

GABARITO

**PROVA NACIONAL PARA MÉDICOS
EM ESPECIALIZAÇÃO 2022**

ME1/2022

QUESTÕES ANULADAS
06, 11, 36 e 37

1 - Homem de 67 anos, 78 kg e 1,64 m recebe sedação intravenosa para a realização de ressonância magnética para avaliar dor lombar. Na remoção do oxímetro de pulso, uma queimadura de terceiro grau é encontrada no dígito subjacente. Nessa situação, de acordo com as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM):

- A. As condições de segurança do ambiente onde se realiza a anestesia devem ser asseguradas e garantidas pelo anesthesiologista.
- B. Segundo o Programa Nacional de Segurança do Paciente, é recomendado registrar essa situação como evento adverso em anestesia.
- C. É responsabilidade do diretor técnico da instituição comunicar qualquer irregularidade à Comissão Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina.
- D. O oxímetro de pulso é uma condição mínima de segurança exigida para a prática de anestesia, portanto, o ocorrido é considerado um evento acidental sem imputação de responsabilidade ao anesthesiologista.

Resposta: B

2 - Em relação ao Conselho Fiscal da SBA:

- A. Os seus membros têm mandato de três anos.
- B. É composto por cinco membros efetivos e um membro suplente.
- C. Compete ao Conselho Fiscal substituir o diretor financeiro em seus impedimentos.
- D. É constituído pelos três últimos presidentes da SBA e pelos presidentes das regionais.

Resposta: A

3 - Os profissionais de saúde que trabalham diretamente com radiação não ionizante estão sujeitos a complicações. A que ocorre com maior frequência é:

- A. Leucemia.
- B. Microchoques.
- C. Câncer de tireoide.
- D. Lesão do globo ocular.

Resposta: D

4 - Mulher de 52 anos, 147 kg e 1,62 m está agendada para fazer uma cardioplastia videolaparoscópica. Refere hipertensão, diabetes tipo 2 e dislipidemia controlados com medicação específica. Avaliação da via aérea mostra Malampatti 2, extensão cervical limitada, distância interincisivos de 4,5 cm e distância tireoentoniana de 8 cm. O serviço de nutrição do hospital incentiva a administração de maltodextrinas antes da cirurgia. Como você orientaria o uso dessas soluções?

- A. São seguras se ingeridas até duas horas antes da cirurgia.
- B. Melhoram o pós-operatório, já que aumentam a resistência à insulina.
- C. Sua utilização aumenta a incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório.
- D. As evidências são insuficientes para a utilização dessas substâncias, já que não influenciam no tempo de internação e mortalidade.

Resposta: A

5 - Na intubação nasotraqueal, deve ser escolhida a cavidade nasal mais patente, e o tubo traqueal deve ser introduzido na narina em ângulo de 90° em direção posterior e caudal, com bisel voltado para a linha média. Essa técnica evita lesão da seguinte estrutura, localizada superiormente:

- A. Vómer.
- B. Turbinas nasais.
- C. Cartilagem septal.
- D. Placa cribiforme do osso etmoidal.

Resposta: D

6 - Paciente de 48 anos foi submetido a tratamento radioterápico para câncer de pulmão. Depois de trauma torácico, chegou ao hospital com tosse, cianose e agitação. As imagens identificaram uma fístula traqueoesofágica distal. Uma sonda foi colocada no esôfago e a intubação traqueal foi realizada sob fibroscopia flexível. Com o uso dessa técnica, é(são) obrigatório(s):

- A. Anestesia geral.
- B. Eixos orofaríngeos e faringotraqueais alinhados.
- C. O tubo endotraqueal estar posicionado acima da fístula.
- D. Decúbito dorsal para examinar melhor a árvore traqueobrônquica.

QUESTÃO ANULADA

Resposta: C

7 - No gerenciamento da segurança de um paciente, faz-se necessário atenção ao seu posicionamento. Sendo assim:

- A. O grau de limitação da abdução do braço deve ser de, no máximo, 45 graus.
- B. A posição de Trendelenburg produz alterações hemodinâmicas e respiratórias por aproximadamente um minuto.
- C. Na posição supina, a anestesia geral com relaxamento muscular e bloqueio neuroaxial aumenta ainda mais o risco de dor nas costas.
- D. Para evitar a síndrome compartimental na posição de litotomia, recomenda-se abaixar as pernas periodicamente, se o tempo cirúrgico ultrapassar quatro a cinco horas.

Resposta: C

8 - Em relação aos padrões de estimulação nervosa dos monitores de função neuromuscular, entende-se que:

- A. Uma frequência de 50 Hz, com duração de cinco segundos, é a estratégia mais utilizada no padrão de estímulo simples.
- B. Na sequência de quatro estímulos, a estimulação se dá na frequência de 2 Hz, e o intervalo entre as sequências não deve ser inferior a dez segundos.
- C. O estímulo tetânico tem sido preconizado na prática clínica atual, sendo o padrão de escolha para avaliação de bloqueio neuromuscular residual.
- D. Na contagem pós-tetânica, padrão útil para avaliar bloqueio neuromuscular profundo, aplica-se um estímulo inicial de 1 Hz por cinco segundos, seguido de estímulos simples de 50 Hz.

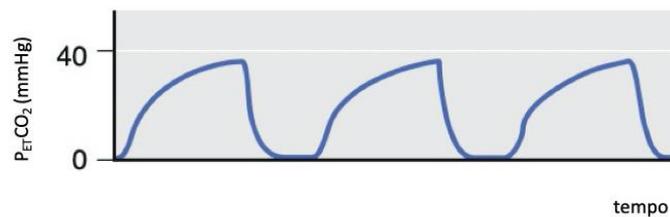
Resposta: B

9 - Homem de 42 anos, 80 kg e 1,80 m, sem comorbidades, não tabagista, será submetido a artroscopia de joelho sob raquianestesia. Apresentou saturação de oxigênio de 85% ao ser monitorizado na sala de operação sem sedação prévia. O anesthesiologista, para tentar corrigir tal saturação, administrou oxigênio, 5 L/min, a 100% sob máscara de Hudson, mas o paciente continuava apresentando 85% no oxímetro de pulso. Esse paciente pode apresentar:

- A. Um caso leve de sulfo-hemoglobinemia, de modo que absorve pouco a luz infravermelha (660 nm) no oxímetro de pulso.
- B. Meta-hemoglobinemia com absorção de uma quantidade significativa de luz em 660 nm e 940 nm no oxímetro de pulso.
- C. Policitemia com pouca absorção de luz vermelha e infravermelha, com saturação fixa de 85% no oxímetro de pulso.
- D. Intoxicação por monóxido de carbono, em que a carboxi-hemoglobina absorve luz a 660 nm, que é semelhante à da oxi-hemoglobina, por isso o oxímetro de pulso está falsamente em 85%.

Resposta: B

10 - Mulher de 45 anos, 60 kg e 1,60 m foi internada para a realização de mastectomia devido a um nódulo de mama. Nega uso de medicações. Foi realizada indução venosa com propofol e remifentanil. Para o bloqueio neuromuscular, foi administrado rocurônio, $1,2 \text{ mg.kg}^{-1}$, para a intubação, sem intercorrências. Evoluiu com hipoxemia, hipotensão arterial, aumento de pressão das vias aéreas e a seguinte curva de capnografia:



- A. O ângulo alfa se torna mais amplo quanto maior for o distúrbio da relação ventilação/perfusão.
- B. A administração de cromoglicato dissódico inalatório via sonda endotraqueal é a terapia de escolha no momento.
- C. Observa-se exaustão do sistema absorvedor de gás carbônico, de modo que sua troca é indicada, pois está ocorrendo reinalação.
- D. Observam-se oscilações na fase III da curva de capnografia, o que denota esforço espontâneo durante uma ventilação controlada.

Resposta: A

11 - Na monitorização da profundidade da anestesia geral por meio do índice bispectral, está correto afirmar:

- A. A taxa de supressão normal varia entre 40% e 60%.
- B. Apresenta bandas de frequência características, classificadas de acordo com as faixas de oscilação em: Gamma, Beta, Alpha, Theta, Delta e Slow.
- C. O aumento da profundidade anestésica caracteriza-se por atividade elétrica de baixa amplitude e frequências elevadas, não sendo observada ausência de atividade.
- D. O número do índice bispectral é obtido da análise ponderada de quatro subparâmetros: taxa de supressão de surtos, supressão QUAZI, potência relativa beta e sincronização rápido/lenta.

QUESTÃO ANULADA

Resposta: D

12 - Em relação às propriedades farmacológicas da fentolamina:

- A. Promove a diminuição da capacidade pulmonar vital e das secreções das vias aéreas superiores.
- B. É um antagonista competitivo e seletivo dos receptores alfa1 e alfa2 adrenérgicos de longa duração.
- C. Ocorrem, durante seu uso, aumento da resistência vascular sistêmica, hipertensão arterial e taquicardia reflexa.
- D. Diarreia, dores abdominais, congestão das mucosas nasais e peristaltismo de luta podem ocorrer durante a sua utilização.

Resposta: D

13 - Com base no mecanismo de Frank-Starling, o inotropismo do ventrículo esquerdo (VE) pode ser aumentado pelo(a):

- A. Aumento do volume sistólico final do VE.
- B. Aumento do volume diastólico final do VE.
- C. Diminuição do volume sistólico final do VE.
- D. Diminuição do volume diastólico final do VE.

Resposta: B

14 - No ciclo cardíaco, as valvas semilunares estão abertas no(a):

- A. Sístole atrial.
- B. Sístole ventricular.
- C. Contração isovolumétrica.
- D. Relaxamento isovolumétrico.

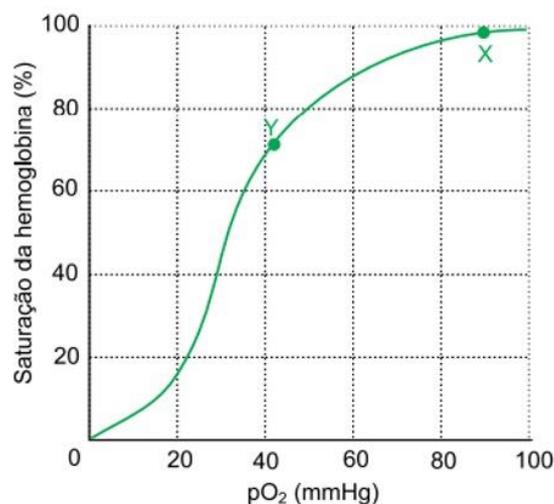
Resposta: B

15 - Homem de 50 anos, índice de massa corpórea = 45, ASA 3 (obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2), séptico, chega ao centro cirúrgico para ser submetido a laparotomia exploradora por abdome agudo infeccioso após sete dias de evolução clínica. Apresenta-se hipotenso e com lactato aumentado. Na indução anestésica, deve-se:

- A. Iniciar a dopamina, agente de escolha para esse tipo de choque.
- B. Iniciar o bólus de metaraminol associado à infusão de cristaloides.
- C. Administrar bólus de efedrina, adequados para otimização hemodinâmica.
- D. Iniciar noradrenalina contínua concomitantemente à infusão de cristaloides.

Resposta: D

16 – Com base na curva de dissociação da oxihemoglobina abaixo, qual seria o paciente que, após uma indução anestésica adequada, não chegará abaixo do ponto Y da curva.?



- A. Idoso asmático compensado.
- B. Gestante com 36 semanas.
- C. Mulher com IMC = 43,3.
- D. Homem fumante com carga tabágica de 40 anos-maço.

Resposta: A

17 - Uma droga é administrada, por via endovenosa, na dose de 2 mg.kg⁻¹ e atinge a concentração de 4 mcg.mL⁻¹. O volume de distribuição do medicamento em questão é:

- A. 50 mL.kg⁻¹.
- B. 20 mL.Kg⁻¹.
- C. 80 mL.Kg⁻¹.
- D. 500 mL.Kg⁻¹.

Resposta: D

18 - O índice terapêutico (IT) do fármaco “X” é igual a 4, enquanto o IT do fármaco “Y” é igual a 2. Essa informação significa que:

- A. O fármaco “X” é mais eficaz que o fármaco “Y”.
- B. O fármaco “X” é mais seguro que o fármaco “Y”.
- C. O fármaco “X” é mais potente que o fármaco “Y”.
- D. O fármaco “X” e o fármaco “Y” têm efeitos aditivos.

Resposta: B

19 – Mulher de 50 anos, 120 kg e 1,60 m, em tratamento psiquiátrico para grave distúrbio de humor com desvenlafaxina, naltrexona e olanzapina, estável do ponto de vista psiquiátrico, vítima de acidente automobilístico com fratura-luxação de L2-L3-L4, sem déficits neurológicos. Foi submetida a laminectomia descompressiva com fixação por instrumentação de T12 a S1. Você programa analgesia pós-operatória com infusão endovenosa de morfina controlada pelo paciente (PCA). Nessa situação, você:

- A. Suspende a olanzapina.
- B. Suspende a naltrexona.
- C. Suspende a desvenlafaxina.
- D. Mantém todas as medicações psiquiátricas.

Resposta: B

20 - O fentanil é considerado um opioide com longa meia-vida de eliminação. Essa característica farmacológica se deve:

- A. A baixo pKa.
- B. À baixa lipossolubilidade.
- C. A grande volume de distribuição.
- D. Ao metabolismo por meio de esterases plasmáticas.

Resposta: C

21 - Paciente de 45 anos, 75 kg e 1,75 m, ASA I, foi submetido à anestesia geral para cirurgia de laparotomia. Indução: fentanil, 300 mcg; lidocaína, 2 mg/kg; propofol, 200 mg; rocurônio, 50 mg. Intubação orotraqueal (IOT) com sucesso. Manutenção com desflurano a 3% e N₂O a 60%. Dados hemodinâmicos antes da IOT: pressão arterial (PA) = 140/70 mmHg; frequência cardíaca (FC) = 85 bpm; após a IOT: PA = 110/80 mmHg; FC = 70 bpm. Depois do início da cirurgia, PA = 160/110 e FC = 125 bpm. Para controlar a PA e a FC, o anestesiológico decidiu aumentar o desflurano para 10%; depois de cinco minutos, houve elevação da PA para 210/130 mmHg e da FC para 145 bpm. Observa-se nessa situação:

- A. Elevação da pressão parcial do desflurano acima de 1.500 mmHg.
- B. Elevação dos níveis das catecolaminas por desflurano acima de 1,0 CAM.
- C. Aumento de bolhas no vaporizador e diminuição da taxa de vaporização.
- D. Diminuição na temperatura do vaporizador e queda na pressão parcial do gás fresco.

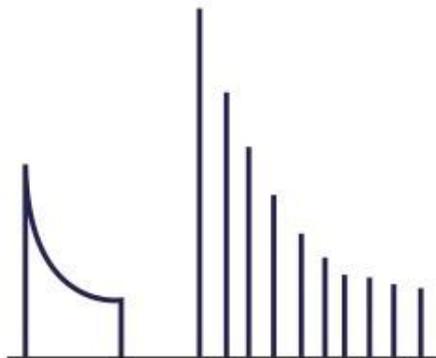
Resposta: B

22 - Um bebê de 7 kg e 10 meses de vida está recebendo anestesia geral com sevoflurano a 2% e óxido nítrico a 70% em oxigênio para reparo de hérnia inguinal bilateral. Supondo que um volume de 10 mL de anestésico local deve ser injetado para a realização da analgesia, qual das seguintes soluções demonstra segurança em relação à dose máxima recomendada de lidocaína e epinefrina para esse paciente?

- A. Lidocaína a 0,5% com epinefrina 1:100.000.
- B. Lidocaína a 0,5% com epinefrina 1:200.000.
- C. Lidocaína a 1% com epinefrina 1:100.000.
- D. Lidocaína a 1% com epinefrina 1:200.000.

Resposta: B

23 – Um paciente foi submetido a anestesia geral com administração de bloqueador neuromuscular. O gráfico abaixo corresponde à monitorização da função neuromuscular com estimulador de nervo periférico e aceleromiografia após estimulação tetânica de cinco segundos seguida de estímulos simples. Sobre esse caso, trata-se de:



- Fadiga durante a estimulação tetânica seguida de potenciação pós-tetânica, que pode corresponder a bloqueio adespolarizante moderado.
- Contratura durante a estimulação tetânica seguida de potenciação pós-tetânica, que pode corresponder a ação de bloqueador neuromuscular despolarizante.
- Fadiga durante a estimulação tetânica seguida de resposta T4/T1 inferior a 50% numa sequência de quatro estímulos, que pode corresponder a bloqueio despolarizante.
- Fasciculação durante a estimulação tetânica seguida de resposta T4/T1 inferior a 30% numa sequência de quatro estímulos, que pode corresponder a bloqueio adespolarizante moderado.

Resposta: A

24 - Mulher de 52 anos, 60 kg e 1,64 m, é portadora de distúrbio afetivo bipolar em uso crônico de carbamazepina, com hipertensão arterial, em uso de verapamil e furosemida há 10 anos. Relata, ainda, uso de clindamicina para tratamento de doença inflamatória pélvica. Chegou à emergência com dor abdominal, vômitos e uma frequência cardíaca de 120 batimentos por minuto. Foi indicada laparotomia de emergência. Na indução anestésica, foram administrados, por via intravenosa, rocurônio, 72 mg; propofol, 120 mg; e alfentanil, 2.000 mcg; a manutenção foi feita com sevoflurano. Após 20 minutos, a paciente apresentava um *Train of Four* (TOF) de 30%. Qual é a possível explicação para esse resultado?

- O uso crônico de carbamazepina diminui significativamente a duração de ação dos aminoesteroides.
- O uso de furosemida por tempo prolongado pode causar redução na ação dos bloqueadores musculares adespolarizantes.
- A clindamicina tem ação pré-sináptica, com diminuição da liberação da acetilcolina do terminal nervoso, o que altera a duração de ação do rocurônio.
- Os bloqueadores do canal de cálcio diminuem a sensibilidade da membrana pós-sináptica à acetilcolina, reduzindo a duração de ação dos bloqueadores neuromusculares.

Resposta: A

25 - Menino de 4 anos e 20 kg foi submetido a cirurgia de estrabismo sob anestesia geral balanceada. Apresentou episódio de taquicardia ventricular com instabilidade hemodinâmica, que rapidamente evoluiu para fibrilação ventricular. A melhor conduta a ser adotada é:

- Massagem no seio carotídeo.
- Cardioversão elétrica com 80 J.
- Desfibrilação imediata com 40 J.
- Administração imediata de adrenalina.

Resposta: C

26 – Menino de 10 meses de vida e 8 kg foi submetido à indução inalatória sob máscara com sevoflurano em oxigênio/óxido nitroso. Sem acesso venoso por dificuldades técnicas, apresentou laringoespasma intenso com saturação de 65% e frequência cardíaca de 50 batimentos por minuto. Durante cinco minutos, tentou-se ventilação com oxigênio a 100% sob máscara com pressão positiva e, posteriormente, intubação orotraqueal com sucesso, mas o acesso venoso periférico foi impossível e o ritmo cardíaco degenerou para fibrilação ventricular. Nessa situação, devemos escolher:

- A. Desfibrilação e atropina intraóssea.
- B. Desfibrilação e um ciclo de ressuscitação cardiopulmonar.
- C. Um ciclo de ressuscitação cardiopulmonar e desfibrilação.
- D. Um ciclo de ressuscitação cardiopulmonar e adrenalina intraóssea.

Resposta: C

27 - Homem de 90 anos, hipertenso, diabético, 3,5 METs, FE de 50% (Teicholz), lúcido, chega ao hospital com abscesso anal para tratamento cirúrgico. O anestesiolegista indica uma anestesia espinal posterior, descrita como se segue:

- A. Paciente em decúbito ventral, punção em L3-L4, lidocaína a 2% isobárica e posição de canivete.
- B. Paciente em decúbito lateral, punção em L3-L4, lidocaína a 2% isobárica e posição de canivete.
- C. Paciente em decúbito lateral, punção em L3-L4, bupivacaína a 0,5% isobárica e posição de cefalodeclive.
- D. Paciente em decúbito lateral esquerdo, punção em L3-L4, bupivacaína a 0,5% hiperbárica seguida de cefalodeclive.

Resposta: A

28 - Gestante de 16 anos foi submetida a analgesia de parto com bloqueio peridural com cateter. Houve relato de punção difícil e sucesso somente após cinco tentativas. O trabalho de parto durou duas horas e meia e, ao final do procedimento, a paciente referiu intensa cefaleia frontocipital que piorava ao se sentar e melhorava no decúbito dorsal. Apresentou, na sequência, hipertensão e convulsões. Diante dessa situação:

- A. Cefaleia pós-punção dural ocorre por hipertensão liquórica.
- B. O *blood patch* profilático é indicado mesmo na ausência de sintomas.
- C. As convulsões tônico-clônicas são patognomônicas de eclâmpsia nessa paciente.
- D. A presença de pneumoencéfalo está entre os diagnósticos diferenciais da cefaleia.

Resposta: D

29 – Homem de 44 anos, 112 kg e 1,78 m, portador de síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), sem outras comorbidades, foi submetido a uvulopalatoplastia sob anestesia geral, quando recebeu 600 mL de ringer lactato até o final das duas horas de anestesia. Ao final do procedimento, com relação T4/T1 = 91% no TOF (sequência de quatro estímulos), o paciente foi extubado, com despertar agitado. Logo depois da extubação, ele apresentou dificuldade ventilatória devido a laringoespasma com hipoxemia grave, revertida depois das medidas não farmacológicas. Apesar de não mais apresentar sinais de laringoespasma ou obstrução das vias aéreas, voltou a ficar hipoxêmico, dispneico, com expectoração rosa espumosa, roncocal e creptos à ausculta até o terço superior de ambos os pulmões. Sobre esse caso e sua fisiopatologia:

- A. O bloqueio neuromuscular residual é a principal hipótese diagnóstica.
- B. Trata-se de um quadro de broncoaspiração, e a hipoxemia indica maior gravidade.
- C. A ocorrência de hipoxemia, dispneia e os achados do exame físico após manipulação da via aérea corroboram o diagnóstico de broncoespasmo.
- D. Edema pulmonar obstrutivo é o mecanismo mais provável, devido ao esforço ventilatório contra a glote fechada e uma pressão intratorácica excessivamente negativa.

Resposta: D

30 – Mulher de 78 anos, 98 kg e 1,65 m, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensa e diabética controlada, apresentou queda de nível, com fratura do colo do úmero. Foi submetida à colocação de prótese de ombro sob bloqueio supraclavicular com ropivacaína a 0,5%, 15 mL, seguido de anestesia geral com propofol, fentanil, rocurônio e manutenção com sevoflurano a 1%. Monitorizada com TOF (*train of four*) no músculo adutor do polegar, foi extubada ao término do procedimento com a relação T4/T1 de 0,9. Foi encaminhada para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) com O₂ a 100%, 5 L.min⁻¹. Depois de dez minutos, apresentou dispneia, agitação, sudorese e hipóxia com saturação de oxigênio de 80%.

- A. A monitorização por meio de estímulo simples na frequência de 1 Hz deve ser considerada em razão da alta sensibilidade na detecção do bloqueio residual.
- B. O uso do ultrassom pulmonar na SRPA identifica os sinais padrões de pneumotórax.
- C. No idoso frágil, a dosagem de proteínas deve fazer parte dos exames pré-cirúrgicos, pois a hipoglobulinemia é fator preditivo de complicações respiratórias no pós-operatório.
- D. A administração de oxigênio deve ser cuidadosa no paciente com DPOC, pois altas concentrações podem estimular a vasoconstrição pulmonar hipóxica, que pode levar à hipercapnia e parada respiratória.

Resposta: B

31 - Homem de 45 anos, portador de insuficiência renal crônica, faz hemodiálise há três anos. Procura o hospital por oclusão da fístula arteriovenosa. Foi encaminhado para a instalação de cateter de diálise peritoneal contínua. É sabidamente portador do vírus da hepatite B. Durante o procedimento, houve perfuração acidental no cirurgião, que refere ter recebido a segunda dose da vacina contra a hepatite B há três meses. Nesse caso:

- A. Deve-se administrar a imunoglobulina hiperimune (HBIG) contra a hepatite B e complementar o esquema vacinal.
- B. A frequência de transmissão do vírus da hepatite B é alta, porém métodos de autoclavagem garantem a inviabilidade do vírus.
- C. A dosagem de anti-Hbs com valor maior ou igual a 10 mUI.mL⁻¹ demonstra imunidade adquirida e nenhum tratamento é indicado.
- D. Deve-se solicitar dosagens do antígeno de superfície da hepatite B (HbsAg) e do anticorpo ao antígeno de superfície (anti-Hbs) e administrar a HBIG após 48 horas do contato.

Resposta: A

32 – Mulher de 21 anos, 60 kg e 1,70 m é portadora de diabetes mellitus insulino dependente desde os 6 meses de vida. Atualmente, usa bomba de infusão de insulina implantável com funcionamento em alça fechada com leitor de glicemia. Ela informa que, no último ano, não apresentou descompensações glicêmicas, e a leitura do dispositivo informa infusão média de insulina ultrarrápida de 20 unidades em 24 horas com oito bólus manuais diários, segundo glicemia e contagem de carboidratos. A hemoglobina glicada está em torno de 5,8%. A paciente será submetida a tireoidectomia total por neoplasia no período da tarde. Nessa situação, você solicita:

- A. O desligamento da bomba de insulina após o início do jejum.
- B. A inibição das doses de bólus e a diminuição da infusão basal para dois terços.
- C. A manutenção das doses de bólus e a diminuição da infusão basal para metade.
- D. A inibição de todas as doses de bólus e a diminuição da infusão basal para um terço.

Resposta: D

33 - Gestante de 37 semanas, vítima de acidente automobilístico sem cinto de segurança, chega ao centro cirúrgico para abordagem de trauma abdominal fechado e fraturas de ossos da face. Nesse caso:

- A. O uso da ultrassonografia permite a identificação e marcação da membrana cricotireoidea previamente quando há a suspeita de uma via aérea difícil.
- B. Em pacientes com trauma de face Le Fort II, é indicada intubação nasotraqueal para as cirurgias de fixação maxilar e mandibular.
- C. A máscara laríngea pode ser utilizada em gestantes com via aérea difícil e evita a broncoaspiração.
- D. Em lactentes, a porção mais estreita da via aérea é a cartilagem tireoidea.

Resposta: A

34 - Sobre os fármacos utilizados na hipertensão pulmonar, entende-se que:

- A. Prostaglandinas inalatórias fazem parte da terapia vasodilatadora pulmonar.
- B. A administração inalatória do óxido nítrico promove efeitos sistêmicos como hipotensão e taquicardia.
- C. Inodiladores devem ser utilizados no tratamento da hipertensão pulmonar secundária a tromboembolismo pulmonar crônico.
- D. Sildenafil e milrinona são exemplos de inibidores da fosfodiesterase-3 utilizados no tratamento da hipertensão pulmonar secundária à apneia do sono.

Resposta: A

35 - Homem de 45 anos, 1,72 m, com asma grave, é internado para ser submetido a apendicectomia por videolaparoscopia. O anesthesiologista está preocupado com a ventilação do paciente no perioperatório. Quando falamos sobre fisiologia respiratória, podemos afirmar que:

- A. A complacência pulmonar é diretamente proporcional à elastância.
- B. A pressão de platô é inversamente proporcional à elastância pulmonar e torácica.
- C. O aumento do fluxo, isoladamente, leva à elevação da pressão de pico de forma isolada.
- D. A diferença de pressão entre o ambiente e o pulmão durante a expiração na ventilação espontânea permite a saída do ar e é denominada *driving pressure*.

Resposta: C

36 - Em relação à anestesia inalatória:

- A. A hipertermia até 42° C reduz a CAM dos agentes inalatórios.
- B. O coeficiente de partição sangue:gás do sevoflurano é 0,42.
- C. O aumento do débito cardíaco facilita a captação do anestésico inalatório e acelera o equilíbrio entre a concentração alveolar e a concentração inspirada.
- D. O isoflurano diminui a amplitude e aumenta a latência dos potenciais evocados auditivos, quando a concentração alveolar é igual à CAM.

QUESTÃO ANULADA

Resposta: A

37 - Menino de 10 anos, 30 kg e 1,40 m, deu entrada no pronto atendimento com lesão perfurante de 4 cm no palato; no momento, com sangramento moderado. Os pais negam antecedentes anestésicos, alergias ou o uso de medicações e referem que a criança não se encontra em jejum. Ele foi encaminhado para reparar a lesão. Pré-oxigenado por cinco minutos, induzido com propofol, 2,5 mg.kg⁻¹; fentanil, 2 mcg.kg⁻¹; e succinilcolina, 2 mg.kg⁻¹; foi intubado sem intercorrências. A duração do procedimento foi de dez minutos. O retorno à ventilação espontânea ocorreu seis horas após o término do procedimento. Sobre a possível causa do ocorrido:

QUESTÃO ANULADA

- A. Na monitorização do bloqueio neuromuscular, vamos observar um bloqueio de fase I durante todo o período.
- B. Na investigação, se for solicitada a dosagem do número de dibucaína e esta estiver em 20%, caracteriza-se o paciente com pequena quantidade de colinesterase plasmática normal.
- C. Uma dosagem do número de dibucaína baixa está associada a um maior tempo de recuperação do bloqueio e está presente nos pacientes heterozigotos.
- D. A administração de altas doses de anticolinesterásicos pode acelerar a recuperação, quando precocemente utilizados. Quando o bloqueio já adquire características de fase II, a colinesterase plasmática humana é a melhor opção.

Resposta: B

38 – Mulher de 28 anos, 68 kg e 1,60 m, no curso da 10ª semana de gestação, foi internada na unidade de terapia intensiva com suspeita de intoxicação exógena por agente não identificado. Apresenta parada cardiorrespiratória assistida, por fibrilação ventricular. Foram iniciadas imediatamente as manobras de reanimação, segundo protocolo do ACLS. Não houve resposta após o terceiro choque. Entre o segundo e o terceiro choque, foi administrada adrenalina, na dose de 1 mg. É então indicada, após o terceiro choque:

- A. Atropina, 0,5 mg.
- B. Adrenalina, 0,5 mg.
- C. Amiodarona, 300 mg.
- D. Vasopressina, 40 unidades.

Resposta: C

39 - Nos últimos anos, técnicas de anestesia regional para cirurgia em obstetrícia e o manejo da dor pós-operatória têm sido usados com frequência cada vez maior. A técnica combinada raquiperidural (Combined Spinal-Epidural [CSE]), uma opção anestésica comparativamente nova, inclui uma injeção subaracnóidea inicial seguida de colocação do cateter peridural e subsequente administração de medicamentos peridurais. São aspectos relacionados com essa técnica:

- A. O risco de lesão neurológica é o mesmo com raquianestesia simples e técnica combinada raquiperidural.
- B. A técnica combinada raquiperidural prolonga a duração da primeira fase do trabalho de parto em pacientes primíparas.
- C. A falha do bloqueio espinhal com a técnica combinada raquiperidural de agulha através de agulha é maior com a utilização da abordagem paramediana em comparação com a mediana.
- D. A colocação subaracnóidea de anestésico local com técnica combinada raquiperidural pode levar a níveis de bloqueio mais elevados em comparação com a raquianestesia simples.

Resposta: D

40 - Menino de 3 anos e 16 kg foi submetido a anestesia geral balanceada com sevoflurano para correção de estrabismo. Depois da indução anestésica com propofol (30 mg), fentanil (60 mcg), e succinilcolina (16 mg), todos intravenosos, foi realizada a intubação orotraqueal com dificuldade, pois o paciente apresentava força na mandíbula no momento da laringoscopia. Depois da intubação, o paciente apresentou taquicardia, hipotensão e alteração na capnografia com 72 mmHg de EtCO₂ e sudorese importante. Nesse caso, recomenda-se:

- A. Administrar bicarbonato de sódio intravenoso para a correção da hipocalcemia.
- B. Administrar dantrolene, 1,5 mg/kg, intravenoso, a cada 5 a 10 minutos até diminuírem os sintomas iniciais.
- C. Corrigir os níveis de magnésio, caso estejam alterados, para obter melhor resposta do dantrolene na dose de 2,5 mg/kg intravenoso.
- D. Fazer reposição de sódio com NaCl a 3% para estabilização da membrana muscular, respeitando a velocidade de reposição de 1 a 2 mEq/L/h.

Resposta: C