



CONCURSO PÚBLICO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO MEDICINA INTENSIVA

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que **contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

| QUESTÕES  |            |
|---|------------|
| Língua Portuguesa   | de 01 a 10 |
| SUS   | de 11 a 20 |
| Específico do cargo / Especialidade médica a que concorre | de 21 a 60 |

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no **CARTÃO-RESPOSTA**, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

*“Infelicidade é uma questão de prefixo”*

5. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no **CARTÃO-RESPOSTA**.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

## LÍNGUA PORTUGUESA

## A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
  - (A) inelutável
  - (B) incoercível
  - (C) insofismável
  - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
  - (A) absorver
  - (B) restringir
  - (C) demarcar
  - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
  - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
  - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
  - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
  - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
  - (A) rigor e flexibilidade
  - (B) frugalidade e obstinação
  - (C) comedimento e sobriedade
  - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
  - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
  - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
  - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
  - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. “Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.” (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. “Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. “A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais.” (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) “Achei que estava bem na foto.” (1º parágrafo)
- (B) “O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção...” (3º parágrafo)
- (C) “...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo)
- (D) “... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.” (5º parágrafo)
10. “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu...” (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

## SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7%
- (B) 12%
- (C) 15%
- (D) 22%
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo atualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
  - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
  - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
  - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
  - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
  - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
  - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
  - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
  - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
  - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
  - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
  - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
  - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
  - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
  - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
  - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
  - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
  - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
  - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

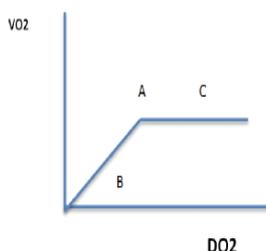
#### MEDICINA INTENSIVA

21. Paciente com febre e choque séptico, cateter venoso central com sítio de inserção infectado. Nessa situação, a estratégia a ser adotada é:
- coletar culturas, retirar o cateter e iniciar antibiótico
  - coletar hemoculturas, retirar o cateter e não iniciar antibiótico
  - coletar swab da secreção do sítio de inserção e retirar o cateter
  - manter o cateter, coletar culturas e iniciar antibiótico após essa coleta

22. Sobre a infecção pelo HIV, é correto afirmar que:
- (A) é rara a presença de pneumotórax em pacientes com pneumocistose grave
  - (B) dificilmente a análise microbiológica do lavado broncoalveolar auxilia no diagnóstico da pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*
  - (C) corticosteroide deve sempre ser associado, como medicamento adjuvante, ao esquema terapêutico contra o *Pneumocystis jiroveci*
  - (D) o uso de inibidores da transcriptase reversa de análogos de nucleosídeos pode estar relacionado ao desenvolvimento de pancreatite aguda
23. A respeito da succinilcolina, pode-se afirmar que:
- (A) é contraindicado seu uso no traumatismo raquimedular com secção de medula espinal
  - (B) é o bloqueador neuromuscular não despolarizante mais utilizado entre os disponíveis para o uso clínico
  - (C) tem ação rápida e promove o bloqueio das terminações nervosas em 3 a 5 minutos após a injeção de 1 a 1,5 mg/kg intravenosa
  - (D) tem como potenciais efeitos colaterais a hipotensão, a hipopotassemia e a hipertermia maligna
24. O diagnóstico mais provável para um quadro de agitação psicomotora, delírio, febre, mioclonia, hiperreflexia de membros inferiores e midríase, em paciente submetido a tratamento medicamentoso para obesidade, é:
- (A) hipertermia maligna
  - (B) síndrome serotoninérgica
  - (C) síndrome neuroléptica maligna
  - (D) síndrome anticolinérgica aguda
25. Quanto à diarreia que pode acontecer no paciente gravemente enfermo, é correto afirmar que:
- (A) diarreia grave pode ocasionar alcalose metabólica
  - (B) diarreia pode fazer parte do quadro clínico de pacientes com hipercortisolismo
  - (C) não há relação entre o local da infusão da dieta enteral (estômago ou intestino delgado) e o desenvolvimento de diarreia
  - (D) idade maior que 60 anos, uso de bloqueador de bomba de prótons e suscetibilidade imunológica são fatores de risco associados ao desenvolvimento de infecção pelo *Clostridium difficile*
26. A diferença entre a pressão de pico e a pressão de platô, em uma onda de pressão obtida durante uma ventilação controlada a volume com onda de fluxo quadrada, relaciona-se com a:
- (A) complacência torácica
  - (B) complacência pulmonar
  - (C) resistência das vias aéreas
  - (D) elastância do sistema respiratório
27. Com referência à insuficiência renal secundária à rabdomiólise, é correto afirmar que:
- (A) deve-se tentar manter débito urinário maior que 150 mL/h
  - (B) cerca de 90% dos pacientes com rabdomiólise não traumática apresentam dor intensa à compressão muscular
  - (C) os diuréticos osmóticos devem ser utilizados para diminuir o risco de insuficiência renal
  - (D) a reposição volêmica inicial deve ser feita com 30 mL/kg de peso, durante 30 minutos e, idealmente, com solução hipertônica (solução salina a 3%)
28. A respeito da fisiopatologia da síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), é correto afirmar que:
- (A) o aumento da pressão arterial pulmonar é um marcador bem definido de mortalidade
  - (B) o acúmulo de líquido e de proteínas intra-alveolares induz reação inflamatória local, com acúmulo de ATPase e leucotrienos pulmonares
  - (C) a resistência vascular pulmonar é elevada, resultado da diminuição do calibre dos vasos do leito vascular, induzida por hipóxia e obstrução trombótica
  - (D) a perda da atividade de surfactante decorre da diminuição da produção por pneumócitos tipo 1 e consumo da proteína surfactante por células inflamatórias
29. Paciente com edema pulmonar cardiogênico por emergência hipertensiva apresenta, em ecocardiograma recente, função sistólica normal e disfunção diastólica leve. A medida inicial mais adequada é administrar:
- (A) nitroprussiato
  - (B) dobutamina
  - (C) furosemida
  - (D) morfina
30. Sobre o tratamento da asma é correto afirmar que:
- (A) uso rotineiro de metilxantinas, nos casos graves, é ainda recomendado
  - (B) uso rotineiro de beta-2 adrenérgico intravenoso é recomendado no quadro de asma grave
  - (C) uso de beta-2 adrenérgicos de ação curta, via inalatória, é considerado conduta de primeira linha no paciente em crise de asma
  - (D) a aspiração das vias aéreas do paciente intubado não é fator de piora do quadro de broncoespasmo, evita-se a leva a acúmulo de secreção e pneumonia
31. Em relação à trombocitopenia induzida pela heparina (HIT), pode-se afirmar que:
- (A) ocorre diminuição em 50% do valor basal da contagem de plaquetas, após o início da exposição à heparina
  - (B) novos eventos trombóticos ou o aparecimento de necrose de pele não estão associados à HIT
  - (C) a HIT se inicia apenas após 15 dias da exposição à heparina e não se relaciona ao seu uso prévio
  - (D) não se faz necessário afastar outras causas de trombocitopenia em pacientes sob uso de heparina para diagnosticar HIT
32. No que se refere à mediastinite, pode-se afirmar que:
- (A) no pós-operatório de cirurgia cardíaca, manifesta-se com sinais de sepse dentro dos primeiros 4 dias
  - (B) o diagnóstico é definido quando a cultura de tecido ou coleção mediastinal acusa a presença de micro-organismos
  - (C) na avaliação inicial, a radiografia de tórax fornece frequentemente o diagnóstico
  - (D) a tomografia computadorizada é uma ferramenta útil na avaliação do mediastino, desde que utilizada sem contraste
33. Pacientes com síndrome de Guillain-Barré devem ter o volume corrente monitorado e, independentemente da presença de hipoxemia, ser submetidos à intubação orotraqueal e acoplados à ventilação mecânica, quando atingirem:
- (A) capacidade vital < 40 mL/kg
  - (B) capacidade vital < 30 mL/kg
  - (C) capacidade vital < 25 mL/kg
  - (D) capacidade vital < 20 mL/kg

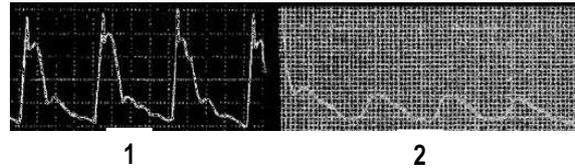
34. Paciente, de 65 anos de idade, ao final de uma transfusão de hemácias, apresenta desconforto respiratório, queda da oximetria de pulso, taquipneia e hipertensão. É realizada radiografia de tórax, que evidencia comprometimento dos quatro campos pulmonares (pressão arterial = 170 x 110 mmHg). Recebe 20 mg de furosemida, com melhora do quadro. O melhor diagnóstico que define o quadro descrito é:
- edema agudo de pulmão
  - reação transfusional tipo enxerto hospedeiro
  - TACO - sobrecarga cardíaca associada à transfusão
  - TRALI - injúria pulmonar aguda associada à transfusão
35. São efeitos sistêmicos da síndrome compartimental abdominal:
- aumento do *shunt* intrapulmonar, diminuição do *clearance* de lactato, diminuição da função mitocondrial e aumento da formação de úlceras de pressão
  - aumento do fluxo venoso portal, diminuição da perfusão da mucosa intestinal, aumento da pós-carga e aumento da translocação bacteriana
  - diminuição do fluxo arterial portal, aumento das pressões pulmonares, aumento da contratilidade cardíaca e aumento da atividade do citocromo P450
  - diminuição da complacência ventricular, aumento da pressão parcial de gás carbônico (PaCO<sub>2</sub>), aumento do metabolismo da glicose e indução de acidose por formação de cetoácidos
36. Paciente de 65 anos de idade, portador de diabetes mellitus, recém-egresso de cidade praiana, apresenta-se com quadro de febre alta, mialgia, dor retro-orbitária, dor abdominal e vômitos. Considerou-se tratar de dengue. A classificação desse quadro e a conduta, nesse momento, devem ser de:
- dengue grave, sem alteração de parâmetros perfusionais; internação em unidade de terapia intensiva, para monitorização
  - dengue provável, com sinais de alerta; internação hospitalar com reposição volêmica inicial de 10 a 20 mL/kg
  - dengue grave, com alteração de parâmetros perfusionais; internação em unidade de terapia intensiva, com reposição volêmica de 20 mL/kg em 20 minutos
  - dengue grave, com alteração de parâmetros perfusionais; internação em unidade de terapia intensiva, com reposição volêmica de 10 a 20 mL/kg em 1 hora, repetindo até 3 vezes
37. Nos casos em que o paciente apresenta auto-pressão expiratória final positiva (PEEP), pode-se adotar a seguinte estratégia:
- diminuir o tempo expiratório
  - adequar a PEEP extrínseca
  - aumentar a pressão de platô
  - aumentar o volume corrente
38. Em relação ao derrame e ao tamponamento pericárdicos, é correto afirmar que:
- a pressão pericárdica, quando normal, não interfere na pressão transmural ventricular
  - o desempenho de ambos os ventrículos é prejudicado simultaneamente no tamponamento pericárdico
  - nos casos de tamponamento de rápida instalação, como no hemopericárdico, a distensão jugular é sempre aparente
  - insuficiência cardíaca grave pode resultar em derrame pericárdico transudativo, como consequência de pressões de enchimento ventricular demasiadamente elevadas ou drenagem pericárdica obstruída
39. A definição de sucesso da intubação é a visualização da epiglote e a colocação do tubo traqueal entre as cordas vocais. A confirmação do acesso bem-sucedido à via aérea é oferecido pela:
- demarcação da altura da cânula de intubação oro-traqueal
  - radiografia de tórax
  - ausculta pulmonar
  - capnografia
40. Dos fatores etiopatogênicos, o que tem a maior importância fisiopatológica na hipoperfusão nos pacientes com sepse grave é:
- inibição de barorreceptores
  - indução do óxido nítrico sintetase
  - aumento do tônus simpático arteriolar
  - diminuição da indução de arginina vasopressina
41. Para diferenciar os estados de choque que, caracteristicamente, apresentam baixo fluxo, deve-se adotar a seguinte variável:
- taxa de extração de oxigênio
  - resistência vascular sistêmica
  - Saturação venosa mista de oxigênio
  - pressões de enchimento de câmaras direitas e esquerdas
42. O uso abusivo de soluções de hidroxietilamido acarreta coagulopatia pelo mecanismo de:
- plaquetopenia
  - deficiência de fator VII
  - deficiência de protrombina.
  - diminuição de fator de Von Willebrand
43. A hipercapnia permissiva está contraindicada em caso de:
- lesão pulmonar induzida pela ventilação
  - hipertensão intracraniana
  - insuficiência renal
  - pneumotórax
44. Na resposta endócrino-metabólica ao trauma, pode-se afirmar que:
- o cortisol está reduzido
  - a glicogenólise está reduzida
  - a gliconeogênese está elevada
  - a síntese de ácidos graxos está elevada
45. Paciente, do sexo masculino, de 50 anos de idade, é internado com diagnóstico de hemorragia subaracnóidea secundária à ruptura de aneurisma de artéria cerebral média. Após tratamento cirúrgico, é transferido para o CTI. No quarto dia pós-operatório, desenvolve hemiparesia direita e afasia. O diagnóstico provável é:
- hidrocefalia
  - vasoespasma
  - edema cerebral
  - ressangramento
46. Paciente, do sexo masculino, de 45 anos de idade, com doença de Chron, internado por diarreia volumosa com muco e sangue, vinha em uso de azatioprina. Iniciado tratamento antimicrobiano devido à sinusite esfenoidal, evoluiu no quinto dia com dispneia súbita e dor torácica. Realizada intubação oro-traqueal, é transferido para o CTI. Diante desse quadro, é correto afirmar que:
- o dímero D tem alta especificidade
  - o tratamento adequado é a heparina não fracionada
  - angiogramografia computadorizada do tórax não é necessária
  - deve realizar-se trombólise no máximo em duas horas

47. Gestante na 38ª semana deu entrada no setor de emergência com dor em hipocôndrio direito, cefaleia intensa e pressão arterial de 170x110 mmHg, evoluindo com crises convulsivas. Foi prontamente iniciada a reposição de sulfato de magnésio, e a paciente foi transferida para o CTI. Nesse caso, é correto afirmar que:
- (A) a fenitoína pode ser administrada se as crises convulsivas não cessarem  
(B) a dor no hipocôndrio direito exclui síndrome HELLP  
(C) o débito urinário deve ser mantido maior que 100 ml/h com uso de diuréticos  
(D) o gluconato de cálcio deve ser instituído profilaticamente
48. Paciente do sexo masculino de 25 anos de idade, sem comorbidade conhecida, é internado com SARA grave no CTI. Ao contrário do esperado, o aumento da PEEP nesse paciente se associa com queda dos níveis de PaO<sub>2</sub>. Radiografia do tórax não apresenta sinais de barotrauma ou hiperinsuflação pulmonar. Uma possível explicação é:
- (A) hipervolemia  
(B) tromboembolismo pulmonar  
(C) presença de forame oval patente  
(D) insuficiência ventricular esquerda
49. Na prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica, é imprescindível manter:
- (A) pressão de *cuff* entre 20-30 mmHg; cabeça elevada entre 30° e 45°; higiene oral 2x/dia com cloro-hexidina; protocolo de suspensão diária de sedação  
(B) pressão de *cuff* entre 25-30 mmHg; cabeça elevada entre 45° e 60°; higiene oral 1x/dia com cloro-hexidina; trocas periódicas de circuitos ventilatórios  
(C) pressão de *cuff* entre 25-30 mmHg; descontaminação seletiva do trato GI; higiene oral 4x/dia com cloro-hexidina; protocolo de suspensão intermitente de sedação  
(D) pressão de *cuff* entre 25-30 mmHg; cabeça elevada entre 45° e 60°; uso de filtros trocadores de calor e umidade; protocolo de suspensão intermitente de sedação
50. Com relação ao verapamil, é possível afirmar que:
- (A) utilizado em pacientes com disfunção sistólica  
(B) possui ação vasodilatadora e cronotrópica negativa  
(C) droga utilizada na síndrome Wolff-Parkinson-White  
(D) aumenta a condução pelo nó AV e inotrópica positiva
51. O gráfico abaixo mostra a relação entre oferta de O<sub>2</sub> (DO<sub>2</sub>) e consumo de O<sub>2</sub> (VO<sub>2</sub>), fundamental para análise dos estados de choque. A dosagem de lactato sérico e saturação venosa central de O<sub>2</sub> (SvCO<sub>2</sub>) podem refletir essa relação. Baseado nessas informações, podemos afirmar que:



- (A) um paciente que se encontra no ponto B deve ter níveis normais de lactato e de SvCO<sub>2</sub>  
(B) a partir do ponto A para B reflete uma normalização dos níveis de lactato e de SvCO<sub>2</sub>  
(C) um paciente que se encontra no ponto C deve ter níveis elevados de lactato e de SvCO<sub>2</sub>  
(D) um paciente que se encontra no ponto C deve ter níveis normais de lactato e níveis reduzidos ou normais de SvCO<sub>2</sub>

52. A monitorização invasiva da pressão arterial é, frequentemente, utilizada na UTI. A análise do seu traçado, registrada nos gráficos abaixo, é de fundamental importância.



As alterações evidenciadas nos gráficos 1 e 2 são, respectivamente:

- (A) trombo intravascular e rigidez vascular  
(B) rigidez vascular e bolhas gasosas no sistema  
(C) bolhas gasosas no sistema e rigidez vascular  
(D) traçado normal e amortecimento excessivo da curva
53. Paciente internado na UTI, há 5 horas, com quadro de pneumonia comunitária grave e insuficiência respiratória, necessitando de suporte ventilatório invasivo. Realizado diagnóstico de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) grave. Os parâmetros ventilatórios foram ajustados e as medidas de mecânica respiratória e gasometria arterial evidenciavam:

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Pico - 40 cm H <sub>2</sub> O     | Complacência - 25 mL/cm H <sub>2</sub> O |
| Platô - 38 cm H <sub>2</sub> O    | pCO <sub>2</sub> - 65 mmHg pH - 7,1      |
| Driving Pressure - 18             | P/F - 80                                 |
| PEEP - 20 cm H <sub>2</sub> O     |  |
| Auto-PEEP - 1 cm H <sub>2</sub> O |  |

Após 2 horas, evoluiu com instabilidade hemodinâmica, necessitando de noradrenalina (0,38 mcg/Kg/min). Solicitado ecocardiograma, que evidenciou PSAP 60 mmHg e aumento significativo de cavidades direitas. Diante de tal fato, a melhor conduta seria:

- (A) colocar em ventilação em posição prona e reajustar parâmetros ventilatórios  
(B) instalar oxigenação por membrana extracorpórea venovenosa  
(C) realizar manobras de recrutamento alveolar máximo e manter PEEP ideal  
(D) iniciar trombólise com rtPA e, após 24h, iniciar heparina não fracionada
54. Com base nas diretrizes da American Heart Association sobre manobras de ressuscitação durante a parada cardiorrespiratória, é **INCORRETO** afirmar:
- (A) a hipotermia e a intoxicação por drogas são indicações de ECMO venoarterial  
(B) o controle direcionado da temperatura é indicado nos pacientes comatosos  
(C) a vasopressina em combinação com a noradrenalina deve ser utilizada  
(D) a lidocaína é indicada nos ritmos chocáveis após o retorno da circulação
55. As infecções por VRE (enterococo resistente à vancomicina) tornaram-se um grave problema dentro das unidades hospitalares. A respeito do tratamento dessas infecções, pode-se afirmar que:
- (A) daptomicina mais tigeciclina são opções para infecções endovasculares  
(B) os aminoglicosídeos podem ser adjuvantes mesmo que haja resistência de alto nível  
(C) a daptomicina não deve ser usada em casos de meningite associada a derivações  
(D) o uso da linezolida pode estar associado a miopatia, devendo ser dosado o CK total a cada 3 dias

56. Paciente do sexo feminino, de 66 anos de idade, é internada no CTI devido a quadro de choque séptico. Imediatamente após admissão, foi realizada a intubação orotraqueal, instalando-se um acesso venoso em veia jugular interna direita e outro acesso em artéria radial direita para monitorização invasiva da PA. Iniciaram-se sedação e uso de aminas vasoativas em baixas doses. Exames foram coletados. Cerca de 6 horas após, a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica e ventilatória caracterizado por: PA 70 x 50 mmHg; frequência cardíaca 135 bpm; frequência respiratória: 35 ipm e oximetria de pulso com 70% de saturação de oxigênio; extremidades frias e cianóticas. Ao exame clínico, evidencia-se ausculta reduzida em todo hemitórax direito e hipertimpanismo à percussão em hemitórax direito. A conduta mais adequada, nesse caso, é:
- (A) aumento da dose de aminas vasoativas e realização de tomografia de tórax para definir a extensão da complicação
  - (B) ressuscitação com fluidos e aminas vasoativas para a restauração da normalidade da oxigenação e perfusão sistêmica
  - (C) drenagem de tórax com tubo de diâmetro e tamanho convencionais no 5° espaço intercostal da linha axilar média
  - (D) elevação dos níveis de PEEP e bloqueio neuromuscular, pois o quadro é sugestivo de edema pulmonar não cardiogênico
57. Paciente do sexo masculino, 23 anos de idade, 70 Kg, é levado ao hospital devido a quadro de cefaleia, mal-estar, náuseas e vômitos, que evoluíram com rebaixamento do nível de consciência. Segundo os amigos, isso ocorreu após a ingestão de vários comprimidos de derivado sintético da anfetamina (MDMA ou "ecstasy"). Glicemia capilar: 96 mg/dL. Após a coleta de exames, ECG e RX tórax, foi transferido para a UTI. Exame físico: PA: 165 x 105 mmHg; frequência cardíaca 72 bpm; saturação arterial de oxigênio normal; Glasgow: 9 (AO: 2; MRM: 5; MRV: 2); restante do exame neurológico normal. O sódio sérico veio de 104 mEq/L. A conduta inicial mais adequada é:
- (A) prescrever salina a 3% (132 mL/h) nas três horas iniciais e retornar a 34 mL/h, elevando o sódio em até 10-12 mEq/L em 24h
  - (B) realizar tomografia de crânio e, caso afastadas complicações associadas a droga, iniciar reposição de salina a 3%
  - (C) prescrever infusão de salina a 3% com infusão a 50 mL/h nas primeiras 24h, elevando o sódio em até 10-12 mEq/L em 24h
  - (D) prescrever infusão de salina a 3% com infusão a 34 mL/h nas primeiras 24h, elevando o sódio em até 6-8 mEq/L em 24h
58. Paciente apresenta insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica sendo indicada a intubação orotraqueal de sequência rápida. Admitindo-se a ausência de contraindicações, constitui a prescrição mais adequada para a realização desse procedimento:
- (A) fentanil e etomidato
  - (B) fentanil e midazolam
  - (C) quetamina e succinilcolina
  - (D) midazolam ou propofol e succinilcolina
59. Paciente vítima de queimaduras de terceiro grau que atingem 60% de área, pesando 70 Kg, chega ao CTI sem hidratação, quatro horas após o acidente. Sua reposição volêmica deve ser de:
- (A) 5600 mL nas próximas 12h
  - (B) 8100 mL nas próximas 12h
  - (C) 8400 mL nas próximas 24h
  - (D) 16800 mL nas próximas 24h
60. No suporte nutricional do paciente crítico, o aporte calórico total e a quantidade de proteína diária são, respectivamente:
- (A) 15 Kcal/Kg de peso/dia e 2.0 g/Kg de peso/dia
  - (B) 25 Kcal/Kg de peso/dia e 1.0 g/Kg de peso/dia
  - (C) 25 Kcal/Kg de peso/dia e 1.5 g/Kg de peso/dia
  - (D) 35 Kcal/Kg de peso/dia e 2.0 g/Kg de peso/dia