

1- Homem de 40 anos, 102 kg e 1,75 m. Submetido à colecistectomia videolaparoscópica sob anestesia geral. Em relação ao suporte ventilatório:

- a) Volume corrente de 800 ml está adequado, de acordo com as recomendações de “ventilação protetora”. F V
- b) Na ventilação controlada a pressão, o volume corrente é regulado com limitação da pressão, de maneira que exista um fluxo inspiratório constante. F V
- c) O uso de pressão positiva ao final da expiração durante a ventilação mecânica objetiva reduzir as áreas de colapso pulmonar. F V
- d) A pressão motriz (ou *driving pressure*) é uma medida de mecânica respiratória que representa a diferença entre pressão de platô e a pressão positiva ao final da expiração. F V
- e) Na ventilação controlada a pressão com volume garantido, o próprio ventilador readapta a pressão inspiratória para obter o volume corrente alvo, utilizando fluxo inspiratório constante. F V

2- Sobre suporte ventilatório entende-se que:

- a) Manobras de recrutamento alveolar devem ser aplicadas com cautela ou até mesmo evitadas em pacientes com instabilidade hemodinâmica, na presença de pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo. F V
- b) Diversos fatores intraoperatórios predispõem à formação de atelectasia pulmonar, como o posicionamento do paciente, a manipulação de órgãos intra-abdominais com compressão das áreas gravitacionalmente dependentes dos pulmões e o uso de alta fração inspirada de oxigênio (FIO₂). F V
- c) O modo ventilatório por volume controlado (VCV) utiliza fluxo constante que começa com um valor e permanece constante durante todo o tempo do fluxo. F V
- d) Na ventilação com pressão de suporte (PSV), o alvo do controle é o volume. Esse é um modo ventilatório assistido em que o paciente deflagra a fase inspiratória e o ventilador aplica uma pressão no sistema, durante um tempo determinado pelo anestesiológico. F V
- e) Nos controles do modo ventilação controlada a volume (VCV), existe um ajuste de pressão máxima que regula qual será a maior pressão permitida sobre as vias aéreas. Ao atingir essa pressão máxima, abre-se uma válvula de segurança e/ou o ventilador corta o fluxo, que libera o volume para o exterior, evitando o trauma por excesso de pressão. F V

3- Em relação à dor crônica:

- a) A dor crônica pode ser classificada como nociceptiva, neuropática e mista. F V
- b) A dor crônica por nocicepção ocorre por lesão e ativação dos nociceptores (terminações nervosas livres de fibras A-delta e C), sem transmissão para níveis supraespinhais. F V
- c) A dor neuropática é causada por lesão ou doença que afeta o sistema somatossensorial, podendo ser periférica ou central. F V
- d) Na dor nociceptiva, a sensação dolorosa pode ocorrer após um estímulo não doloroso (alodínia) e apresentar resposta exacerbada (hiperalgesia). F V
- e) A dor nociceptiva está associada a uma baixa qualidade de vida, doenças psiquiátricas e difícil tratamento. F V

4- Em relação às ferramentas de gestão da qualidade e aos modelos de excelência gerencial, julgue os itens:

- a) O ciclo PDCA (Planejar, Executar, Checar e Agir) constitui uma ferramenta de planejamento cuja aplicação restringe-se às ações estratégicas das organizações. F V
- b) O diagrama de Pareto sugere atenção aos elementos críticos do processo pressupondo que poucas causas são responsáveis pela maior parte do problema. F V
- c) Gestão de qualidade total enfatiza o trabalho em equipe para aumentar a satisfação do cliente e diminuir os custos. F V
- d) O diagrama de Ishikawa e o princípio de Pareto constituem ferramentas importantes para a gestão da qualidade. F V
- e) O diagrama de Ishikawa, ou espinha de peixe, permite isolar um efeito da má qualidade e agir corretivamente sobre ele. F V

5- Em relação ao gerenciamento de centro cirúrgico:

- a) Fatores ligados à anestesia acarretam a maioria dos atrasos do início das cirurgias. F V
- b) Convocar os pacientes na véspera da cirurgia para esclarecer as instruções e dirimir dúvidas mostrou-se mais eficaz em termos de diminuir cancelamentos e reduzir atrasos do que a avaliação na clínica pré-operatória. F V
- c) Cabe ao gerente médico do centro cirúrgico liderar um conjunto de medidas que visam detectar e lidar com comportamentos desagregadores, para tanto aceitar desculpas ou explicações constituem importante ferramenta. F V
- d) Através da geração de dados estatísticos de desempenho e qualidade a gerência do centro cirúrgico municia a administração da instituição hospitalar de uma contabilidade vital para sua sobrevivência, aceita-se que o centro cirúrgico consuma até o máximo de 20% do orçamento anual da instituição. F V
- e) O início das atividades do centro cirúrgico no horário previsto, referência para o desempenho e rotatividade dos casos cirúrgicos, é criticamente importante para a performance do bloco cirúrgico. F V