

**1 - Mulher de 70 anos, revascularizada, em uso de losartana (50 mg/dia), metformina (850 mg após o almoço), e AAS (100mg/dia). Será submetida à colocação de prótese de quadril. Exames laboratoriais normais. Ecocardiograma com fração de ejeção = 55% e hipocinesia apical de ventrículo esquerdo. Em relação à síndrome da implantação do cimento ósseo, pode-se afirmar:**

- a) Utilização de grande quantidade de cimento ósseo está associada à maior chance de ocorrência.  F  V
- b) Outros fatores de risco incluem um canal femoral previamente não instrumentado, prótese de haste longa, hipertensão pulmonar preexistente e insuficiência do ventrículo direito.  F  V
- c) Lavagem pulsátil do canal femoral e perfuração de um orifício de ventilação no fêmur antes da inserção da prótese podem reduzir as consequências hemodinâmicas.  F  V
- d) A manifestação clínica da síndrome inclui hipertensão arterial sistêmica e redução da resistência vascular pulmonar.  F  V
- e) Tratamento com uso de drogas potentes como adrenalina pode ser requerido.  F  V

**2 - Homem de 30 anos, 120kg, 1,60 m, será submetido à gastroplastia videolaparoscópica. Pode-se afirmar:**

- a) A obesidade é um fator de risco para intubação difícil, embora a ventilação torne-se mais fácil.  F  V
- b) A obesidade aumenta o consumo de oxigênio e a produção de dióxido de carbono, mesmo com o indivíduo em repouso.  F  V
- c) Em cirurgia bariátrica por via laparoscópica, os pacientes têm um menor risco de náuseas e vômitos pós-operatórios.  F  V
- d) Uma história de hipertensão arterial ou circunferência do pescoço maior que 40 cm se correlaciona com o aumento da probabilidade de apneia obstrutiva do sono.  F  V
- e) Em cirurgia bariátrica, pacientes com doença de refluxo ativo podem estar em risco de eventos pós-operatório de broncoaspiração e exacerbação de doença reativa das vias aéreas.  F  V

**3 - Homem de 30 anos, submetido a cirurgia de ouvido médio com laser de CO<sub>2</sub>. Procedimento com anestesia venosa total (propofol e remifentanil), sem uso de bloqueio neuromuscular devido à monitorização de nervo facial. Podemos afirmar:**

- a) A técnica de anestesia venosa total está bem indicada em caso de monitorização do potencial evocado somatossensitivo.  F  V
- b) Tensão extrema do músculo esternocleidomastóideo deve ser evitada para prevenir o risco de luxação entre as vértebras cervicais.  F  V
- c) Em caso de ignição de via aérea, o tubo endotraqueal em combustão deve ser mantido a fim de evitar dessaturação do paciente.  F  V
- d) O uso do laser de CO<sub>2</sub> deve ser interrompido e aumentada a fração inspirada de oxigênio quando ocorre ignição de via aérea.  F  V
- e) Vaporização de tecido a laser, especialmente de lasers de CO<sub>2</sub>, muitas vezes resulta em uma nuvem de fumaça que pode causar risco de infecção pelo tecido contaminado com vírus, por exemplo.  F  V

**4 - Criança de 4 anos, sem comorbidades, será submetida a correção cirúrgica de estrabismo. Em relação às afirmativas abaixo:**

- a) O reflexo oculocardíaco também é conhecido como reflexo facial-vagal.  F  V
- b) Tração do músculo reto lateral é a principal responsável pelo reflexo oculocardíaco.  F  V
- c) O bloqueio retrobulbar garante que o reflexo oculocardíaco não ocorra.  F  V
- d) Tração sobre os músculos extraoculares ou pressão sobre o globo ocular podem causar bradicardia, bloqueio atrioventricular, ectopia ou assistolia.  F  V
- e) O reflexo oculocardíaco pode ser visto com maior frequência em procedimentos realizados com anestesia tópica.  F  V

**5 - Homem de 28 anos, sem comorbidades, será submetido à correção de fratura de rádio sob sedação (midazolam 5 mg + fentanil 50 mcg) e bloqueio de plexo braquial, por via axilar (ropivacaína a 0,5%; 25 ml). Quanto ao procedimento, pode-se afirmar:**

- a) Por tratar-se de bloqueio de plexo braquial, o paciente não poderá receber alta enquanto estiver sob efeito de bloqueio motor.  F  V
- b) Uma das principais causas de reinternação dos pacientes após realizarem procedimentos ambulatoriais é a presença de dor.  F  V
- c) O paciente deve estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e orientada para realização do procedimento e para receber alta.  F  V
- d) Por tratar-se de paciente sem comorbidades, o procedimento pode ser realizado em unidade ambulatorial do tipo I.  F  V
- e) Utilizando ultrassonografia para a realização do bloqueio, mesmo pacientes ASA IV podem ser atendidos em regime ambulatorial.  F  V