal: 22 - 28 mEq.l^{-1})	Ácido láctico = 178 mg.dl^{-1} (valor normal: 5 - 20 mg.dl^{-1})

Gasometria arterial: pH = 6,8; $\text{PO}_2 = 77 \text{ mmHg}$; $\text{PaCO}_2 = 25 \text{ mmHg}$.

V - O paciente apresenta acidose metabólica.

F - O valor do seu anion gap é de 44,4 mEq.l^{-1} .

F - O diagnóstico é de cetoacidose diabética.

F - Sua osmolaridade plasmática deve ser calculada com base no valor de sódio, uréia e creatinina.

46. Paciente de 77 anos, sexo masculino, com fratura patológica de colo de fêmur direito há 2 dias. Foi submetido a artroplastia total de quadril sob raquianestesia com sedação. Durante a implantação do componente femoral cimentado, apresentou hipotensão arterial e parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso.

V - A hipóxia é uma complicação comum à implantação de cimento ósseo em cirurgias ortopédicas.

F - A explicação mais plausível para essa complicação é a instalação de reação alérgica mediada por Ig-E devida ao metacrilato.

F - A hipotensão arterial dessa complicação é tratada preferencialmente com fluidoterapia intensiva, devido à perda para terceiro espaço.

F - A medida inicial na reanimação cardiopulmonar deste paciente é a desfibrilação elétrica.

47. Paciente de 24 anos, 80 kg, hígido, com traumatismo cervical em C4-C5 e compressão do canal medular. À admissão ao centro cirúrgico, apresentava-se em jejum, consciente, sem dor, com hematoma periorbitário, hemodinamicamente estável, e em uso de colar cervical.

F - Na abordagem da sua via aérea, o uso de colar cervical fornecerá proteção contra rotação lateral da coluna.

F - O uso de videolaringoscópio impedirá a movimentação do pescoço de modo mais eficaz que o laringoscópio convencional.

V - A intubação orotraqueal sob fibroscopia óptica com o paciente acordado e sob anestesia tópica constitui aqui boa indicação.

F - Em caso de dificuldade com as outras técnicas, a intubação nasotraqueal às cegas também está indicada para este paciente.

48. Paciente de 22 anos, vítima de atropelamento. À admissão ao centro cirúrgico, apresentava-se com PA: 90x50 mmHg, FC: 142 bpm, taquipneico, confuso, com dor em dorso e abdome.

V - Segundo o Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS), este paciente enquadra-se na classe IV de choque hemorrágico.

F - O paciente deve receber reposição volêmica com 2,5 litros de solução salina a 0,9%.

V - Segundo o protocolo de Reanimação com Controle de Danos, a administração precoce de plasma está indicada neste caso.

F - O ácido tranexâmico é contraindicado no controle da fibrinólise associada à coagulopatia traumática aguda.

49. Sobre a técnica de hipotermia induzida:

V - A hipotermia terapêutica de grau leve tem alvo entre 32°C e 34°C.

F - A hipotermia terapêutica profunda tem alvo abaixo de 18°C.

V - Para o resfriamento ser eficaz, a velocidade de instalação deve ser rápida.

F - O método mais eficaz para induzir hipotermia é o resfriamento por sistemas de ar forçado.

50. Gestante de 26 anos, estado físico II-E (ASA), 39 semanas, submetida a cesariana sob raquianestesia. O procedimento transcorreu sem intercorrências. Após 25 minutos na SRPA, evoluiu com insuficiência respiratória. O anesthesiologista então percebeu que houve troca de ampolas durante a realização do bloqueio, com administração intratecal de 2 mg de morfina, ao invés dos 0,2 mg planejados.

V - O checklist do Protocolo de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde inclui item de verificação da medicação.

V - Essa ocorrência pode ser categorizada como "evento sentinela".

F - O erro cometido neste caso foi do tipo erro de planejamento.

V - É imperativa a notificação do evento adverso.

51. Avaliação e preparo pré-anestésico:

F - Características associadas à Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS): sexo masculino, idade > 60 anos, Índice de Massa Corporal > 40 kg.m² e circunferência do pescoço > 40 centímetros.

F - Segundo a Resolução 2174/2017 do CFM, é necessária a monitorização da temperatura em procedimentos com duração superior a 45 minutos.

V - Recomenda-se tempo de jejum de 4 horas para leite materno.

F - São fatores de risco primários para náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO): sexo feminino, história pregressa de NVPO, tabagismo e uso de opioides.

52. Avaliação e preparo pré-anestésico:

V - Distância esterno-mento menor que 12,5 centímetros é fator preditor de intubação difícil.

F - O teste de Mallampati é realizado com o paciente em decúbito dorsal, com o pescoço em posição neutra, boca em abertura total e língua em protrusão máxima.

F - Paciente com abertura ocular a estímulos dolorosos, resposta verbal com sons ininteligíveis e resposta motora com padrão flexor. Apresenta escala de coma de Glasgow de 6.

F - A escala de Fisher para avaliação da hemorragia subaracnóidea utiliza critérios clínicos.

53. Farmacologia dos anestésicos locais:

V - A procaína é biotransformada por esterases plasmáticas.

F - Os anestésicos locais são bases fracas que, sob a forma de cloridrato, tem menor solubilidade em água.

V - Os anestésicos mais potentes possuem maior lipossolubilidade.

F - Na intoxicação por anestésico local, a dose recomendada de emulsão lipídica a 20% é de 1,5 ml.kg⁻¹, infundida em 10 minutos, seguida por infusão de 2,5 ml.kg⁻¹ por hora.

54. Fisiologia e farmacologia do sistema respiratório:

F - A elastância é diretamente proporcional à expansibilidade pulmonar.

V - A vasoconstrição pulmonar hipóxica é mediada por fatores locais.

V - A Zona I de West aumenta na presença de ventilação com pressão positiva e hipotensão arterial.

F - No broncoespasmo agudo intraoperatório, é recomendada a interrupção de sevoflurano e de isoflurano.

55. Hemostasia e anticoagulação:

F - O exame de tempo parcial de tromboplastia ativada (TTPa) mede o tempo necessário para a geração de coágulo formado por fibrina com influência de plaquetas e hemácias.

V - Em pacientes recebendo trombolíticos, o tempo de trombina marca o grau de atividade fibrinolítica.

V - No tromboelastograma, o ângulo alfa é relacionado com a concentração de fibrinogênio e com a interação plaqueta-fibrina.

V - Na tromboelastometria, a qualidade e firmeza do coágulo orientam a reposição de plaquetas e fibrinogênio.

56. Características do sistema respiratório do tipo Mapleson D:

V - A entrada do fluxo de gás fresco (FGF) é próxima ao paciente.

V - O FGF deve ser de 2 a 3 vezes o volume-minuto.

V - É bem indicado para ventilação controlada.

F - Possui válvula direcionadora de fluxo.

57. Na anestesia para amigdalectomia:

F - O propofol na manutenção da anestesia reduz a incidência de vômitos quando comparado aos anestésicos inalatórios.

F - Maior incidência de complicações respiratórias relacionadas à amigdalectomia ocorre em crianças de 2 a 4 anos de idade.

V - Hemorragia ocorre com maior incidência dentro das primeiras 6 horas do pós-operatório.

V - Em caso de abscessos periamigdalianos, deve ser realizada descompressão por punção com agulha no pré-operatório.

58. Anestesia para cirurgia bucomaxilofacial e odontologia:

F - No caso de luxação mandibular durante manobra de intubação traqueal, deve-se manter conduta expectante e solicitar avaliação por especialista em até 72 horas.

V - As fraturas alveolodentárias em crianças e jovens estão associadas à fratura de mandíbula em mais da metade dos casos.

F - A laringoscopia pode ser realizada com segurança nas fraturas bilaterais do corpo mandibular.

V - Está contraindicada a intubação nasotraqueal em pacientes nos quais se desconhece o estado da lâmina cribiforme do etmoide.

59. Suporte ventilatório:

V - Em pacientes de alto risco, a ventilação não invasiva é o tratamento de primeira linha para a prevenção de insuficiência respiratória após extubação.

F - Desviam a curva de dissociação da hemoglobina para a direita: aumento da PaCO₂ e do 2,3 DPG, e diminuição da temperatura corporal.

V - As alterações da relação ventilação-perfusão são as causas mais frequentes de insuficiência respiratória hipoxêmica.

V - Complacência toracopulmonar é a relação entre a variação do volume gasoso mobilizado e a pressão motriz necessária para manter o pulmão insuflado.

60. Anestesia em geriatria:

F - A prevalência de fragilidade em idosos é maior nos homens e aumenta com a idade.

F - São fatores de risco para disfunção cognitiva pós-operatória: uso de psicotrópicos, hiponatremia, sexo masculino e maior grau de escolaridade.

F - No idoso, a diminuição do conteúdo de água corporal e o aumento do volume de gordura resultam em menor volume de distribuição para fármacos lipossolúveis.

V - No idoso, mesmo na ausência de doença, estão atenuados os reflexos cutâneos vasoconstritores e vasodilatadores.