

MÉDICO INTENSIVISTA PEDIÁTRICO

27/05/2012

PROVAS	QUESTÕES
CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE PÚBLICA	01 a 10
CLÍNICA GERAL	11 a 20
CONHECIMENTOS NA ÁREA DE ATUAÇÃO	21 a 50

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Em seguida, verifique se ele contém 50 questões.
2. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha, no cartão-resposta, a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro, durante o seu preenchimento. Ao recebê-lo, verifique se seus dados estão impressos corretamente; se for constatado algum erro, notifique ao aplicador de prova.
4. As provas terão a duração de quatro horas, já incluídas nesse tempo a marcação do cartão-resposta e a coleta da impressão digital.
5. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas **duas horas** de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos **trinta minutos** anteriores ao horário determinado para o término da prova, desde que permaneça em sala até esse momento.
6. **AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.**

CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE PÚBLICA**— QUESTÃO 01 —**

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde está pautada pelas seguintes diretrizes constitucionais:

- (A) humanização, integralidade e equidade.
- (B) descentralização, atendimento integral e participação social.
- (C) universalidade, acessibilidade e justiça social.
- (D) integralidade, equidade e responsabilização social.

— QUESTÃO 02 —

Com base no processo de regionalização do SUS, o município deverá se organizar para oferecer ao cidadão a assistência à saúde gratuitamente. Nesse contexto, a regionalização do SUS tem o objetivo de

- (A) promover a articulação entre os municípios para a prestação de serviços de alta complexidade e alta densidade.
- (B) estimular os municípios a se organizarem em consórcios para a compra de serviços da iniciativa privada.
- (C) organizar os serviços de saúde com base nas regiões sanitárias, priorizando as necessidades geográficas e epidemiológicas.
- (D) prestar as ações de saúde, seguindo a lógica do transporte de pacientes para os municípios maiores.

— QUESTÃO 03 —

O controle do câncer de colo de útero e de mama constitui uma das prioridades do Pacto pela Vida. Dentre as metas pactuadas pelos gestores das três esferas de governo, está o compromisso de

- (A) garantir insumos e medicamentos farmacêuticos para o tratamento de 100% das pacientes com câncer de colo de útero.
- (B) ampliar para 60% a cobertura de exames de mamografia, conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.
- (C) reduzir em 50% a razão de mortalidade de mulheres diagnosticadas com câncer de mama.
- (D) atingir pelo menos 60% de cura de casos novos de câncer de colo de útero diagnosticados a cada ano.

— QUESTÃO 04 —

A vigilância em saúde de um município integra um conjunto de saberes e de práticas de saúde pública em um modelo ampliado de saúde, que integra

- (A) vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle e regulação.
- (B) vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle e avaliação e saúde do trabalhador.
- (C) vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, vigilância sanitária e ambiental.
- (D) vigilância sanitária, promoção à saúde, vigilância nutricional e ambiental.

— QUESTÃO 05 —

As análises sistemáticas e periódicas dos dados coletados pelo sistema de vigilância epidemiológica de um município têm o objetivo de

- (A) identificar as possíveis fontes de infecção de surtos em áreas geográficas específicas.
- (B) identificar os fatores de risco para o adoecimento da população.
- (C) documentar as investigações epidemiológicas dos agravos de notificação compulsória.
- (D) prover informações aos profissionais de saúde sobre a ocorrência de agravos específicos.

— QUESTÃO 06 —

Doenças emergentes são doenças infecciosas novas que apareceram na população recentemente ou doenças antigas cuja incidência aumentou nas duas últimas décadas ou tendem a aumentar no futuro. No Brasil, são consideradas doenças emergentes em saúde pública:

- (A) sarampo, poliomielite e meningites.
- (B) febre amarela, sífilis congênita e Chagas aguda.
- (C) leishmaniose, dengue e influenza.
- (D) raiva humana, tuberculose e botulismo.

— QUESTÃO 07 —

A tabela a seguir apresenta os resultados de uma investigação de um surto de gastroenterite devido ao consumo de alimentos, em um jantar comemorativo:

EXPOSIÇÃO		DOENTE	SADIO	TOTAL
MAIONESE	SIM	43	11	54
	NÃO	3	18	21
	TOTAL	46	29	75

Os resultados desse estudo indicam que o risco de gastroenterite entre as pessoas que consumiram maionese é de:

- (A) 1,3
- (B) 3,1
- (C) 4,2
- (D) 5,6

— QUESTÃO 08 —

Dengue é uma doença infecciosa de grande magnitude na saúde pública brasileira, e faz parte da lista de notificação compulsória (LNC). Conforme a Portaria 104/2011, os critérios definidos para a notificação dos casos de dengue são:

- (A) óbito por dengue e dengue pelo sorotipo 4 em áreas sem transmissão endêmica são agravos de notificação imediata.
- (B) dengue clássico e febre hemorrágica da dengue são de notificação compulsória semanal.
- (C) síndrome do choque da dengue e febre hemorrágica da dengue são agravos notificados pelas Unidades-Sentinela.
- (D) casos de dengue pelos sorotipos 1, 2, 3 e 4 deverão ser registrados no SINAN no prazo máximo de sete dias.

— QUESTÃO 09 —

Publicações recentes sobre o perfil epidemiológico da população brasileira mostraram que o país convive com uma carga dupla de doenças: infecciosas agudas e crônicas. A tendência de aumento da morbimortalidade por causas crônicas está relacionada

- (A) à falta de diagnóstico precoce, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e às desigualdades sociais.
- (B) ao envelhecimento da população, às mudanças no padrão de consumo e nos estilos de vida e à urbanização acelerada.
- (C) à falta de intervenções tecnológicas efetivas, às iniquidades sociais e ao aumento da pobreza.
- (D) às mudanças demográficas e à ausência de um modelo de atenção às doenças crônicas.

— QUESTÃO 10 —

Sobre os principais Sistemas de Informações em Saúde existentes no SUS, considera-se que

- (A) as notificações de violência contra crianças, mulheres e idosos são informadas ao Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN).
- (B) o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) apresenta como documento-base a declaração de óbito que deve ser preenchida por médicos e enfermeiros.
- (C) o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) é alimentado pelas autorizações de internações hospitalares oriundas dos hospitais públicos, filantrópicos e privados contratados e não contratados pelo SUS.
- (D) o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) apresenta como documento-base a certidão de nascimento emitida pelo registro civil.

— RASCUNHO —

CLÍNICA GERAL**— QUESTÃO 11 —**

Dentre as vantagens do uso da dobutamina na terapia da insuficiência cardíaca, estão

- (A) o aumento da contratilidade cardíaca e a redução da pré-carga.
- (B) o aumento da contratilidade cardíaca e a redução da pós-carga.
- (C) o aumento do inotropismo cardíaco e a redução da pré-carga.
- (D) o aumento da contratilidade cardíaca e a redução do inotropismo.

— QUESTÃO 12 —

Em pacientes hipertensos, a diferenciação de emergência hipertensiva faz-se presente em situações de

- (A) pressões sistólicas acima de 200 mmHg.
- (B) pressões diastólicas superiores a 120 mmHg.
- (C) sinais clínicos de comprometimento de órgãos nobres.
- (D) pressões sistólicas acima de 200 mmHg e pressões diastólicas superiores a 120 mmHg.

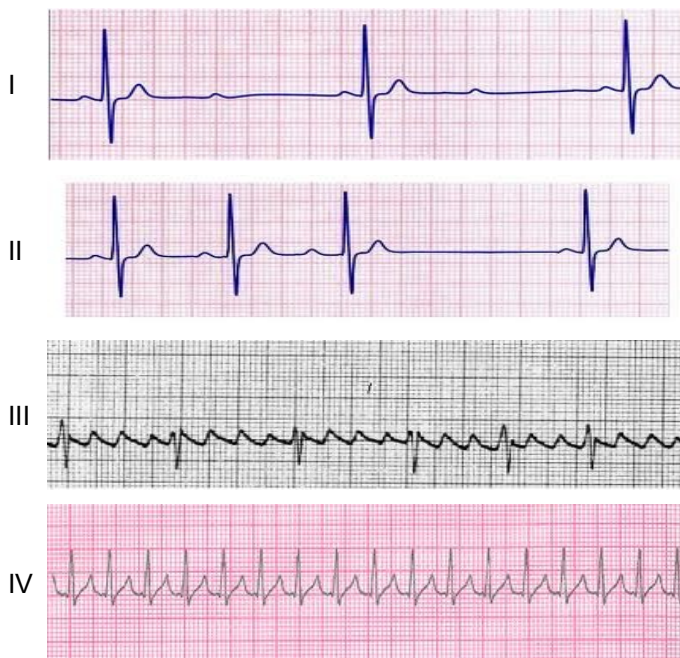
— QUESTÃO 13 —

Quando se aumenta a oferta de oxigênio por cateter nasal para 2l/minuto, qual é a porcentagem de aumento aproximado na fração inspirada de oxigênio?

- (A) 4
- (B) 6
- (C) 9
- (D) 20

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 14 —**

Analise os eletrocardiogramas apresentados a seguir.



Considerando-se os eletrocardiogramas apresentados, os diagnósticos são, respectivamente,

- (A) BAV 1° grau, BAV 2:1, flutter atrial, taquicardia ventricular.
- (B) BAV 2:1, BAV 1° grau, fibrilação atrial, taquicardia supraventricular.
- (C) BAV 2:1, BAV 1° grau, flutter atrial, taquicardia supraventricular.
- (D) Bradicardia sinusal, BAV 2° grau, flutter atrial, taquicardia supraventricular.

— QUESTÃO 15 —

Considerando-se o protocolo de terapia precoce aguda para os casos de sepse, sepse grave e choque séptico, a um paciente com pressão venosa central de 12 mmHg, PAM de 80 mmHg, hematócrito de 35% e saturação venosa mista de 60% deve-se indicar o uso de

- (A) bolus com 500 ml de cristalóide.
- (B) noradrenalina.
- (C) hemotransusão.
- (D) inotrópico.

— QUESTÃO 16 —

O período de incubação da dengue é de

- (A) 1 a 3 dias.
- (B) 7 a 10 dias.
- (C) 10 a 18 dias.
- (D) 18 a 25 dias.

— QUESTÃO 17 —

Entre as reações adversas aos broncodilatadores beta-adrenérgicos inclui-se

- (A) a bradicardia.
- (B) a sonolência.
- (C) a diminuição do intervalo Qtc no ECG.
- (D) a hipocalemia.

— QUESTÃO 18 —

Um paciente que apresenta queimadura em toda a face anterior do tórax tem a superfície corpórea queimada estimada em

- (A) 9%.
- (B) 18%.
- (C) 27%.
- (D) 36%.

— QUESTÃO 19 —

A dopamina na dose de 30 µg/Kg/min tem o seguinte efeito predominante:

- (A) α-adrenérgico.
- (B) β2 adrenérgico.
- (C) β-adrenérgico.
- (D) dopaminérgico.

— QUESTÃO 20 —

Em um paciente instável, internado na emergência devido a choque hipovolêmico, a conduta indicada é

- (A) instalar cateter venoso central e infundir volume e drogas vasoativas.
- (B) instalar cateter venoso periférico e infundir volume e drogas vasoativas.
- (C) instalar cateter venoso periférico e infundir volume.
- (D) instalar cateter venoso central e infundir drogas vasoativas.

— RASCUNHO —

CONHECIMENTOS NA ÁREA DE ATUAÇÃO

Leia o texto a seguir para responder às questões de 21 a 23.

O pediatra está de plantão em uma unidade de terapia intensiva e recebe uma criança de seis anos de idade, vítima de atropelamento por um automóvel de passeio, há menos de uma hora, trazida pela equipe de bombeiros. Na admissão, a vítima encontra-se com colar cervical, máscara de oxigênio, sem acesso venoso, com hematoma em braço e hemitórax esquerdos e várias escoriações com pequenas lesões cortocontusas em tronco e membros inferiores. Quando chamada, a criança parece confusa e não apresenta resposta verbal, mantendo-se apenas gemente. A equipe de bombeiros informa os seguintes parâmetros de monitorização, durante o transporte: FC = 140 bpm, PA = 120 x 80 mmHg, FR = 35 ipm e saturação de O₂ = 94%. Tão logo se inicia a monitorização desse paciente no leito da UTI, observa-se que a FC cai subitamente para 40 bpm, e embora se registre complexos QRS, a saturação não é mais detectada, a criança perde a consciência e evolui rapidamente para assistolia.

— QUESTÃO 21 —

A sequência de procedimentos a serem realizados, diante da situação descrita, é:

- (A) massagem cardíaca e ventilação com bolsa-válvula-máscara na proporção 15:2; acesso venoso ou intraósseo para a infusão de adrenalina 0,01 mg/kg a cada 3 minutos.
- (B) massagem cardíaca e ventilação com bolsa-válvula-máscara na proporção 30:1; acesso venoso ou intraósseo para a infusão de adrenalina 0,01 mg/kg a cada 3 minutos, intercalando com bolus de bicarbonato de sódio, na dose de 1 mEq/kg.
- (C) desfibrilação ventricular com 2 J/kg e intubação orotraqueal para ventilação na proporção 5:1; acesso venoso central para infusão de adrenalina 0,1 mg/kg a cada 3 minutos, intercalando com choque.
- (D) desfibrilação ventricular com 2 J/kg e intubação orotraqueal para ventilação na proporção 30:2; acesso venoso central ou intraósseo para infusão de adrenalina 0,1 mg/kg a cada 3 minutos, intercalando com choque.

— QUESTÃO 22 —

Após seis minutos de reanimação, o pediatra checa o monitor e observa FC = 65 bpm com complexos QRS alargados, mas sem pulso e sem detecção de saturação de O₂. Ainda no monitor, detecta-se temperatura retal de 38,5 °C. Nesse caso, a nova sequência de condutas é:

- (A) realizar intubação orotraqueal; infusão venosa lenta de gluconato de cálcio na dose de 0,5 mEq/kg, seguido de sulfato de atropina na dose de 0,02 mg/kg; considerar marcapasso externo.
- (B) realizar intubação orotraqueal; expansão volêmica; checar hemoglutoteste, temperatura corpórea, ausculta pulmonar e drenagem torácica, se necessário.
- (C) manter ventilação com bolsa-válvula-máscara na proporção 30:1; expansão volêmica; infusão venosa lenta de gluconato de cálcio na dose de 1 mEq/kg e considerar a infusão de bicarbonato de cálcio na dose de 1 mEq/kg, em bolus.
- (D) manter ventilação com bolsa-válvula-máscara na proporção 15:2; expansão volêmica; infusão venosa lenta de gluconato de cálcio na dose de 1 mEq/kg e considerar a infusão contínua de adrenalina, na dose inicial de 0,1 mcg/kg/minuto.

— QUESTÃO 23 —

Durante o processo de reanimação, um profissional do Serviço de Psicologia informa que os pais da criança, que aguardam na sala de espera, embora alarmados, solicitam a permissão para assistirem ao atendimento emergencial do filho, em especial a mãe, que não acredita que o filho ainda esteja vivo. O psicólogo acredita que os pais, a princípio, têm condições de adentrarem a unidade e assistirem à ressuscitação. De acordo com as recomendações do mais recente documento de reanimação pediátrica, o médico deve:

- (A) proibir a entrada de qualquer familiar, uma vez que não se pode prever a sua reação, podendo inclusive interferir na boa prática da reanimação pela equipe da UTI.
- (B) proibir a entrada de qualquer familiar, uma vez que os procedimentos de reanimação são agressivos e traumatizantes, podendo gerar transtornos emocionais graves, aumentando ainda mais a dor dos pais.
- (C) permitir a presença da família, uma vez que ela se sentirá mais tranquila por permanecer ao lado do filho em um momento tão crítico, confortando-o e ao mesmo tempo facilitando o processo de elaboração da dor e da possibilidade de perda com que a família fatalmente terá que lidar.
- (D) permitir a presença da família, apenas nas unidades com autorização prévia da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, e se toda a equipe da UTI não se sentir constrangida pela sua presença.

— QUESTÃO 24 —

Um lactente com oito meses de vida foi internado em uma UTI pediátrica por ter aspirado parte de um brinquedo de pequenas peças e evoluído com insuficiência respiratória e importante quadro de hipóxia. O lactente foi intubado, encontrando-se em ventilação mecânica invasiva controlada, sem drive respiratório, hipotérmico, pupilas médio-fixas, hipotenso e Glasgow 3. Uma vez formulada, e sustentada por um primeiro exame físico, a confirmação da hipótese de morte encefálica ocorrerá após

- (A) um segundo exame físico com intervalo de seis horas do primeiro e uma angiografia ou Doppler de carótida com intervalo de 24 horas do último exame físico.
- (B) uma angiografia ou um Doppler de carótida acompanhado de pelo menos um eletroencefalograma.
- (C) dois exames de eletroencefalograma separados por um intervalo de pelo menos 48 horas.
- (D) um segundo exame físico e dois exames de eletroencefalograma separados por um intervalo de pelo menos 24 horas entre os exames.

Leia o caso clínico para responder às questões 25 e 26.

Um escolar, de oito anos de idade, foi admitido na UTI pediátrica por causa de pneumonia, tendo insuficiência respiratória grave. Foi mantido em jejum, com soro de manutenção, ceftriaxone e oxacilina, além de máscara de oxigênio. Após 24 horas de evolução, começou a apresentar irritabilidade, taquicardia sinusal (FC = 160 bpm) e oligúria. Ao exame físico, apesar de não ter piorado o padrão respiratório, apresentou tempo de enchimento capilar aumentado para cinco segundos, saturação de O₂ de 94%, PA = 110 x 70 mmHg e temperatura axilar de 38 °C.

— QUESTÃO 25 —

Nesse caso, a conduta inicial a ser tomada nos primeiros 30 minutos é:

- (A) expansão volêmica de 20 ml/kg, seguida de furosemina 1 mg/kg, caso não haja diurese.
- (B) expansão de 10 ml/kg associada à dobutamina 10 mcg/kg/min.
- (C) expansão de 20 ml/kg como prova terapêutica; controle rigoroso da febre. Considerar intubação orotraqueal e troca de antibiótico.
- (D) expansão volêmica de 20 ml/kg a cada 10 minutos, perfazendo um total de 60 ml/kg. Interromper antes se houver boa diurese e melhora da perfusão tecidual ou se houver sinais de edema agudo pulmonar.

— QUESTÃO 26 —

Considerando-se que o que foi realizado nos primeiros 30 minutos, além de não modificar o quadro clínico, ainda evoluiu com queda da PA para 90 x 60 mmHg, a nova sequência de condutas a ser seguida é a seguinte:

- (A) repetir a expansão de 20 ml/kg; considerar intubação e uso de dopamina na dose de 10 a 20 mcg/kg/min.
- (B) iniciar dobutamina 10 mcg/kg/min e titular a dose da adrenalina contínua; considerar intubação e hidrocortisona na dose de 4 mg/kg/dia, para insuficiência adrenal.
- (C) repetir a expansão de 20 ml/kg e iniciar noradrenalina contínua na dose de 1 mcg/kg/min; considerar a troca de antibiótico.
- (D) iniciar dobutamina 10 mcg/kg/min associada à dopamina na dose de 5 mcg/kg/min; considerar intubação e troca de antibiótico.

— QUESTÃO 27 —

Uma criança de nove anos internada na UTI pediátrica por causa de crise hipertensiva gerada por uma glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica, evoluiu anúrica há 18 horas, taquicárdica (FC = 140 bpm), com picos hipertensivos, mesmo com uso de nitroprussiato de sódio. Apresenta-se muito dispneica, com queda súbita de saturação de O₂ para 65%, mesmo com cateter nasal de oxigênio a 2 l/min. A ausculta pulmonar apresenta-se com estertores crepitantes difusos e sibilos expiratórios. O diagnóstico e a conduta mais adequada, para a intercorrência descrita, são:

- (A) edema agudo pulmonar; intubação, dobutamina e diálise.
- (B) pneumonia; máscara de oxigênio e antibioticoterapia.
- (C) mal asmático; máscara de oxigênio, corticoide e broncodilatador venoso.
- (D) síndrome de angústia respiratória aguda (SARA); intubação, dobutamina e furosemina.

— QUESTÃO 28 —

A síndrome do desconforto respiratório agudo (SARA), assim como a lesão pulmonar aguda (LPA), é uma síndrome caracterizada por início agudo, infiltração pulmonar difusa e bilateral, hipoxemia importante e ausência de sinais de hipertensão venocapilar pulmonar. A SARA, porém, é uma forma mais severa de LPA, podendo ser diferenciada por meio da relação PaO₂ /FiO₂, que é

- (A) ≥ 200 na SARA.
- (B) ≥ 300 na SARA.
- (C) ≤ 200 na SARA.
- (D) ≤ 300 na SARA.

— QUESTÃO 29 —

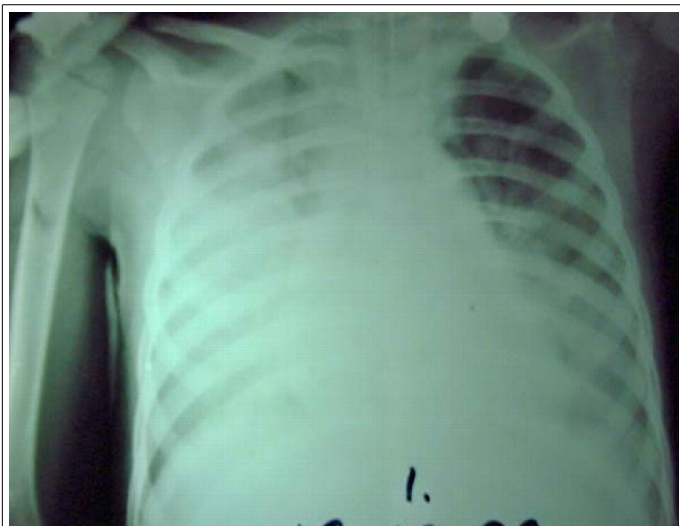
Uma criança de cinco anos com pneumonia lobar e insuficiência respiratória aguda é admitida na UTI pediátrica, em uso de antibioticoterapia e máscara de O₂ 5 l/min. Na avaliação inicial, apresenta-se com importante desconforto respiratório (frequência respiratória de 50 ipm, tiragens inter e subcostais, uso de musculatura respiratória acessória), saturação de O₂ de 92%, afebril, PA = 90 x 65 mmHg, frequência cardíaca = 110 bpm, ritmo sinusal na cardioscopia, diurese 1,5 ml/kg/hora, tempo de enchimento capilar de 2 segundos, presença de alguns estertores crepitantes difusos, ausência de visceromegalias abdominais. Os exames realizados há uma hora são:

Gasometria arterial (realizada com o paciente sob máscara de O₂ 5 l/min): pH = 7,35 PCO₂ = 50 mmHg PaO₂ = 60 mmHg bicarbonato = 23 mmol/L BE = -5 mmol/L satO₂ = 90%

Hemograma: Hemoglobina = 12 g/dl Hematócrito = 34% 25.000 leucócitos (15% bastões, 60% segmentados, 20% linfócitos 1% eosinófilo, 4% monócitos), 230.000 plaquetas

Sódio = 138 mEq/l Potássio = 3,6 mEq/l

A radiografia de tórax é apresentada a seguir.



Nesse caso, a conduta deve ser:

- (A) manter o paciente na máscara de oxigênio, uma vez que a saturação está adequada e ele se encontra consciente e hemodinamicamente estável, sendo desnecessário o uso de qualquer tipo de suporte ventilatório.
- (B) iniciar ventilação não invasiva, uma vez que o paciente encontra-se evoluindo com lesão pulmonar aguda, porém consciente e hemodinamicamente estável.
- (C) iniciar ventilação mecânica invasiva, uma vez que o paciente está evoluindo com quadro de SARA, o que inviabiliza a ventilação mecânica não invasiva.
- (D) iniciar ventilação mecânica invasiva, porque, embora seja possível usar ventilação mecânica não invasiva na SARA, a instabilidade hemodinâmica inviabiliza o seu uso.

— QUESTÃO 30 —

Uma criança de três anos em tratamento para leucemia linfocítica aguda evoluiu no tratamento com quimioterápico com hiperuricemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia e hipercalemia, sendo o último potássio dosado de 7 mEq/l. Nesse caso, a melhor conduta imediata a ser tomada é:

- (A) administrar solução polarizante de glicose com insulina.
- (B) realizar alcalinização da urina.
- (C) indicar a hemodiálise.
- (D) administrar furosemida.

— QUESTÃO 31 —

Um recém-nascido prematuro extremo com peso de nascimento de 970 gramas e com 24 horas de vida é admitido na unidade de terapia intensiva com diagnóstico de sepse neonatal precoce. Na admissão, estava em jejum e fazia uso de soro de manutenção com uma velocidade de infusão de glicose (VIG) de 4 mg/kg/minuto. Foi realizado um hemoglutoteste que mostrou um valor de 280 mg/dl. Após repetir o exame e ser confirmado esse valor, a melhor conduta é:

- (A) abaixar a VIG para 2 e realizar uma expansão com solução salina isotônica em 20 ml/kg. O uso de insulina é contraindicado em neonatos, principalmente se prematuros.
- (B) iniciar insulina em infusão contínua de 0,05 U/kg/hora. Considerar o uso de VIG de 3.
- (C) abaixar a VIG para 3 e aguardar o controle da glicemia para iniciar qualquer tipo de dieta. Considerar o uso de insulina.
- (D) manter a VIG de 4 e iniciar nutrição parenteral, oferecendo aminoácidos de 2 g/kg/dia. Considerar o uso de insulina.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 32 —

Um lactente com choque séptico evolui com parada cardi-
orrespiratória, sendo prontamente atendido dentro da uni-
dade de terapia intensiva. Após a reanimação, foi estabele-
cido com os seguintes parâmetros ventilatórios: volume
corrente = 8 ml/kg, FR = 25 ipm, PEEP = 8 cmH₂O e fra-
ção de oxigênio = 100%. Foram realizados alguns exa-
mes, entre eles um potássio sérico de 6,5 mEq/l e uma ga-
sometria arterial com pH = 7,15, PCO₂ = 28 cmH₂O, PO₂ =
180 cmH₂O, bicarbonato = 10 mmol/l, BE = -15 mmol/l, sat
= 96%. Nesse caso, a conduta a ser tomada é:

- (A) realizar diálise peritoneal para corrigir acidose me-
tabólica e hiperpotassemia; diminuir frequência respira-
tória, volume corrente e fração de oxigênio.
- (B) usar solução polarizante de insulina e glicose, infundir
bicarbonato de sódio, diminuir frequência respiratória,
volume corrente e fração de oxigênio. Considerar diá-
lise se persistir hiperpotassemia após seis horas de
uso da solução de insulina com glicose.
- (C) infundir bicarbonato de sódio e diminuir a fração de
oxigênio. Considerar diálise se hiperpotassemia per-
sistir após correção da acidose, sobretudo se o paci-
ente evoluir oligúrico.
- (D) realizar expansão com solução salina isotônica, dimi-
nuir volume corrente e fração de oxigênio. Considerar
o uso de furosemida se após a expansão não tiver
diurese.

— QUESTÃO 33 —

Uma adolescente 12 anos de foi admitida na UTI pediá-
trica para compensação de uma cetoacidose diabética. Na
admissão, foi estimada uma desidratação de 10% da vole-
mia. Após expansão volêmica inicial com 20 ml/kg, o res-
tante do volume da expansão foi dividido para ser infundi-
do lentamente, em um período de 12 horas, além da infu-
são de insulina contínua e da reposição do potássio. Após
12 horas, ao finalizar a expansão, a paciente começou a
queixar-se de cefaleia e apresentar vômitos e sonolência,
evoluindo rapidamente para rebaixamento do nível de
consciência. A sequência de conduta a ser tomada, em or-
dem de prioridade, é a seguinte:

- (A) administrar manitol, realizar intubação orotraqueal e
tomografia de crânio.
- (B) realizar diálise peritoneal, reavaliar potássio e glice-
mia.
- (C) realizar *push* de glicose, reavaliar a gasometria arte-
rial e o potássio sérico.
- (D) reiniciar insulina contínua, reavaliar a glicemia, a ga-
sometria e o potássio sérico.

— QUESTÃO 34 —

Uma criança de quatro anos em tratamento de pneumonia
evolui com derrame pleural, sendo necessária a punção
torácica para confirmar diagnóstico de empiema e progra-
mar a drenagem torácica. Ao realizar o procedimento, o
médico opta pelo uso de uma droga única para sedação e
analgesia. Nesse caso, droga a mais adequada para essa
criança é:

- (A) midazolam, pelo seu excelente efeito de sedação
e amnésia, além de proporcionar uma analgesia resi-
dual.
- (B) fentanil, por ser é um anestésico muito seguro e, ape-
sar de não ter quase nenhum efeito sedativo, causa
uma leve amnésia anterógrada.
- (C) propofol, porque além de ser um excelente anestési-
co, tem efeito sedativo e provoca leve amnésia ante-
rógrada.
- (D) hidrato de cloral, porque além de anestésico é sedati-
vo e, embora não tenha efeito amnésico, é a única
droga que gera analgesia e sedação, sem o risco de
depressão respiratória.

— QUESTÃO 35 —

Uma adolescente de 13 anos é trazida desacordada para
a UTI pediátrica com história de ter inalado “gás de buzi-
na” há algumas horas. No local do evento, encontravam-
se apenas outros adolescente que relataram que, após eu-
foria inicial, começou a ficar confusa e sonolenta e está
dormindo há mais de duas horas, continuamente. Na ad-
missão, observa-se paciente comatosa com Glasgow 6
(AO = 1 RV = 1 RM = 4), pupilas isocóricas e fotorreagen-
tes. Após assegurar ventilação e bom acesso venoso, e
sabendo-se que o principal componente do “gás de buzi-
na” é o butano, a conduta inicial a ser tomada é:

- (A) iniciar anticonvulsivante profilático; solicitar gasome-
tria arterial, eletrólitos e função renal; iniciar hemodiá-
lise o mais precocemente possível.
- (B) iniciar rapidamente o azul de metileno, pois o butano
é um gás asfixiante químico, e rapidamente metaboli-
zado em metaemoglobina, impedindo a utilização do
oxigênio pelas células.
- (C) iniciar alcalinização o mais precoce possível; solicitar
gasometria arterial, função renal e hepática e eletróli-
tos.
- (D) investigar, reconhecer e tratar arritmias cardíacas; so-
licitar eletrólitos, gasometria arterial, função hepática,
creatinofosfoquinase (CPK) e amilase.

— QUESTÃO 36 —

Uma criança de quatro anos é admitida na UTI pediátrica após ser retirada de um apartamento que se incendiou. Os bombeiros trouxeram a criança em ventilação espontânea, apenas com máscara de oxigênio e afirmam que ela está muito assustada, com choro rouco, queimaduras de segundo e terceiro graus em aproximadamente 10% da superfície corpórea, sendo a face o principal local de comprometimento. Informam também que no mesmo apartamento foi encontrado um casal morto e estima-se que o acidente ocorreu há menos de uma hora do momento em que a criança foi socorrida. Essa criança:

- (A) deverá ser intubada pelo risco de lesões inalantes, sendo possível usar a succinilcolina como bloqueador neuromuscular.
- (B) deverá receber uma traqueostomia porque a via respiratória baixa pode já estar obstruída por lesões térmicas.
- (C) deverá ser mantida com uma máscara de oxigênio, uma vez que tem respiração espontânea e está consciente.
- (D) deverá ser mantida com cateter nasal de oxigênio, pois a máscara poderá aumentar as lesões de face.

— QUESTÃO 37 —

O mau uso de um agente antimicrobiano pode ser considerado um erro de medicação, gerando resistência antimicrobiana, que pode ser transmitido para outros pacientes. Uma medida que pode ser seguida para minimizar o desenvolvimento de resistência bacteriana em unidades de terapia intensiva é a seguinte:

- (A) usar cefalosporinas e carbamapenêmicos porque são antibióticos menos redutores de resistência, sendo indicação inicial nos pacientes gravemente enfermos.
- (B) usar a dose mínima preconizada para cada antibiótico, sobretudo se o germe for isolado e apresentar MICs altas.
- (C) suspender imediatamente os antibióticos, uma vez descartada a causa infecciosa, para minimizar o risco de indução à resistência antimicrobiana da flora bacteriana do paciente.
- (D) manter a utilização de antibiótico por um tempo mínimo de 14 dias, para evitar a manutenção de cepa residual da infecção em tratamento.

— QUESTÃO 38 —

Um recém-nascido prematuro, que apresentou importante hemorragia perintraventricular nos primeiros dias de vida, evoluiu com hidrocefalia por causa de obstrução do aqueduto de Sylvius. Foi realizada derivação ventrículo-peritoneal. Em seguida, o neonato foi encaminhado à UTI para cuidados pós-operatórios. Nos cuidados desse pós-operatório,

- (A) convulsões representam obrigatoriamente mal funcionamento do sistema de derivação, se ocorrerem nas primeiras doze horas do pós-operatório.
- (B) vômitos é sinal precoce de aumento da pressão intracraniana.
- (C) diuréticos podem amenizar a pressão intracraniana, sendo preferível o uso do manitol ao invés da furose-mida, na suspeita de hipertensão intracraniana, até que o neurocirurgião avalie.
- (D) hipertensão intracraniana pode ocorrer como uma complicação, se a derivação obstruir, sendo diagnosticada por meio de ressonância magnética.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 39 —

Um lactente de quatro meses, portador de síndrome de Down, com comunicação interventricular grande, desnutrido grave, foi admitido na UTI pediátrica devido a quadro de pneumonia. Ao longo de sua internação, necessitou ventilação mecânica e, apesar do uso adequado de antibióticos e drogas vasoativas, evoluiu com sepse e choque séptico que culminou com óbito.

O atestado de óbito a ser preenchido é apresentado a seguir.

O formulário de atestado de óbito é dividido em duas partes principais:

- PARTE I - CAUSAS DA MORTE:** Contém campos para registrar a causa da morte e as condições que contribuíram para a ocorrência.
- PARTE II - CONDIÇÕES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A OCORRÊNCIA:** Contém campos para registrar as condições que contribuíram para a ocorrência.

O preenchimento do atestado de óbito desse paciente deve conter, na parte I, a causa da morte; e, na parte II, as condições que contribuíram para sua ocorrência, com as seguintes informações, respectivamente:

- (A) comunicação interventricular, pneumonia, sepse e choque séptico, na parte I; desnutrição proteico-calórica na parte II.
- (B) comunicação interventricular, pneumonia, sepse e choque séptico, na parte I; síndrome de Down e desnutrição proteico-calórica na parte II.
- (C) insuficiência cardíaca, pneumonia, sepse e choque séptico, na parte I; comunicação interventricular e síndrome de Down na parte II.
- (D) insuficiência cardíaca, pneumonia, sepse e choque séptico, na parte I; comunicação interventricular e desnutrição proteico-calórica na parte II.

Leia o texto a seguir e analise a imagem apresentada para responder às questões 40 e 41.

Um bebê de nove meses começou a apresentar febre, prostração e exantema maculopapular há 12 horas. Foi avaliado em pronto-socorro e diagnosticado com “virose”, sendo medicado com antitérmico. No entanto, começou a alternar sonolência e irritabilidade e a modificar a apresentação das lesões de pele, que passaram a ficar mais violáceas. O bebê foi reavaliado no mesmo pronto-socorro, e apresentou crises convulsivas durante o atendimento, sendo transferido imediatamente para UTI pediátrica.

A imagem a seguir mostra as lesões citadas.



— QUESTÃO 40 —

Nesse caso a sequência de conduta inicial é:

- (A) avaliar respiração; se adequada, manter cateter nasal de oxigênio; garantir acesso venoso calibroso; punção lombar; dexametasona; administrar a primeira dose da ceftriaxone trinta minutos após ter sido medicado com a dexametasona.
- (B) avaliar respiração; se adequada, manter cateter nasal de oxigênio; garantir acesso venoso calibroso; realizar tomografia computadorizada antes da punção lombar; iniciar ceftriaxone após coleta do liquor, se for possível a punção lombar. Em caso de hipertensão intracraniana confirmada pelo exames radiológico, o antibiótico deverá ser iniciado, mesmo sem a coleta de liquor prévia.
- (C) realizar intubação orotraqueal; garantir acesso venoso calibroso; expansão volêmica com cristalóide; administrar a primeira dose de ceftriaxone, tão logo seja garantido o acesso venoso.
- (D) realizar intubação orotraqueal; garantir acesso venoso calibroso; expansão volêmica com cristalóide; dexametasona; administrar a primeira dose da ceftriaxone trinta minutos após ter sido medicado com a dexametasona.

— QUESTÃO 41 —

Durante os procedimentos iniciais da conduta inicial, o bebê apresenta uma nova convulsão tônico-clônica generalizada, sendo realizado diazepam 0,5 mg/kg/dose três vezes, sem resposta clínica. Foi realizado fenobarbital e fenitoína, ambos sem resposta terapêutica. Nesse caso, a melhor conduta a ser tomada é:

- (A) realizar hiperventilação leve e thiopental.
- (B) realizar hiperventilação leve e manitol.
- (C) administrar midazolan contínuo.
- (D) realizar punção lombar terapêutica para aliviar pressão intracraniana.

— QUESTÃO 42 —

Um adolescente de 13 anos caiu de uma laje de aproximadamente cinco metros de altura, apresentando no local do acidente sonolência e confusão mental. Deu entrada na UTI com Glasgow 8 (AO 2, RV 2, RM 4), sem déficit motor aparente, pupilas isocóricas e fotorreagentes, com algumas escoriações e hematomas em membros, abdome flácido, aparentemente indolor, FC = 100 bpm, PA = 140 x 90 mmHg, respirando espontaneamente com cateter de oxigênio a 2 l/min, saturando 96%, com dois acessos venosos calibrosos em ambos os MMSS e collar cervical. As medidas iniciadas a serem tomadas, logo na admissão, na UTI são:

- (A) obter avaliação do neurocirurgião, do cirurgião pediátrico e do ortopedista, antes de sedar o paciente, para não interferir na avaliação da consciência e da dor.
- (B) encaminhar o paciente, o mais rápido possível, para tomografia de crânio e abdome, além das radiografias de tórax e dos ossos longos.
- (C) manter o paciente na UTI para observar as primeiras seis horas do trauma; neste intervalo, solicitar radiografias de tórax, crânio, coluna e abdome no leito; controlar a pressão do paciente com captopril e aguardar avaliação do neurocirurgião.
- (D) realizar intubação orotraqueal; radiografia de tórax e ossos longos; tomografia computadorizada de crânio e coluna cervical; ultrassonografia de abdome total; hemograma, tipagem sanguínea e amilase.

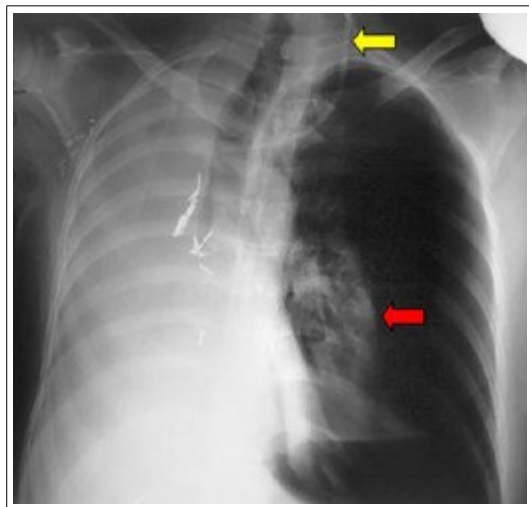
— QUESTÃO 43 —

Uma criança de seis meses é admitida na UTI após ter caído do berço. A mãe informa que a colocou para dormir à tarde, como faz habitualmente, mas ouviu um choro intenso e, ao certificar-se do que acontecia, encontrou a criança caída no chão e inconsciente. A criança apresentava hematoma periorbitário e fratura em metáfise proximal da tíbia, ambos à esquerda. Após serem realizados os cuidados referentes às lesões, o médico deverá:

- (A) fazer as devidas orientações sobre segurança, explicando à mãe sobre a necessidade de aumentar a grade do berço ou reduzir a altura do colchão.
- (B) solicitar exame de corpo de delito com um médico legista.
- (C) denunciar a mãe à autoridade policial, por suspeita de maus-tratos.
- (D) notificar ao Conselho Tutelar a suspeita de maus-tratos.

— QUESTÃO 44 —

Um médico intensivista, ao realizar punção venosa profunda em jugular interna esquerda, percebe, ao final do procedimento, que a criança está saturando 82% e apresentando murmúrio vesicular diminuído à esquerda. O cateter tem bom fluxo e refluxo. Foi realizada radiografia de tórax com urgência. A imagem da radiografia é apresentada a seguir.



Após a análise da radiografia, a melhor conduta a ser adotada é:

- (A) retirar o cateter venoso central, realizar punção torácica de alívio e drenagem torácica, na sequência.
- (B) manter o cateter venoso central, realizar punção torácica de alívio e drenagem torácica, na sequência.
- (C) retirar o cateter venoso central e contatar o cirurgião pediátrico.
- (D) manter o cateter venoso central e contatar o cirurgião pediátrico.

— QUESTÃO 45 —

Uma criança de sete anos de idade iniciou quadro de cefaleia, polimialgia, diarreia e febre de 39 °C há três dias. Nas primeiras 24 horas, foi avaliada em pronto-socorro que diagnosticou enterocolite viral e foi prescrito paracetamol e metoclopramida, além do soro de rehidratação oral. Desde então, vem se mantendo febril, prostrada, com diminuição da diurese e queixando-se de fortes dores abdominais. Foi reavaliada no mesmo pronto-socorro, que solicitou vaga na UTI. Ao exame, foram percebidas petéquias generalizadas. A criança foi admitida na UTI consciente, eupneica, prostrada, pálida, anictérica, acianótica, desidratada, febril, com petéquias no tronco e nas extremidades, além de dor abdominal intensa à palpação. FC = 120 bpm, PA = 90 x 60 mmHg e satO₂ = 95%. Foram realizados USG de abdome total, que visibilizou discreta ascite, e radiografia de tórax, que mostrou derrame pleural discreto. Hemograma com Ht = 40%, Hb = 13,5 g/dl, leucócitos 2.500, plaquetas 50.000. No caso desse paciente,

- (A) é importante realizar a punção aspirativa de pelo menos um dos derrames cavitários para elucidação diagnóstica.
- (B) está indicada a transfusão de plaquetas.
- (C) é excepcional a utilização de acesso venoso central, pois só é indicado em casos de choque que não reverterem após medidas recomendadas.
- (D) deve-se hidratar com soro fisiológico a 0,9%, sendo contraindicada a reposição do potássio em qualquer momento da hidratação.

— QUESTÃO 46 —

O suporte nutricional deve ser realizado precocemente em todo paciente pediátrico grave, sendo fundamental para minimizar o catabolismo e permitir, dentro do possível, a continuação do processo de crescimento na infância. Nesse caso o suporte nutricional deve ser precedido de uma avaliação laboratorial, na qual

- (A) a dosagem da albumina sérica, que é a proteína que diminuiu mais rapidamente, é a forma mais precoce de comprovar a desnutrição associada às doenças graves na infância.
- (B) a contagem total de linfócitos, embora pouco sensível, se inferior a 1.500/mm³, está correlacionada a pior prognóstico nutricional.
- (C) o aumento de perdas urinárias de N₂ é observado apenas no caso de catabolismo proteico no estresse.
- (D) não deve ser realizada nas primeiras 72 horas de vida dos prematuros, porque requer a coleta de sangue que pode levar à anemia nesses recém-nascidos.

— QUESTÃO 47 —

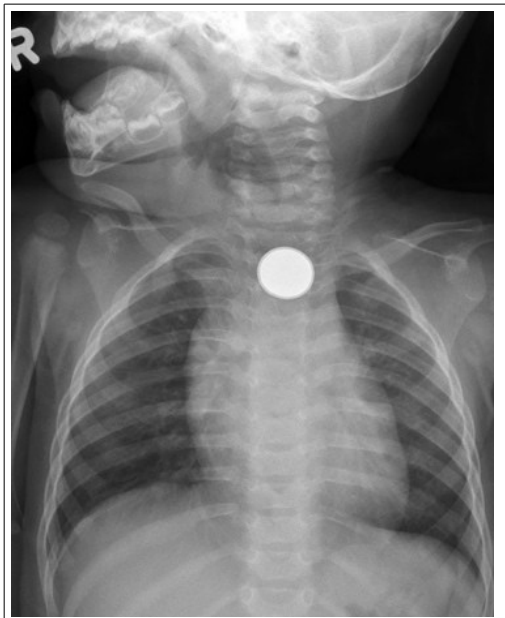
Um novo modo ventilatório chamado NAVA (Neurally Adjusted Ventilatory Assist) tem proporcionado um tipo de ventilação mecânica mais fisiológica e, portanto, menos lesiva ao pulmão. O NAVA é um modo ventilatório

- (A) excelente para ventilar pacientes com doenças neurológicas e, portanto, facilmente adaptável para aqueles pacientes em home care.
- (B) em que o paciente controla a própria ventilação por meio da atividade elétrica do diafragma, que não só atua como o gatilho para desencadear a frequência respiratória, como modula o próprio suporte pressórico, de acordo com a atividade elétrica do diafragma.
- (C) em que o paciente controla a atividade diafragmática por meio de um impulso do centro respiratório (tronco cerebral) que é transmitido por um eletrodo posicionado no esôfago.
- (D) contraindicado em pacientes com lesão de corno anterior da medula, devido à impossibilidade de transmissão da atividade elétrica motora do tronco cerebral para o diafragma.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 48 —

Um lactente com quatro meses de idade é admitido na UTI pediátrica com diagnóstico de bronquiolite viral. Na admissão, encontrava-se taquidispneico, gemente, saturando 92% em tenda de oxigênio (HOOD) a 50%, temperatura axilar 38 °C e presença de sibilos expiratórios. Apresentava ainda hemograma com leucocitose discreta e linfocitose, gasometria arterial com acidose metabólica leve e compensada, além da seguinte radiografia de tórax:



Para o tratamento dessa criança,

- (A) a fisioterapia respiratória é eficaz, principalmente para evitar complicações como atelectasias.
- (B) os broncodilatadores, embora não sejam a primeira linha de tratamento, ajudam no controle da sibilância, sobretudo em se tratando de um bebê chiador.
- (C) o único tratamento disponível, que é comprovadamente eficaz, é a nebulização com solução salina a 3%.
- (D) o uso dos corticoides sistêmicos, além de ineficazes, são deletérios, sendo os corticoides inalatórios preferíveis na bronquiolite viral aguda.

— QUESTÃO 49 —

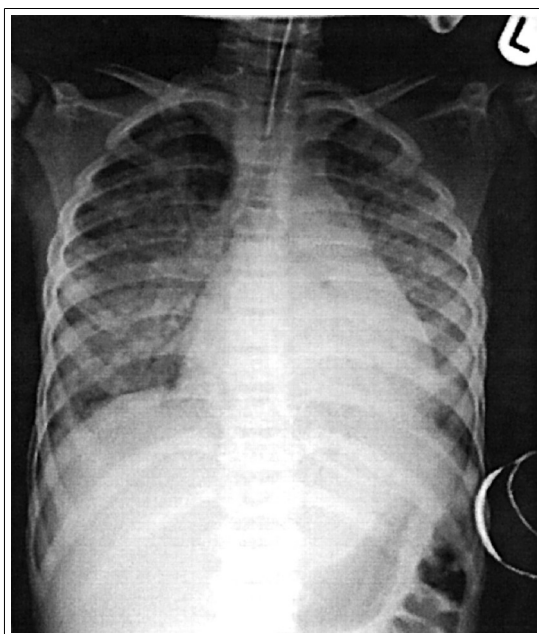
Uma criança de seis anos de idade, com diagnóstico de miocardite viral, foi intubada devido a insuficiência cardíaca congestiva e edema agudo pulmonar. Após o terceiro dia de ventilação mecânica, mantinha-se sedada, bem acoplada na ventilação mecânica, com os seguintes parâmetros: FR = 20 ipm, pressão inspiratória = 20 cmH₂O, PEEP = 8 cmH₂O, fração de oxigênio = 60%. oram realizados os seguintes exames:

Hemograma: Hb = 10,8 g/dl, Ht = 31% 10.500 leucócitos (5% bast 40% seg 35% linfócitos 15% mono 5% eosinófilos), 180.000 plaquetas.

Gasometria arterial: pH = 7,38, PCO₂ = 40 mmHg, PO₂ = 120 mmHg, bicarbonato = 23 mmol/l, BE = +3 mmol/l, satO₂ = 98%.

Sódio sérico = 139 mEq/l, potássio sérico = 3,8 mEq/l, cálcio = 9,1 mg/dl, magnésio = 2,0 mEq/l, glicemia = 89 mg/dl, ureia = 35 mg/dl, creatinina = 0,6 mg/dl.

A radiografia de tórax é a apresentada a seguir:



O médico plantonista decide extubá-la. Na extubação dessa criança,

- (A) apesar da sedação ser um empecilho para o sucesso, não vai interferir, pois a criança está bem acoplada na ventilação e sem sinais de fadiga respiratória.
- (B) embora o edema agudo esteja controlado, a retirada do PEEP poderá acarretar uma nova descompensação cardíaca.
- (C) os critérios não estão adequados, uma vez que apesar da PaO₂ ≥ 60 mmHg, a relação PaO₂/FiO₂ é ≤ 200 mmHg.
- (D) a chance de falha é significativa, porque a doença de base (miocardite) não foi resolvida ainda, associado ao fato de que a parte metabólica ainda precisa ser corrigida.

— QUESTÃO 50 —

Um médico está de plantão em uma UTI de hospital pediátrico e recebe na unidade o plantonista do pronto-socorro, desse mesmo hospital, solicitando uma vaga para uma criança de seis anos, em fase terminal de neoplasia de sistema nervoso central evoluindo com quadro de rebaixamento de nível de consciência e paralisia de hemicorpo direito. Enquanto os médicos discutem o quadro clínico da criança, o médico da UTI recebe uma ligação do setor de regulação de vagas de UTIs da cidade, solicitando uma vaga para uma criança de três anos com quadro de quase afogamento, mas que foi prontamente atendida por reanimadores no local do acidente. A informação é a de que a criança está inconsciente, intubada e sendo removida nesse momento do local do acidente. Estima-se que a criança quase afogada teve um tempo de parada cardiorrespiratória menor que cinco minutos, até o momento que foi devidamente reanimada. Como só há uma vaga na UTI, a criança que deveria ocupá-la deve ser

- (A) a do quase afogamento, porque é vítima de um acidente e conta com a possibilidade da reversibilidade do quadro, representando nível de prioridade 1 para indicação de internação em UTI, ao contrário da criança com neoplasia, que é portadora de uma doença incurável e terminal, representando nível de prioridade 3 para indicação de internação em UTI.
- (B) a da neoplasia porque, muito embora represente prioridade 3 para indicação de UTI, tem direito a essa vaga porque foi solicitada antes da criança do quase afogamento.
- (C) a do quase afogamento, porque apesar de ambas apresentarem prognóstico incerto, representando nível de prioridade 2 para indicação de UTI, a criança da neoplasia tem pior prognóstico devido à faixa etária mais avançada.
- (D) a da neoplasia, porque o critério de prioridade mais importante para vaga de UTI é a gravidade do quadro e como a criança do quase afogamento teve atendimento rápido, ela pode tolerar por mais tempo à espera da liberação de uma segunda vaga no sistema.

— RASCUNHO —