



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2019

MÉDICO INTENSIVISTA INFANTIL

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. 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), que estão distribuídas da seguinte forma:

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

3. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta, para posterior exame grafológico.

"A pintura é poesia sem palavras."

4. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à 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 durante a realização da prova. A simples posse ou uso de qualquer material, objeto ou equipamento não permitido, mesmo que desligado, no local da prova, corredor ou banheiros, implicará na exclusão do candidato no certame.
5. Durante a realização da prova objetiva não será admitida a consulta à legislação, livros, impressos ou anotações bem como o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie e/ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
6. Não haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato. O candidato não poderá amassar, molhar, dobrar, rasgar, manchar ou, de qualquer modo, danificar o cartão-resposta.
7. O candidato é responsável pela conferência de seus dados pessoais: nome, número de inscrição e data de nascimento.
8. 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.
9. Somente após decorrida uma hora do início da prova, ainda que tenha desistido do certame, o candidato poderá retirar-se do recinto, depois que entregar o cartão-resposta, devidamente assinado e com a frase transcrita, e o caderno de questões. Não será permitida qualquer anotação de informações da prova em qualquer meio, sob pena de eliminação do certame.
10. **O candidato somente poderá sair do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos 30 (trinta) minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.** 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.
11. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado as provas.
12. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
13. O gabarito da prova objetiva será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro – D.O. Rio, no segundo dia útil seguinte ao de realização da prova, estando disponível, também, no endereço eletrônico <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

Texto: O sonho da psicanálise

Um dia, imaginava Freud, uma placa comemorativa seria inaugurada, com a seguinte inscrição: "Em 1895 foi revelado ao Dr. Sigmund Freud o mistério do sonho." Cem anos depois, a descoberta de Freud é homenageada não apenas com placas comemorativas, mas com o triunfo da instituição que ele criou, a psicanálise. Que já não é apenas uma forma de tratamento, mas também uma pujante instituição cultural: conta com milhares de afilios, realiza congressos e encontros e dá origem a uma verdadeira torrente de publicações.

O mistério do sonho desvendou-se a Freud graças a uma intuição genial. Até então, tinha-se a ideia de que o sonho informava acerca do futuro, de acordo com o modelo bíblico: José interpretando os sonhos do faraó e revelando os sete anos de vacas gordas e os sete anos de vacas magras. Freud deu-se conta de que, ao contrário, o sonho fala do passado da pessoa, e sobretudo dos desejos reprimidos para o inconsciente. Esta foi também uma descoberta revolucionária – e profética: o ser humano não é governado unicamente pela razão, segundo a concepção introduzida pela modernidade, mas ele está à mercê de forças obscuras que podem explodir com violência inesperada. O nazismo veio a demonstrar, para tristeza do próprio Freud, que este raciocínio estava inteiramente correto.

Para minha geração, a psicanálise adquiriu uma importância decisiva. Tínhamos o perfil adequado do analisando: éramos intelectualizados, carregávamos muitos e pesados conflitos (com os nossos pais, com o *establishment*) e, sendo de classe média, podíamos pagar o tratamento. Que era revelador, e aliviante. Muitos de nós tínhamos passado pela experiência do comunismo, em que a individualidade é sufocada, mediante a culpa, pelo coletivo.

Só quem passou por uma daquelas terríveis sessões de crítica e autocrítica, instituídas pelo estalinismo, sabe o que é isto. A pessoa levantava-se, diante de um grupo, e acusava-se: eu não presto, não valho nada, não passo de um burguês miserável. Lembro-me da primeira vez que ouvi de um analista a frase que equivalia à completa absolvição: tu não tens culpa de nada. Podia até não ser verdade, mas que curava, curava. Os pesadelos do passado davam lugar aos sonhos do futuro. Era agora possível dormir em paz. Os psicanalistas também dormem. Alguns, inclusive, nas sessões. E por que não haveriam de dormir? Poucas coisas são mais chatas do que um neurótico dando voltas em torno ao próprio umbigo (mesmo que seja um umbigo simbólico), desfiando monotona-mente as suas lamentações. É uma espécie de melopeia encantatória: a poltrona vai se tornando cada vez mais macia e, poupado do olhar súplice ou acusador de seu paciente, o analista dorme. E talvez até sonhe.

Com que sonha um analista? Sonha exatamente com aquilo que Freud sonhava: sonha em desvendar o mistério do sonho. Sonha que está ouvindo um paciente que lhe conta sonhos, e que interpreta estes sonhos com a mesma intuição do pai da psicanálise. Sonha que o paciente lhe diz: aqui, neste ano de 1995, tu desvendaste para mim o mistério do sonho; sem ser prosaico, tu és melhor que qualquer Prozac. A psicanálise do sonho realizou o sonho da psicanálise. Um sonho do qual toda a humanidade, de uma maneira ou outra, veio a se beneficiar.

Moacyr Scliar. Publicado em 13/05/1995, na coluna "A cena médica", do jornal Zero Hora. Disponível em: <http://www.moacyrscliar.com/textos/o-sonho-da-psicanalise/>. Acesso em 15/07/2019. Adaptado.

01. Segundo o autor do texto, a descoberta de Freud acerca dos sonhos é revolucionária e profética por ter explicitado que:
 - (A) o comportamento dos neuróticos é egocêntrico, por isso se lamentam de forma enfadonha
 - (B) a individualidade dos jovens comunistas havia sido sufocada pelo coletivo
 - (C) os desejos e lembranças ignorados ou desconhecidos influenciam o comportamento humano
 - (D) a absolvição concedida aos pacientes pelo analista os libertava dos conflitos
02. "a poltrona vai se tornando cada vez mais macia e, **poupado do olhar súplice ou acusador de seu paciente**, o analista dorme." (quarto parágrafo). Considerando os sentidos do texto, a alegação feita no trecho em destaque torna-se pertinente, tendo em vista o fato de:
 - (A) o psicanalista manter a atenção como ouvinte curioso, interrompendo raramente o paciente para observar certas conexões
 - (B) o psicanalista sentar-se às costas do paciente, visando que este liberte sua mente sem interferência do contato visual
 - (C) o paciente estabelecer com o psicanalista um contrato terapêutico, criando cumplicidade que o ampare nas questões psíquicas
 - (D) o paciente ser livre para expressar conteúdos inconscientes ao psicanalista, expondo sentimentos, sonhos e associações que faz
03. É possível depreender o significado de vocábulos desconhecidos, tendo em vista o contexto em que se inserem. Percebe-se que, no texto, o significado do adjetivo em *uma instituição pujante* (primeiro parágrafo) e o do substantivo em *uma espécie de melopeia encantatória* (quarto parágrafo) são, respectivamente:
 - (A) magnificente - tom ornamental
 - (B) altiva - canto da musicoterapia
 - (C) possante - toada monótona
 - (D) pelejante - som melodramático
04. Em "é homenageada não apenas com placas comemorativas, mas com o triunfo da instituição" (primeiro parágrafo), os conectivos empregados coordenam dois segmentos, estabelecendo entre eles a seguinte relação de sentido:
 - (A) explicação
 - (B) alternância
 - (C) oposição
 - (D) adição
05. "Podia até não ser verdade, mas que curava, curava." (quarto parágrafo) Ao se reescrever essa frase, empregando o padrão formal da língua escrita, é preservado seu sentido e mantida a correção gramatical em:
 - (A) Poderia inclusive não ser verdade, entretanto efetivamente curava.
 - (B) Pudera ainda não ser verdade, apenas positivamente curava.
 - (C) Poderia também não ser verdade, pois com efeito curava.
 - (D) Pudera mesmo não corresponder à verdade, uma vez que de fato curava.

06. "Um sonho **do qual** toda a humanidade, de uma maneira ou outra, veio a se beneficiar." (quinto parágrafo) Assim como é corretamente empregado nessa frase, o pronome relativo em destaque, na mesma flexão e precedido da mesma preposição, pode preencher a lacuna em:
- (A) Recusei-me a ser tratada pelo terapeuta ____ método discordava.
- (B) Solicitamos o envio por correio de livro sobre a psicanálise ____ precisávamos.
- (C) Tornou-se eternamente grato ao primeiro psicanalista ____ fora atendido.
- (D) São várias as interpretações de Freud ____ muitos especialistas duvidam.
07. "Cem anos depois, a descoberta de Freud é homenageada" (primeiro parágrafo). O mesmo motivo gramatical que leva ao uso da vírgula nesse segmento justifica seu emprego em:
- (A) O nazismo veio a demonstrar, para tristeza do próprio Freud (segundo parágrafo)
- (B) A pessoa levantava-se, diante de um grupo (quarto parágrafo)
- (C) Podia até não ser verdade, mas que curava (quarto parágrafo)
- (D) Até então, tinha-se a ideia de que o sonho informava (segundo parágrafo)
08. Em "**Para** minha geração, a psicanálise adquiriu uma importância decisiva." (terceiro parágrafo), a preposição em destaque tem função e significado idênticos aos que assume na frase:
- (A) **Para** a completa compreensão da obra de Freud, faltam ainda alguns anos.
- (B) **Para** certos seguidores de Carl Jung, Freud teria traído sua própria teoria.
- (C) **Para** o ano se tornará centenário o reconhecimento por Freud de que não só o reprimido constitui o inconsciente.
- (D) **Para** cursar com proveito a universidade e afugentar maus pensamentos, ilumino o quarto e estudo muito.
09. Sophie Freud, neta do pai da psicanálise, em 2002, ____ (surpreender) os participantes do III Congresso Mundial de Psicoterapia, em Viena, ao advertir que já não ____ (existir) esperanças de que neste século o mundo dos humanos se ____ (tornar) pacífico, incluindo seu avô entre aqueles que ____ (considerar) responsáveis por isso: falsos profetas que ____ (propagar) doutrinas duvidosas e desumanas.
- Observando as regras gramaticais relativas à flexão verbal, as lacunas devem ser preenchidas pelas seguintes formas:
- (A) surpreendeu – existia – tornassem – considera – propagavam
- (B) surpreende – existe – torne – consideram – propagam
- (C) surpreendeu – existiam – tornasse – considerava – propagam
- (D) surpreende – existem – tornem – consideravam – propagavam
10. "sem ser prosaico, tu és melhor que qualquer Prozac." (quinto parágrafo) Há nesse segmento organização coerente do raciocínio, sendo estabelecidas entre as orações que o compõem duas relações lógicas, respectivamente, as de:
- (A) contraste e comparação
- (B) condição e consequência
- (C) causa e proporção
- (D) conformidade e concessão

SUS

11. A Constituição Federal de 1988 foi um marco na legislação sobre a saúde no Brasil. Nela, afirma-se que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, constituem um sistema único e é organizado de acordo com a seguinte diretriz, entre outras:
- (A) o pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas
- (B) a proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário
- (C) a participação das instituições de forma suplementar no Sistema Único de Saúde - SUS
- (D) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais
12. A Lei nº 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde. Neste âmbito, os recursos do Fundo Nacional de Saúde devem ser alocados como:
- (A) cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal
- (B) ajuda à manutenção dos dependentes de segurados de baixa renda
- (C) promoção da integração ao mercado de trabalho
- (D) investimentos em merenda escolar
13. De acordo com a Portaria nº 2436/2017, compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, sendo sua responsabilidade:
- (A) formular políticas de alimentação e nutrição
- (B) gerir sistemas públicos de alta complexidade
- (C) executar a Vigilância Sanitária de portos e aeroportos
- (D) manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
14. A Constituição Federal de 1988 trouxe novidades em relação à organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Dentre elas, a opção correta é:
- (A) universalidade da cobertura e do atendimento
- (B) liberdade de aprender e divulgar o pensamento
- (C) atenção ao preparo para o exercício da cidadania
- (D) promoção da integração das pessoas portadoras de deficiência à sua vida comunitária
15. O Decreto nº 7508/2011 regulamenta a Lei nº 8080/90. Para efeito desse decreto, considera-se que as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos são:
- (A) Regionais de Saúde
- (B) Comissões Avaliadoras
- (C) Comissões Intergestores
- (D) Redes de Atenção à Saúde
16. De acordo com o Decreto nº 7508/2011, a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde e pela iniciativa privada é a definição de:
- (A) Região de Saúde
- (B) Mapa da Saúde
- (C) Rede de Atenção à Saúde
- (D) Serviços de Acesso Aberto

17. De acordo com as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, no âmbito da Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, a atribuição dos três níveis de governo é:
- elaborar e pactuar as tabelas de procedimentos
 - elaborar contratos com os prestadores de serviços de acordo com a política nacional
 - monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes das transferências fundo a fundo
 - apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar de acordo com a regionalização
18. Em relação à participação do setor privado no Sistema Único de Saúde - SUS, a Lei nº 8080/90 estabelece que:
- é permitido aos serviços privados solicitar uma complementação financeira ao usuário, quando houver defasagem no valor do procedimento
 - o SUS pode recorrer à iniciativa privada, quando suas disponibilidades forem insuficientes para a cobertura da assistência à região
 - entidades cujos administradores tenham cargos comissionados ou de chefia no SUS terão preferência de contratação
 - a participação complementar dos serviços privados poderá ser formalizada mediante indicação de fé pública, nos casos previstos em lei
19. O Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, um dos componentes do Pacto pela Vida (2006), tem como um de seus objetivos:
- a radicalização da descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para estados e municípios
 - a expressão dos compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira
 - a articulação e apoio à mobilização social pelo desenvolvimento da cidadania sanitária
 - a definição do compromisso dos gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde
20. A Lei nº 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Neste âmbito, o Conselho de Saúde é definido como um órgão colegiado composto por representantes:
- dos conselhos de saúde, diretores de unidades e usuários
 - do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários
 - dos prestadores de serviços, formuladores de estratégias de saúde e segmentos minoritários
 - das associações de usuários, entidades de planos de saúde, e associações de saúde suplementar
- ESPECÍFICO DO CARGO/ESPECIALIDADE MÉDICA A QUE CONCORRE**
21. Um lactente de 9 meses do sexo masculino, iniciou febre alta (39°C), vômito e diarreia aquosa explosiva sem sangue. O menino fica na creche e houve outros casos de gastroenterite na turma. A mãe relata 9 episódios de evacuação líquida e 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas, sem diurese há 10 horas. O eletrocardiograma realizado à admissão revelava: depressão do segmento ST, aumento da amplitude de onda U e diminuição da amplitude de ondas T. O distúrbio metabólico responsável pela alteração eletrocardiográfica descrita é:
- hiponatremia
 - hipocalcemia
 - hipopotassemia
 - hipomagnesemia
22. A tuberculose continua sendo um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. O reconhecimento precoce da meningite tuberculosa modifica seu prognóstico. As complicações mais frequentes da meningite tuberculosa são:
- envolvimento de pares cranianos e hidrocefalia
 - surdez neurosensorial e hidrocefalia
 - envolvimento de par craniano e efusão subdural
 - surdez neurosensorial e efusão subdural
23. Uma menina de 3 anos de idade com sepse de foco urinário é transferida para UTI pediátrica após oferta de oxigênio em alto fluxo, ressuscitação volumétrica e início de antibioticoterapia. Na UTI foi realizada a cateterização venosa central, para medida da pressão venosa central (PVC). Os valores (de acordo com a faixa etária) de saturação venosa de oxigênio (SvcO2) e da pressão de perfusão que devem ser mantidos durante o tratamento são:
- manter a SvcO2 >70% e a pressão de perfusão > 55
 - manter a SvcO2 >70% e a pressão de perfusão > 65
 - manter a SvcO2 >60% e a pressão de perfusão > 55
 - manter a SvcO2 >60% e a pressão de perfusão > 65
24. As estratégias corretas para prevenção de pneumonias associadas à ventilação mecânica (VM) são:
- praticar a higiene oral, evitar a abertura dos circuitos para remover a água condensada
 - trocar os circuitos do aparelho de VM com regularidade, elevar a cabeceira do leito
 - evitar a abertura dos circuitos para remover a água condensada, elevar a cabeceira do leito
 - praticar higiene oral e trocar os circuitos do aparelho de VM apenas quando estiverem sujos
25. O carvão ativado deve ser considerado em pacientes que ingeriram quantidade potencialmente tóxica de uma substância. Uma contraindicação para o uso de carvão ativado é:
- intoxicação por anti-histamínicos
 - intoxicação por benzodiazepínicos
 - intoxicação por hidrocarbonetos
 - intoxicação por organofosforados
26. Crianças com mais de 15% de superfície corporal queimada podem evoluir com "choque por queimadura" (*burn shock*), principalmente se não houver intervenção adequada nas primeiras horas após a injúria. No "choque por queimadura", a resistência vascular periférica (RVP), o volume circulante, a pressão média de artéria pulmonar (PMAP) e o débito cardíaco (DC) encontram-se, respectivamente:
- RVP diminuída, normovolemia, PMAP diminuída e baixo débito cardíaco
 - RVP elevada, hipovolemia, PMAP diminuída e baixo débito cardíaco
 - RVP diminuída, normovolemia, PMAP normal e débito cardíaco aumentado
 - RVP elevada, hipovolemia, PMAP normal e débito cardíaco normal
27. Um paciente do sexo masculino, de 4 anos de idade, proveniente da Venezuela, é internado com suspeita de sarampo. Neste caso, é necessário adotar:
- precaução de contato
 - precauções aéreas
 - precauções respiratórias
 - precaução padrão

28. Em pacientes com insuficiência hepática aguda com alto risco de edema cerebral (amônia sérica > 150 mmol/L, encefalopatias graus III/IV e insuficiência renal aguda necessitando de vasopressores), a conduta adequada é:
- hiperventilação
 - induzir hipotermia
 - iniciar barbituratos
 - solução salina hipertônica
29. Lactente de 10 meses do sexo masculino, admitido em insuficiência respiratória, evoluiu com piora clínica e parada cardiorrespiratória. Sobre a ressuscitação cardiorrespiratória a ser instituída, na presença de dois ressuscitadores, é correto afirmar que:
- o diâmetro da cânula traqueal sem balonete deve ser de 3,5mm
 - a relação ventilação/compressão com via aérea avançada deve ser de 15:2
 - a compressão deve ser realizada na metade inferior do esterno
 - na compressão o tórax deve ser comprimido no mínimo 2/3 da distância anteroposterior
30. Em 2012, foram publicadas as diretrizes para a prática clínica Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), estabelecendo-se os critérios de lesão renal aguda em crianças e adultos. O estágio 1 de lesão renal aguda está definido como:
- aumento > 0,3 mg/dL de creatinina, débito urinário < 0,5 mL/kg/h por 6 a 12 horas
 - aumento > 0,5 mg/dL de creatinina, débito urinário < 0,5 mL/kg/h por mais de 12 horas
 - aumento > 0,3 mg/dL de creatinina, débito urinário < 1,0 mL/kg/h por 6 a 12 horas
 - aumento > 0,5 mg/dL de creatinina, débito urinário < 1,0 mL/kg/h por mais de 12 horas
31. A sepse continua sendo causa importante de mortalidade na Pediatria. A sepse grave é definida como sepse associada à disfunção de órgãos. São critérios de disfunção de órgãos:
- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ entre 200-300, Glasgow ≤ 9 , plaquetas < 80.000/mm³
 - $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$, Glasgow ≤ 11 , plaquetas < 100.000/mm³
 - $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$, Glasgow ≤ 11 , plaquetas < 80.000/mm³
 - $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$, Glasgow ≤ 9 , plaquetas < 100.000/mm³
32. Um paciente de 9 anos de idade, do sexo masculino, com história de asma brônquica não controlada e internação prévia em CTI, foi admitido na emergência com asma muito grave. Iniciados salbutamol e corticoterapia. Manteve hipoxemia apesar da utilização de ventilação não invasiva e evoluiu com depressão do sensório, sendo indicada entubação. Os parâmetros iniciais adequados para o paciente são:
- frequência respiratória 15-18 inc/min, volume corrente 8-10 mL/kg, pressão de platô < 30 cmH₂O
 - frequência respiratória 10-12 inc/min, volume corrente 5-6 mL/kg, pressão de platô < 30 cmH₂O
 - frequência respiratória 15-18 inc/min, volume corrente 5-6 mL/kg, pressão de platô < 35 mmH₂O
 - frequência respiratória 10-12 inc/min, volume corrente 8-10 mL/kg, pressão de platô < 35 mmH₂O
33. A organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 0,7% de todas as mortes no mundo, ou mais de 500 mil mortes a cada ano, devem-se a afogamento não intencional. A respeito do afogamento, é correto afirmar que:
- a imobilização da coluna cervical durante o resgate aquático está recomendada
 - os antibióticos profiláticos têm valor reconhecido, reduzindo a chance de pneumonia
 - no afogado inconsciente, iniciar a ventilação ainda dentro da água é a medida mais importante
 - devido às diferenças osmóticas, a aspiração de água salgada ou doce, causa lesões diferentes
34. Um adolescente de 13 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, com traumatismo crânio encefálico (TCE) grave, evoluiu com hipertensão intracraniana. Após garantir via aérea segura e estabilização hemodinâmica, foi inserido cateter para mensurar a pressão intracraniana. Para evitar os efeitos deletérios da solução salina em infusão contínua que será iniciada, deve-se manter:
- osmolaridade sérica < 300 mOsm/L e Na < 150 mEq/L
 - osmolaridade sérica < 300 mOsm e Na < 160 mEq/L
 - osmolaridade sérica < 360 mOsm e Na < 150 mEq/L
 - osmolaridade sérica < 360 mOsm/L e Na < 160 mEq/L
35. A oferta de oxigênio é parte fundamental no tratamento dos pacientes com quadros respiratórios associados à hipoxemia. No que se refere aos dispositivos utilizados para oferta de oxigênio e a fração inspirada de oxigênio (FiO_2) oferecida, é correto afirmar que:
- tenda de Hudson, com fluxo de 10-15 L/min, permite fração inspirada de oxigênio de até 60%
 - oxitenda, com fluxo elevado, permite frações inspiradas de oxigênio de até 60%
 - máscara de reinalação parcial, com fluxo 10-15 L/min, permite frações inspiradas de oxigênio de até 100%
 - máscara não reinalante, com fluxo de 10-15 L/min, permite fração inspirada de oxigênio de até 100%
36. A acidose metabólica pode ser decorrente de três mecanismos: perdas de bases, redução da excreção renal de ácidos e aumento da produção ou ingestão de ácidos. A respeito do uso do bicarbonato, no tratamento da acidose metabólica, pode-se afirmar:
- na acidose metabólica, o bicarbonato é o primeiro a ser corrigido
 - na acidose tubular renal o *anion gap* encontra-se normal
 - o uso do bicarbonato é fundamental no tratamento da acidose láctica
 - na cetoacidose diabética, o *anion gap* encontra-se normal
37. A situação clínica na qual a ventilação **NÃO** invasiva pode ser utilizada é:
- edema agudo de pulmão
 - pneumonia com pneumotócele
 - hemorragia digestiva alta
 - cirurgia recente de estômago

38. Uma criança de 2 anos de idade, raça negra, sexo masculino, com história de diarreia com sangue há 10 dias, evoluiu com anemia, plaquetopenia e oligúria. Os exames laboratoriais revelaram anemia hemolítica microangiopática e presença de esquizócitos na lâmina de sangue periférico. Evoluiu com crise convulsiva e hemiparesia esquerda. A conduta que, iniciada precocemente, pode melhorar o prognóstico neurológico é:
- (A) corticoterapia
 - (B) plasmaférese
 - (C) hiperidratação
 - (D) diálise peritoneal
39. A variável preditiva mais importante no risco de desenvolvimento de edema cerebral, na cetoacidose diabética, é:
- (A) episódio anterior de cetoacidose grave
 - (B) idade, sendo mais comum na faixa etária escolar
 - (C) pressão parcial de gás carbônico (PCO₂) baixa
 - (D) uso de soluções hipertônicas na correção da desidratação
40. Uma paciente de 8 anos de idade, sexo feminino, portadora de tetralogia de Fallot, internada na UTI, evolui com taquicardia significativa (FC=160bpm). Mantém bons pulsos, pressão arterial dentro dos limites da normalidade e perfusão periférica satisfatória. O eletrocardiograma revela alargamento do QRS maior que 90ms, com segmento ST e onda T de polaridade inversa do complexo QRS. O diagnóstico e a conduta correta são, respectivamente:
- (A) taquicardia supraventricular e cardioversão elétrica com 0,5 a 1J/kg
 - (B) taquicardia ventricular e cardioversão elétrica com 1 a 2J/kg
 - (C) taquicardia supraventricular e adenosina 0,1mg/kg
 - (D) taquicardia ventricular e lidocaína 1mg/kg
41. Após o sucesso na reversão da parada cardiorrespiratória de um paciente pediátrico, com o restabelecimento da circulação espontânea, devem ser adotadas medidas que visem minimizar os danos da síndrome pós-parada cardíaca. Dentre elas, pode-se destacar:
- (A) estratégia de hiperóxia, objetivando saturação arterial de oxigênio entre 98-100%, a fim de evitar mais apoptoses neuronais secundárias à hipoxemia
 - (B) evitar hipercapnia, objetivando pressão arterial de CO₂ < 30 mmHg, com a finalidade de prevenir a progressão do edema cerebral pós parada cardíaca
 - (C) prevenir e prontamente tratar os episódios de hipertermia
 - (D) valores de pressão arterial sistólica pouco abaixo do percentil 5 na curva de pressão para idade e sexo nas primeiras horas pós parada cardíaca, não estão associadas com aumento de mortalidade, e são benéficas por reduzir a pós carga ventricular
42. Com relação às arritmias cardíacas na população pediátrica, é correto afirmar que:
- (A) intoxicação exógena é uma possível causa para os bloqueios atrioventriculares
 - (B) nas taquicardias supraventriculares, o complexo QRS encontra-se discretamente alargado, com duração > 0,09 segundos
 - (C) nos casos de taquicardia supraventricular em que o paciente se encontre hemodinamicamente instável, a cardioversão deve ser restrita a pacientes que não tenham boa resposta a terapia com adenosina
 - (D) caso persista bradicardia sinusal sintomática após adequada oxigenação do paciente, a droga a ser administrada de imediato é a atropina
43. Sobre o manejo da criança com via aérea difícil, pode-se afirmar que:
- (A) a passagem de uma máscara laríngea é considerada como via aérea avançada, porém sua inserção não dispensa o laringoscópio
 - (B) o combitube, dispositivo supraglótico disponível para o manejo da via aérea difícil, proporciona uma adequada ventilação apenas quando sua posição é traqueal, tendo que ser reposicionado quando introduzido no esôfago
 - (C) a intubação por videolaringoscopia tem como desvantagem o fato de não possibilitar a intubação de pacientes nas seguintes situações: obesos mórbidos, pacientes em posição sentada, pacientes acordados, coluna cervical imobilizada e pacientes vítimas de politrauma
 - (D) a técnica de intubação retrógrada, permite a inserção de um tubo orotraqueal convencional, facilitando a ventilação e a oxigenação posteriores ao procedimento
44. Paciente masculino, 5 anos de idade, com história de episódios recorrentes de cefaleia, sudorese, palpitações e vômitos nos últimos 6 meses. Há relato de perda importante de peso neste período. Admitido hoje na UTI com quadro súbito de rebaixamento do nível de consciência associado à dispneia. Dentre os achados do exame físico, destacam-se taquicardia de 142 bpm, hipertensão arterial sistêmica grave 192x120 (144) mmHg, ausculta pulmonar com presença de estertores bolhosos difusos, além de hepatomegalia. Com relação às condutas iniciais no manejo das emergências hipertensivas, pode-se afirmar que:
- (A) nas crises adrenérgicas, os medicamentos de escolha são os bloqueadores beta adrenérgicos, pois, além do efeito vasodilatador, induzem o cronotropismo negativo, reduzindo assim o estado hiperdinâmico do paciente
 - (B) nas crises hipertensivas associadas a acidente vascular cerebral, a redução da pressão arterial deve ser moderada, em geral de 10-15% dos valores iniciais, a fim de manter um fluxo sanguíneo cerebral normal
 - (C) nas situações emergenciais em que ocorrem encefalopatia hipertensiva, acidente vascular cerebral ou edema pulmonar, o nitroprussiato de sódio deve ser evitado, pois causa quedas bruscas na pressão arterial do paciente
 - (D) o objetivo de tratamento na crise hipertensiva é a redução rápida e efetiva da pressão arterial, com diminuição de 50-75% nos valores de pressão arterial média nas primeiras oito a doze horas
45. O mecanismo de ação e os efeitos das aminas vasoativas estão corretamente correlacionados na seguinte afirmativa:
- (A) a dobutamina age nos receptores beta adrenérgicos da célula miocárdica e na vasculatura sistêmica, agindo principalmente no cronotropismo cardíaco
 - (B) a adrenalina em doses baixas (< 0,3 µcg/kg/min) age predominantemente nos receptores alfa adrenérgicos da vasculatura sistêmica, causando elevação da pressão arterial
 - (C) a milrinona é um inibidor da fosfodiesterase tipo III e tem excelente efeito inotrópico e vasodilatador
 - (D) a dopamina atua nos receptores dopaminérgicos localizados no coração e vasculatura periférica, com efeitos de inotropismo e cronotropismo positivos e vasodilatação sistêmica

46. A respeito das principais medicações utilizadas para sedoanalgesia em pediatria, pode-se afirmar que:
- o opioide fentanil possui meia vida curta, rápido início de ação e manutenção da estabilidade hemodinâmica, porém é menos potente que a morfina
 - o benzodiazepínico midazolam possui propriedades hipnóticas, ansiolíticas, amnésica e anticonvulsivantes; outra vantagem é ter pouco efeito depressor hemodinâmico
 - a dexmedetomidina é um agonista alfa-2-adrenérgico altamente seletivo, que promove sedação, hipnose, analgesia e ação ansiolítica
 - a cetamina é um agente anestésico dissociativo que pode causar laringoespasma e aumento na quantidade de secreções respiratórias, devendo, portanto, ser evitado nos pacientes com hiper-reatividade brônquica e broncoespasmo
47. A respeito do manejo clínico e as potenciais complicações nos pacientes admitidos na UTI pediátrica em pós-operatório de transplante hepático, pode-se afirmar que:
- apesar da utilização de imunossupressores no pós-operatório, não existe necessidade de profilaxia para infecções virais e fúngicas nos pacientes transplantados de fígado, restringindo-se a profilaxia com antibióticos apenas para as infecções bacterianas
 - o tacrolimus, medicamento comumente utilizado para a imunossupressão de pacientes transplantados, tem como potenciais efeitos colaterais a neurotoxicidade e disfunção renal
 - fístulas biliares são complicações cirúrgicas pouco frequentes, principalmente quando se adotam modalidades como SPLIT e transplante intervivos, porém, quando ocorrem, são complicações tardias do pós operatório e resolvidas em sua maioria com conduta conservadora
 - trombose de artéria hepática é diagnosticada pelo método doppler e costuma se instalar ao longo de semanas no pós-operatório de transplante hepático, usualmente, infusão venosa contínua de heparina não fracionada é adotada para recanalizar a artéria principal e suas colaterais
48. Paciente masculino, 1 ano e 10 meses de idade, admitido hoje na UTI com quadro de febre intermitente, irritabilidade, hepatoesplenomegalia, adenomegalia e rash cutâneo maculopapular difuso há 1 mês. Exame físico de admissão: Prostrado, reage aos estímulos, sem sinais de irritação meníngea, sem déficits neurológicos focais. Micropoliadenomegalia em regiões cervical e inguinal bilateralmente. Presença de rash cutâneo maculopapular difuso. Aparelho respiratório: Ausculta sem alterações. Presença de tiragem intercostal discreta. FR 44 irpm, SatO₂ 92%. Aparelho cardiovascular: Sem alterações. FC 135 bpm, PA 100x50 mmHg, PCP 2 seg. Abdome globoso, fígado palpável a 6cm do rebordo costal direito e baço palpável a 5cm do rebordo costal esquerdo. Exames laboratoriais de admissão relevantes: Hematócrito 20%, hemoglobina 6,5g/dL, leucometria 3000 céls/mm³ (0/3/0/0/4/15/65/13), plaquetas 42000/mm³. PTT 65 segundos, relação PTT 1,8, TAP 26 segundos, INR 2,0, fibrinogênio 40 mg/dL, proteína C reativa 3,0, VHS 30 mm, LDH 1200 U/L, ferritina 800 µg/mL, glicemia sérica 188 mg/dL, colesterol total 150 mg/dL, triglicerídeos 400mg/dL, uréia 30 mg/dL, creatinina 0,5 mg/dL, ácido úrico 4,0 mg/dL, TGO 520 U/L, TGP 380 U/L, fosfatase alcalina 180 U/L, gama GT 220 U/L, bilirubina total 9,8 mg/dL, bilirubina direta 4,5 mg/dL, albumina sérica 2,1 g/dL. Diante dos achados clínicos e laboratoriais, a principal hipótese diagnóstica é:
- doença de Kawasaki
 - febre hemorrágica da dengue
 - síndrome de linfocitose hemofagocítica
 - hepatite fulminante com síndrome de hiper-hemólise
49. Uma das indicações para o uso da ventilação de alta frequência no paciente pediátrico crítico é:
- índice de oxigenação (IO) < 4, apesar da aplicação da ventilação mecânica convencional associada à estratégia protetora pulmonar
 - relação pressão arterial de oxigênio (PaO₂) / fração inspirada de oxigênio (FiO₂) > 300, apesar da aplicação da ventilação mecânica convencional associada à estratégia protetora pulmonar
 - falência ventilatória com pressões de platô de 20 cmH₂O, apesar do uso de hipercapnia permissiva por pelo menos duas horas
 - saturação arterial de oxigênio (SatO₂) < 88% e/ou pressão arterial de oxigênio (PaO₂) < 50 mmHg, em uma fração inspirada de oxigênio (FiO₂) > 0,6, apesar da aplicação da ventilação mecânica convencional associada à estratégia protetora pulmonar
50. Paciente masculino, 2 anos de idade, portador de cardiomiopatia dilatada idiopática e que faz uso regular de furosemida e captopril, é internado na unidade de terapia intensiva por descompensação da insuficiência cardíaca. Encontra-se torporoso, taquicárdico, taquidispneico, e com extremidades mal perfundidas. Sobre o tratamento da insuficiência cardíaca, pode-se afirmar que:
- os vasodilatadores devem ser evitados por potencializarem a hipotensão sistêmica nesses pacientes
 - os betabloqueadores estão contraindicados por causarem redução na força de contração do miocárdio, além de terem efeito negativo no cronotropismo cardíaco
 - a levosimendana, um sensibilizador de cálcio, tem efeitos inotrópicos e vasodilatadores, aumentando a eficiência miocárdica sem aumentar a demanda de oxigênio pelo miocárdio
 - a reposição de L-carnitina tem sido recomendada no tratamento da cardiomiopatia dilatada, principalmente nos casos decorrentes de erro inato do metabolismo
51. A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é uma condição relativamente moderna da terapia intensiva, apresentando recentemente grandes avanços com relação a definição, fisiopatologia e suporte ventilatório. Entretanto, uma terapia farmacológica específica para mudança definitiva no curso da doença ainda é um grande desafio. A respeito das terapias disponíveis atualmente, é correto afirmar que:
- como a lesão pulmonar aguda na SDRA é mediada principalmente por processo inflamatório agressivo, os corticosteroides devem ser utilizados tanto na fase aguda quanto subaguda da SDRA, reduzindo tanto tempo de ventilação quanto o tempo total de internação na UTI pediátrica
 - o uso inalatório de óxido nítrico nos casos de SDRA em pacientes pediátricos fora da faixa neonatal não demonstrou efeitos sobre a resistência vascular pulmonar, e não altera o desequilíbrio entre a relação V/Q
 - a administração de surfactante exógeno pode ser utilizada em pacientes pediátricos com SDRA como terapia de resgate, principalmente nos pacientes hipoxêmicos refratários a estratégias protetoras de ventilação pulmonar mecânica
 - o uso de vasodilatadores pulmonares e sistêmicos, como as prostaglandinas, prostaciclina, hidralazina e nitroprussiato de sódio, têm demonstrado efeitos benéficos promissores na otimização da relação V/Q

52. As unidades de terapia intensiva são setores de grande incorporação tecnológica e têm como objetivo principal promover assistência qualificada, visando alcançar melhores resultados e melhor evolução para as crianças criticamente enfermas. Um dos recursos disponíveis é o sistema de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), utilizado nos casos em que a terapia convencional não reverteu os quadros de insuficiência respiratória e/ou cardíaca. Na falência pulmonar, é indicada a ECMO nos casos de:
- uso de ventilação mecânica por mais de 7 dias com $\text{FiO}_2 > 80\%$ ou com altas pressões ($\text{PEEP} > 30 \text{ cmH}_2\text{O}$ e pressão de admissão $> 45 \text{ cmH}_2\text{O}$), em pacientes com insuficiência respiratória aguda potencialmente reversível
 - hipercapnia permissiva, com pH de 7,2, mesmo após manobras de recrutamento alveolar e otimização das pressões de admissão e PEEP, em pacientes com insuficiência respiratória aguda potencialmente reversível
 - necessidade de aumentos progressivos nas pressões inspiratórias, com *driving pressure* $\leq 15 \text{ cmH}_2\text{O}$ e pressão de platô $\leq 35 \text{ cmH}_2\text{O}$, em pacientes com insuficiência respiratória aguda potencialmente reversível
 - hipoxemia grave (relação pressão arterial de oxigênio/fração inspirada de oxigênio $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 80 \text{ mmHg}$), apesar de altas PEEP e utilização de terapias de resgate, em pacientes com insuficiência respiratória aguda potencialmente reversível
53. Paciente masculino, 13 anos de idade, admitido em Unidade de Terapia Intensiva com quadro de pneumonia comunitária grave, complicando com insuficiência respiratória e choque séptico. O paciente já se encontra em ventilação mecânica invasiva, recebe infusão venosa contínua de noradrenalina, sedado com Midazolam e fentanil, em uso de antibioticoterapia intravenosa há 24h com cefepima e vancomicina. Dentre os parâmetros laboratoriais, destacam-se: hematócrito 34%; hemoglobina 11,0 g/dL; leucometria 32000 céls/mm³; plaquetas 102000/mm³; gasometria arterial: pH 7,25 / pCO_2 50 / pO_2 98 / HCO_3 18,0 / BE-4,5 / SatO_2 92%; uréia sérica 50 mg/dL; creatinina sérica 0,3 mg/dL; sódio sérico 145 mEq/L; potássio sérico 4,2 mEq/L; cálcio total sérico 8,0 mg/dL; glicemia sérica 320 mg/dL. O paciente encontra-se com monitorização hemodinâmica invasiva, e durante sua avaliação os seguintes parâmetros de monitorização, sinais vitais e dados do exame físico foram verificados: frequência cardíaca 125 bpm; pressão arterial invasiva = 89x40 (56) mmHg; tempo de perfusão capilar periférica de 1 seg, com extremidades vasodilatadas; saturação venosa central de $\text{O}_2 = 65\%$; débito cardíaco 3,5 L/min/m²; pressão venosa central de 5 mmHg; índice de resistência vascular sistêmica = 400 dynes.sec/cm⁵/m². A melhor conduta, neste momento, é:
- titular aumento do vasopressor e realizar prova de volume intravenoso
 - iniciar amina com ação inodilatadora e ajustar parâmetros ventilatórios
 - fazer transfusão de concentrado de hemácias, correção intravenosa de bicarbonato e expansão venosa com coloides
 - coletar novas culturas de material biológico, ampliar esquema antimicrobiano com um carbapenêmico e iniciar correção intravenosa com bicarbonato
54. A respeito da ressuscitação cardiopulmonar no paciente pediátrico, pode-se afirmar que:
- após a última atualização do *guideline* para ressuscitação cardiopulmonar da *American Heart Association*, o bicarbonato de sódio passou a ser medicamento regular utilizado em todos os cenários de assistência à parada cardiorrespiratória
 - em pacientes pediátricos, a carga elétrica inicial utilizada na desfibrilação é de 2J/kg, e as desfibrilações subsequentes devem limitar-se à carga de 4J/kg
 - durante a ressuscitação cardiopulmonar de um paciente que não possua a via intravenosa disponível para a administração de medicações, a via endotraqueal será a escolha mais adequada e rápida
 - a lidocaína é uma alternativa equivalente à amiodarona na parada cardiorrespiratória que se apresente com os ritmos de fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso
55. Com relação à ventilação mecânica nos pacientes pediátricos com quadro de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), pode-se afirmar que:
- os modos ventilatórios controlados devem ser utilizados, pelo menos de 48h a 72h iniciais de ventilação dos pacientes com SDRA moderada/grave, e a ventilação não invasiva deve ser evitada, mesmo nos casos de SDRA leve
 - objetiva-se ventilar o paciente com volume corrente $\leq 6 \text{ mL/kg}$, pressão de distensão (*driving-pressure*) $\leq 15 \text{ cmH}_2\text{O}$ e pressão de platô $\leq 30 \text{ cmH}_2\text{O}$
 - apesar de ser uma estratégia ventilatória para os pacientes com hipercapnia severa, a posição prona deve ser evitada em pacientes que apresentem relação de pressão arterial O_2 / fração inspirada de $\text{O}_2 < 150$
 - hipoxemia deve ser evitada a todo custo, com o objetivo de melhorar a relação de pressão arterial O_2 / fração inspirada de O_2 ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) do paciente. Para isto, deve-se utilizar a menor fração inspirada de O_2 (FiO_2) possível para manter uma saturação arterial de O_2 (SatO_2) acima de 95%
56. A respeito dos modos convencionais de ventilação mecânica invasiva utilizados em pediatria, pode-se afirmar:
- o modo SIMV (ventilação mandatória intermitente sincronizada) é muito útil no processo de desmame ventilatório de pacientes pediátricos. Os ciclos controlados deste modo podem ser ciclados a volume (SIMV-V) ou limitados à pressão (SIMV-P), e os ciclos espontâneos estão associados a PSV
 - o modo pressão de suporte (PSV) é o preferencial durante a ventilação mecânica espontânea e deve ser utilizado o mais precocemente possível, de acordo com o quadro clínico do paciente. É disparado pelo paciente (fluxo ou pressão), e clicado a fluxo
 - durante a ventilação mecânica no modo com controle de pressão (PCV), o disparo do ventilador ocorre a tempo, sendo ciclado quando a pressão ajustada é alcançada
 - durante a ventilação mecânica no modo com controle de volume (VCV), o disparo pode ocorrer a fluxo ou tempo, sendo ciclado apenas a tempo

57. Paciente masculino, 12 anos de idade, admitido na UTI pediátrica em pós-operatório de artrodese de coluna toracolombar. Retornou do centro cirúrgico em prótese ventilatória, recebendo *dripping* de noradrenalina. Anestesiista relatou que, na última hora de cirurgia, o paciente evoluiu com aumento da temperatura corporal, taquicardia sinusal importante, taquipneia, sudorese, rigidez muscular generalizada, pele marmórea, midríase e acrocianose. Recebeu durante ato operatório anestesia venoinalatória com sevoflurano, propofol, fentanil, succinilcolina, além de cefazolina, dexametasona e transfusão de dois concentrados de hemácias. À admissão apresentava temperatura axilar de 40°C, monitor de capnografia registrando CO₂ expirado de 70 mmHg, urina de coloração escura. Dentre os exames laboratoriais de admissão, destacavam-se: hematócrito 25%; hemoglobina 8,2 g/dL; plaquetas de 160000/mm³; gasometria com pH 7,15 / pCO₂ 70 / pO₂ 85 / HCO₃ 15,2 / BE – 9,0 / SatO₂ 89%; potássio sérico 6,2 mEq/L; creatinafosfocinase 25000 UI. A principal hipótese diagnóstica e a medicação a ser iniciada são:
- (A) hipertemia maligna / dantrole sódico
 - (B) crise de hemólise / metilprednisolona
 - (C) TRALI / metilprednisolona
 - (D) anafilaxia / adrenalina
58. Considerando as medidas utilizadas na profilaxia e tratamento de um paciente oncológico com risco de desenvolver a síndrome de lise tumoral, é correto afirmar que:
- (A) alcalinização urinária é uma medida útil e recomendada de rotina para a redução dos níveis de ácido úrico
 - (B) rasburicase é o medicamento de escolha nos casos de hiperuricemia, transformando o ácido úrico em alantoína, subproduto com alta solubilidade urinária
 - (C) medidas tradicionais utilizadas na hipercalemia, tais como uso de resina de troca e glicoinsulinoaterapia, são pouco efetivas na síndrome de lise tumoral, sendo frequentemente utilizada a terapia de substituição renal
 - (D) reposição de cálcio está indicada para todos os pacientes com hipocalcemia, independentemente da ocorrência de sintomas
59. No que se refere ao tratamento do paciente pediátrico vítima de afogamento, é correto afirmar que:
- (A) antibióticos profiláticos, principalmente nos casos de acidente por afogamento em água doce, devem ser iniciados de rotina e mantidos, pelo menos, nos primeiros 5 dias de ventilação mecânica invasiva
 - (B) a utilização de hipercapnia permissiva durante a ventilação de pacientes vítimas de afogamento, principalmente nos casos graves (grau 6), deve ser medida adotada de rotina
 - (C) as reposições volêmicas iniciais devem ser realizadas com coloides, já que uma complicação corriqueira no paciente vítima de afogamento é alteração oncótica do plasma
 - (D) pneumotórax é uma complicação comum, secundária à ventilação com pressão positiva em áreas de hiperinsuflação
60. Está corretamente indicada a relação entre o achado laboratorial e a fisiopatologia envolvida nas alterações encontradas na coagulação intravascular disseminada (CIVD) na seguinte alternativa:
- (A) contagem total de plaquetas baixa / diminuição da produção medular
 - (B) tempo de protrombina alargado / disfunção da síntese hepática
 - (C) nível de fibrinogênio sérico baixo / consumo de fator II
 - (D) tempo de tromboplastina parcial prolongado / produtos da degradação da fibrina