

HCFAMEMA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

CONCURSO PÚBLICO

027. PROVA OBJETIVA

MÉDICO I

ESPECIALIDADE: MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- ◆ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição deste caderno.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas e 30 minutos do tempo de duração da prova.
- ◆ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato

RG

Inscrição

Prédio

Sala

Carteira

01. Leia a tira.



(Mort Walker, *Recruta Zero*. <https://cultura.estadao.com.br/quadrinhos>, 16.02.2025)

Considerando-se os aspectos verbais e não verbais da tira, conclui-se corretamente que a expressão “a gota d’água”, composta de termos empregados em sentido

- (A) figurado, faz referência à informação “tonteiras, náuseas, dor” e desencadeou uma reação de descuido do personagem com a própria saúde.
- (B) próprio, faz referência à informação “os efeitos colaterais deste remédio” e desencadeou uma reação de precaução do personagem.
- (C) figurado, faz referência à informação “perda de argumentos com sua esposa” e desencadeou uma reação de discordância e raiva no personagem.
- (D) próprio, faz referência à informação “perda de audição, falta de ar e perda de argumentos” e desencadeou uma reação alarmista do personagem.
- (E) figurado, faz referência à informação “sua esposa” e desencadeou uma reação de saudosismo e preocupação do personagem com a esposa.

Leia o texto a seguir para responder às questões de 02 a 05:

Especialização médica a distância

Uma pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB) sobre cursos de especialização *lato sensu* em Medicina acende um alerta sobre a formação desses profissionais. Embora o título de especialista em determinada área seja condicionado à realização de Residência Médica, há franco crescimento de especializações que prometem o que não podem cumprir.

Segundo o levantamento, são quase 2 mil cursos de especialização em Medicina, sobretudo em instituições particulares. Mas 41% deles, ou 800, são promovidos na modalidade de ensino a distância (EAD) e 11%, ou 216, na semi-presencial. Menos da metade, ou 927 cursos, é presencial.

Essa formação alternativa se impõe por vários motivos. Um deles é que o número de vagas em Residências, que são reconhecidas pelas Sociedades Médicas das áreas, é inferior ao de médicos formados no País. Em 2022, formaram-se 25,5 mil médicos nas faculdades do Brasil afora, mas havia apenas 16 mil vagas em Residências. A esse fenômeno se deu o nome de “déficit de oportunidades”.

Se faltam oportunidades nas Residências, sobram nas especializações. Esses cursos são mais curtos e demandam menos recursos. Enquanto uma Residência exige a estrutura de um hospital de ensino, com a presença de preceptores e supervisores, com formação teórica e prática ao longo de até 2,8 mil horas, a serem concluídas entre dois e cinco anos, uma especialização pode ser realizada em 360 horas.

Portanto, investimentos são necessários nas estruturas das Residências, e o valor da bolsa demanda incremento, haja vista que a contrapartida financeira é fundamental para atrair bons residentes. Assim, conciliam-se interesses de mercado e os interesses sociais. Sem médicos devidamente especializados e qualificados, é a população quem padece.

(Opinião. <https://www.estadao.com.br/opiniao>, 06.02.2025. Adaptado)

02. De acordo com o editorial, uma das razões que justifica o aumento de cursos de especialização em Medicina a distância é

- (A) a expectativa de obtenção do título de especialista, pois a legislação exige que ele seja obtido prioritariamente nessa modalidade de ensino.
- (B) o valor da bolsa, que normalmente é maior do que aquelas pagas aos alunos dos cursos semipresenciais e presenciais.
- (C) a organização curricular, pois eles são ministrados com carga horária maior que os presenciais, embora renunciem a preceptores e supervisores.
- (D) o saldo negativo do número de vagas para residentes, quando se consideram as reconhecidas pelas Sociedades Médicas das áreas.
- (E) o perfil da população brasileira, que padece sem médicos bem formados e com a devida especialização e qualificação.

- 03.** Na passagem do último parágrafo – Portanto, investimentos são necessários nas estruturas das Residências, e o valor da bolsa demanda incremento... –, o antônimo de “necessários” e o sinônimo de “incremento” são, correta e respectivamente:
- (A) essenciais; reajuste.
 (B) prescindíveis; aumento.
 (C) dispensáveis; revisão.
 (D) precípuos; controle.
 (E) inevitáveis; manutenção.
- 04.** Assinale a alternativa que atende à norma-padrão de regência verbal e emprego de pronome.
- (A) Muitos anseiam por uma especialização e optam por realizá-la na modalidade a distância. Esquecem-se de que muitas delas prometem o que não podem cumprir.
 (B) Muitos anseiam a uma especialização e optam de realizar-lhe na modalidade a distância. Esquecem-se que muitas delas prometem o que não podem cumprir.
 (C) Muitos anseiam em uma especialização e optam em realizar ela na modalidade a distância. Esquecem de que muitas delas prometem o que não podem cumprir.
 (D) Muitos anseiam a uma especialização e optam por realizá-la na modalidade a distância. Esquecem de que muitas delas prometem o que não podem cumprir.
 (E) Muitos anseiam por uma especialização e optam em realizar-lhe na modalidade a distância. Esquecem-se que muitas delas prometem o que não podem cumprir.
- 05.** Em conformidade com a norma-padrão, a passagem – Em 2022, formaram-se 25,5 mil médicos nas faculdades do Brasil afora, mas havia apenas 16 mil vagas em Residências. (3º parágrafo) – admite a reescrita:
- (A) Formou-se em 2022 o total de 25,5 mil médicos nas faculdades do Brasil afora, conforme estava disponível apenas 16 mil vagas em Residências.
 (B) Se formaram, em 2022, o total de 25,5 mil médicos nas faculdades do Brasil afora, ainda que tinha apenas 16 mil vagas disponível em Residências.
 (C) Se formou em 2022, o total de 25,5 médicos nas faculdades do Brasil afora, uma vez que constavam apenas 16 mil vagas disponíveis em Residências.
 (D) Formaram-se em 2022, o total de 25,5 mil médicos nas faculdades do Brasil afora, portanto existiam apenas 16 mil vagas disponível em Residências.
 (E) Formou-se, em 2022, o total de 25,5 mil médicos nas faculdades do Brasil afora, entretanto apenas 16 mil vagas em Residências estavam disponíveis.
- 06.** Certa medicação, de aplicação intravenosa, deve ser diluída na razão de 0,0025 g de medicação por mL de soro. Cláudio diluiu 30 mg da medicação em 10 mL de soro.
- Ao perceber o equívoco de Cláudio, seu colega recomendou, corretamente, que, a fim de corrigir a diluição, à mistura fosse(m) acrescentado(s), de soro,
- (A) 0,5 mL.
 (B) 1,0 mL.
 (C) 1,5 mL.
 (D) 2,0 mL.
 (E) 2,5 mL.
- 07.** Um estudo estatístico determinou os números de mortes por doenças infecciosas, durante o ano de 2024, registradas em quatro municípios, A, B, C e D. De acordo com esse estudo, os números de mortes registradas nos municípios B, C e D, quando comparados com o número de mortes registradas no município A, foram, respectivamente, 5%, 10% e 15% maiores. Além disso, verificou-se que a média aritmética simples das mortes registradas nesses quatro municípios foi igual a 215.
- Com base nessas informações, é correto concluir que o número de mortes registradas no município A é um número inteiro cuja soma de seus algarismos é igual a
- (A) 2.
 (B) 3.
 (C) 4.
 (D) 5.
 (E) 6.
- 08.** Em um laboratório farmacêutico, onde certo medicamento está sendo produzido, 2 máquinas, operando juntas e ininterruptamente, produzem x comprimidos em 45 minutos. Operando com uma máquina a mais, todas juntas e ininterruptamente, e durante o dobro do tempo, seriam produzidas 3.600 cápsulas a mais do que na situação anterior.
- Com base nessas informações, pode-se concluir corretamente que x é igual a
- (A) 1.200.
 (B) 1.400.
 (C) 1.500.
 (D) 1.600.
 (E) 1.800.

09. Em um armário com medicamentos, havia 5 caixas do medicamento X, 4 do medicamento Y e 3 do medicamento Z, totalizando 143 gramas de medicamento no interior do armário. No início do expediente, foram retiradas, desse armário, 2 caixas do medicamento X e 2 do medicamento Y, passando com isso a haver 99 gramas de medicamento no interior do armário. Algum tempo depois disso, foram retiradas 1 caixa do medicamento X, 1 do medicamento Y e 1 do medicamento Z, e assim, restaram 62 gramas de medicamento no interior do armário.

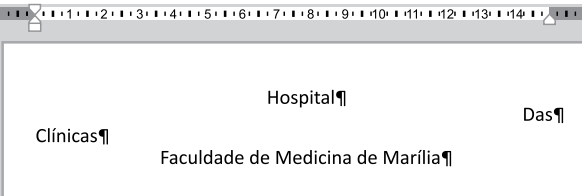
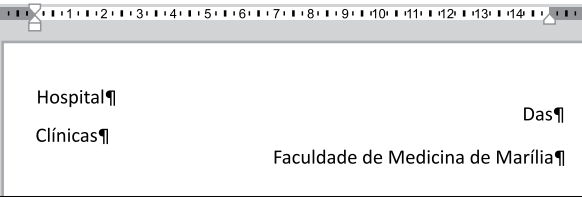
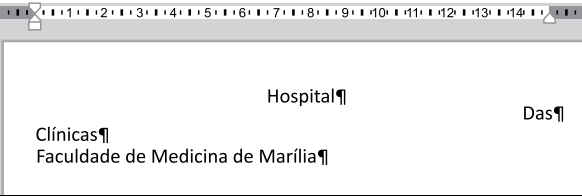
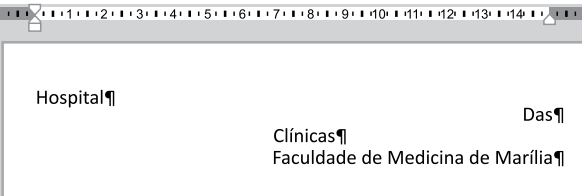
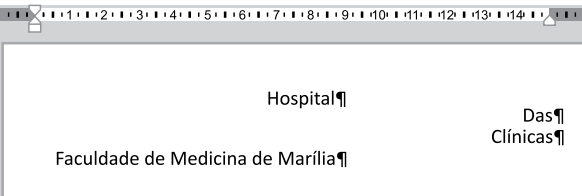
A massa de medicamento de cada caixa do medicamento Z é, então, igual a

- (A) 16 gramas.
 - (B) 15 gramas.
 - (C) 14 gramas.
 - (D) 12 gramas.
 - (E) 10 gramas.
10. O projeto para a sala de triagem de um posto de atendimento médico tinha, em sua primeira versão, a forma de um quadrado. Vislumbrou-se, porém, que essa versão não atenderia adequadamente a demanda de pacientes, e assim, o projeto foi modificado, sendo que, na segunda versão, em forma retangular e com o dobro da área da versão anterior, a largura representou um aumento de 0,5 metro em relação ao lado da primeira versão, e o comprimento, um aumento de 80% em relação ao lado da primeira versão.
- De acordo com a segunda versão do projeto, o perímetro da sala passou, então, a medir
- (A) 13,1 m.
 - (B) 20,25 m.
 - (C) 26,2 m.
 - (D) 32,0 m.
 - (E) 40,5 m.

11. No MS-Windows 10, em sua configuração padrão, quando um usuário acessa com frequência uma pasta e deseja tornar o acesso a tal pasta mais rápido, pode usar o recurso “Acesso rápido” e, para isso, deve navegar até a pasta desejada, clicar com o botão secundário do mouse sobre ela e escolher, no menu de contexto que se abre, a opção
- (A) Marcar com prioridade.
 - (B) Marcar como acessível.
 - (C) Marcar como Acesso rápido.
 - (D) Adicionar ao Acesso rápido.
 - (E) Fixar no Acesso rápido.

12. Um agente técnico, por meio do MS-Word 2016, em sua configuração padrão, preparou 4 parágrafos e formatou cada um dos 4 com um tipo de alinhamento de parágrafo.

Assinale a alternativa cuja aparência está de acordo com 4 parágrafos alinhados com 4 tipos diferentes de alinhamento de parágrafo, conforme citado no enunciado.

- (A) 
- (B) 
- (C) 
- (D) 
- (E) 

13. A planilha a seguir foi elaborada por um agente técnico por meio do MS-Excel 2016, em sua configuração padrão.

	A	B	C	D
1	1	B	3	5
2	2	4	2	3
3	3	3	3	2
4	4	2	A	1
5				

Após digitar a planilha exibida, o agente preencheu a fórmula =CONT.NÚM(A1:D4;B4:D4) na célula A5.

Assinale a alternativa que apresenta o valor retornado pela fórmula, conforme os valores exibidos na planilha.

- (A) 16
- (B) 14
- (C) 13
- (D) 5
- (E) 4

14. A imagem a seguir apresenta dois efeitos de _____ disponíveis no MS-PowerPoint 2016, em sua configuração padrão.



Assinale a alternativa que preenche corretamente a lacuna do enunciado.

- (A) Animação
- (B) Transição
- (C) Apresentação de Slides
- (D) Fontes
- (E) Design

15. Um colega de trabalho de um agente técnico não tem mais o e-mail que recebeu a respeito de um arquivo do Google Drive compartilhado com ele. Então, o agente acessou o Google Drive e, nas opções do arquivo deseja escolher o ícone para copiar o link do arquivo para enviar novamente ao colega de trabalho.

Assinale a alternativa que apresenta o ícone do Google Drive, em sua configuração padrão, cuja função é copiar o link.

- (A)
- (B)
- (C)
- (D)
- (E)

- 16.** O câncer de mama é a principal causa de morte por câncer em mulheres no Brasil. As estratégias de enfrentamento da doença variam desde medidas de promoção da saúde até a prevenção em seus diferentes níveis.

Em relação ao rastreamento do câncer de mama, qual das estratégias a seguir representa corretamente a prevenção quaternária?

- (A) Incentivar campanhas para que todas as mulheres, independentemente da idade e fatores de risco, realizem mamografia anualmente, garantindo a detecção precoce do câncer de mama.
- (B) Ampliar o acesso a cirurgias oncológicas e tratamentos de radioterapia para mulheres diagnosticadas com câncer de mama, reduzindo complicações e melhorando a sobrevida.
- (C) Promover políticas públicas que incentivem a adoção de alimentação equilibrada e prática de exercícios físicos, para reduzir o risco do desenvolvimento do câncer de mama.
- (D) Realizar o rastreamento por mamografia em mulheres dentro da faixa etária recomendada e com fatores de risco relevantes, evitando possíveis iatrogenias associadas ao sobrediagnóstico.
- (E) Reforçar a importância do autoexame das mamas como estratégia de prevenção, garantindo que a própria mulher identifique precocemente quaisquer alterações e busque assistência à saúde.

- 17.** Luiza, uma mulher de 35 anos, foi recentemente diagnosticada com diabetes tipo 2. Ela apresenta sobrepeso, histórico familiar da doença e mora em um bairro de baixa renda. Para se sustentar, trabalha em dois empregos de meio período e não possui plano de saúde. Seu bairro tem infraestrutura precária, com poucas calçadas adequadas e áreas verdes. Além disso, seus familiares têm rotinas atarefadas, e ela tem poucos amigos na região.

Qual das seguintes estratégias seria mais adequada para um profissional de saúde adotar, levando em conta os determinantes sociais que afetam a condição de Luiza?

- (A) Prescrever imediatamente insulina e exigir controle rigoroso dos níveis glicêmicos, enfatizando a necessidade de disciplina no uso da medicação.
- (B) Recomendar a prática de exercícios físicos diários e uma dieta baseada em alimentos orgânicos e de alto valor nutricional.
- (C) Criar um plano de cuidado personalizado que considere suas limitações financeiras, de tempo e de contexto de vida.
- (D) Focar no aconselhamento individual sobre mudanças de hábitos, enfatizando a responsabilidade pessoal de Luiza sobre sua saúde.
- (E) Solicitar exames laboratoriais frequentes para monitoramento da glicemia e estabelecer metas rígidas para o controle glicêmico.

- 18.** A construção e a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) dependem de um arcabouço jurídico robusto que assegure seus princípios e diretrizes.

Nesse contexto, qual das alternativas a seguir representa corretamente um dos pilares fundamentais da efetivação do SUS, conforme estabelecido nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990?

- (A) A criação de um sistema de saúde universal baseado exclusivamente na prestação de serviços pelo setor público, com o Estado atuando na regulação dos serviços públicos e privados.
- (B) Modelo de financiamento do SUS centralizado no governo federal, com participação dos estados e municípios na definição da distribuição dos recursos sem a necessidade de cofinanciamento.
- (C) A definição de mecanismos de participação social na formulação e no controle das políticas públicas de saúde por meio da atuação dos Conselhos e Conferências de Saúde.
- (D) A garantia de acesso à assistência gratuita nos serviços de saúde do SUS para a população economicamente vulnerável e de políticas de promoção e prevenção à saúde de forma universal.
- (E) A implementação de um sistema de referência e contrarreferência no qual o acesso aos serviços especializados só pode ocorrer após atendimento em unidades de atenção primária.

19. Carlos, um homem de 55 anos, é acompanhado há três anos na Unidade Básica de Saúde do seu bairro. Ele possui hipertensão arterial controlada e dislipidemia, além de histórico familiar de infarto do miocárdio. No último ano, o médico da equipe de Estratégia da Saúde da Família ajustou sua medicação e reforçou orientações sobre alimentação e atividade física. Apesar das orientações, Carlos tem relatado dificuldade em manter a dieta prescrita devido ao custo elevado de alimentos saudáveis e também por estar em período tumultuado em seu emprego, com grande sobrecarga de trabalho e pouco tempo livre disponível. Em sua última consulta, mencionou episódios esporádicos de dor torácica leve, com duração de minutos, sem outros sintomas associados e solicitou encaminhamento ao cardiologista. O médico decidiu realizar uma investigação inicial na própria UBS com exames e avaliação de risco cardiovascular, antes de decidir sobre o encaminhamento ao especialista.

Com base nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), assinale a alternativa que melhor reflete a abordagem adotada pelo médico.

- (A) O profissional de saúde está aplicando o princípio da coordenação do cuidado, pois busca realizar uma avaliação inicial e organizar o percurso do paciente nos diferentes níveis do sistema, evitando encaminhamentos desnecessários.
- (B) O médico deveria ter encaminhado Carlos ao cardiologista nesta consulta, pois a APS não tem a função de realizar investigações diagnósticas especializadas, devendo referenciar casos suspeitos para o nível de atenção especializada.
- (C) A dificuldade de Carlos em manter hábitos saudáveis justifica seu encaminhamento precoce ao especialista, uma vez que a atenção primária tem pouco a contribuir diante de barreiras sociais e econômicas enfrentadas pelo paciente.
- (D) A decisão do médico de postergar o encaminhamento ao cardiologista limita o seu direito de escolha e compromete o princípio do acesso do paciente ao atendimento na atenção especializada, atrasando um diagnóstico potencialmente grave.
- (E) A função da APS limita-se a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, devendo ser seu papel sempre encaminhar pacientes com queixas clínicas complexas para os níveis mais adequados a esse tipo de atendimento.

20. Carla, 32 anos, está grávida de 26 semanas e foi diagnosticada com diabetes gestacional. Ela é acompanhada na Unidade Básica de Saúde, mas enfrenta dificuldades para acessar serviços especializados e realizar exames complementares devido à demora no agendamento. A equipe da APS identificou desafios na adesão às recomendações alimentares e na prática de atividades físicas.

Com base nos princípios das Redes de Atenção à Saúde e da Linha de Cuidado para Diabetes Gestacional, assinale a alternativa que apresenta a melhor estratégia para garantir um atendimento integral à Carla.

- (A) Integrar a equipe multiprofissional da APS no acompanhamento da gestante, garantindo acesso a orientações nutricionais, suporte para atividade física e encaminhamento prioritário para o pré-natal de alto risco, quando necessário.
- (B) Encaminhar Carla diretamente para acompanhamento especializado em endocrinologia e obstetrícia de alto risco, sem necessidade de monitoramento contínuo pela equipe da APS por se tratar de caso de alta complexidade.
- (C) Construir protocolos assistenciais e fluxos bem definidos entre os diferentes níveis de atenção personalizados para o caso de Carla, garantindo que a gestante receba o atendimento adequado no tempo certo.
- (D) Ampliar a articulação entre os serviços de saúde de diferentes níveis de atenção e fortalecer a comunicação entre os profissionais por meio de registros eletrônicos integrados entre a APS e os serviços especializados.
- (E) Priorizar a regulação do acesso ao serviço especializado, pois garantir o encaminhamento rápido para o pré-natal de alto risco é o principal fator de sucesso na linha de cuidado do diabetes gestacional.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

21. Durante a ressuscitação cardiopulmonar em uma criança com ritmo chocável, qual é a sequência recomendada de ações após a primeira desfibrilação, incluindo o uso de medicamentos, conforme as diretrizes da American Heart Association de 2020?

- (A) Continuar com compressões torácicas por dois minutos antes de realizar nova desfibrilação e, na sequência, administrar amiodarona.
- (B) Realizar ventilação de resgate por um minuto, depois administrar epinefrina e continuar as compressões torácicas.
- (C) Administrar epinefrina imediatamente após a desfibrilação, seguida por compressões torácicas por dois minutos.
- (D) Continuar com compressões torácicas por dois minutos, avaliar ritmo cardíaco e, se o ritmo for chocável, realizar nova desfibrilação, voltar a administrar compressões e então administrar a primeira dose de epinefrina.
- (E) Reavaliar o ritmo cardíaco imediatamente após a desfibrilação e administrar amiodarona ou lidocaína antes de iniciar uma nova rodada de compressões.

22. Um bebê de 1 mês de vida, internado na unidade de terapia intensiva por uma bronquiolite desencadeada pelo vírus sincicial respiratório, está no quarto dia de evolução da doença, recebendo nebulização de oxigênio. O médico é chamado pela enfermagem para avaliá-lo, pois o paciente se encontra muito cansado. Ao entrar no leito, o médico encontra o bebê sonolento, com respiração lenta (uma respiração a cada doze segundos) e cianótico. No monitor cardíaco, a frequência cardíaca é de 51, e a saturação não mostra nenhum valor.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente a conduta a ser tomada de forma imediata.

- (A) Iniciar RCP de alta qualidade com uma relação de compressão/ventilação de 15:2, pois a frequência cardíaca está abaixo de 60.
- (B) Checar pulso e, se presente, iniciar ventilação com pressão positiva após assegurar que via aérea está pérvia.
- (C) Obter um acesso venoso e administrar epinefrina imediatamente.
- (D) Iniciar RCP de alta qualidade e administrar atropina assim que for obtido o acesso venoso.
- (E) Iniciar RCP de alta qualidade com uma relação de compressão/ventilação de 30:2, pois a frequência cardíaca está abaixo de 60.

23. O escore de Phoenix é uma ferramenta utilizada para avaliar a gravidade do choque séptico em pacientes pediátricos.

Assinale a alternativa que descreve corretamente um valor avaliado por esse escore e sua possível implicação clínica.

- (A) O escore de Phoenix avalia apenas parâmetros hemodinâmicos, como pressão arterial média, excluindo fatores como função renal e perfusão tecidual, o que limita sua aplicabilidade clínica em ambientes de terapia intensiva pediátrica.
- (B) Um aumento do escore de Phoenix está associado a uma menor probabilidade de mortalidade, sugerindo que a intervenção precoce e eficaz é menos crítica em estágios iniciais do choque séptico.
- (C) Níveis elevados de lactato sérico, que podem indicar hipoperfusão tecidual, são considerados no escore de Phoenix, sendo um marcador relevante para a estratificação de risco das crianças com choque séptico.
- (D) O escore de Phoenix utiliza exclusivamente marcadores inflamatórios, como a proteína C-reativa (PCR), para calcular a gravidade, ignorando variáveis clínicas, como a frequência respiratória ou o tempo de enchimento capilar.
- (E) A principal limitação do escore de Phoenix é a sua incapacidade de prever complicações secundárias ao choque séptico, como insuficiência multiorgânica, reduzindo sua utilidade na tomada de decisões clínicas.

24. Uma criança de 11 anos deu entrada no pronto-socorro com cefaleia e dor torácica associadas à temperatura de 38,5 °C. Clinicamente, apresentava uma ausculta com diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda, tempo de enchimento capilar de 4 segundos e pressão arterial de 90 x 55. Foi puncionado acesso venoso, foram iniciadas expansões volêmicas de 20 mL/kg por duas vezes no pronto-socorro, e a criança foi encaminhada para a UTI. Foram solicitados exames laboratoriais e raio-X de tórax (figura a seguir). Na entrada na UTI, constatou-se PA igual a 66 x 40.

Hemograma: Hb: 14,3; Ht: 42,5; leucócitos: 9.500 (3 metamielócitos; 7 bastonetes; 73 segmentados; 1 eosinófilo; 0 basófilo; 14 linfócitos; 2 monócitos); plaquetas: 200.000; PCR: 13,9 mg/dL (normal: abaixo de 0,5 mg/dL); TGO: 15; TGP: 15; CPK: 64; D-dímero: 226; troponina T de alta sensibilidade: 7,27 ng/L (normal: inferior a 14 ng/L).



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com relação à hipótese diagnóstica, à conduta realizada no pronto-socorro (PS) e à conduta a ser realizada na UTI, assinale a alternativa correta.

- (A) Diagnóstico: sepse e provável choque séptico, tanto pelos critérios da American Heart Association (AHA) e do Suporte Avançado de Vida em Pediatria como pelo escore de Phoenix (2024); meningite evidenciada pela presença de cefaleia e febre, além de radiografia de tórax praticamente normal. Condução: no PS, o líquido deveria ter sido coletado, bem como deveria ter sido iniciado antibiótico; na UTI, deve ser iniciado corticoide pela refratariedade ao volume.
- (B) Diagnóstico: choque, pelos critérios da American Heart Association (AHA) e do Suporte Avançado de Vida em Pediatria, mas não pelos critérios de sepse ou choque séptico do escore de Phoenix (2024). Condução: no PS, deveria ter sido aberto protocolo de sepse por infecção de origem pulmonar e deveriam ter sido coletados lactato e gasometria, além de ter sido iniciado antibiótico; na UTI, deve-se passar cateter venoso central e iniciar adrenalina contínua.
- (C) Diagnóstico: sepse e provável choque séptico, tanto pelos critérios da American Heart Association (AHA) e do Suporte Avançado de Vida em Pediatria como pelo escore de Phoenix (2024); meningite evidenciada pela presença de cefaleia e febre, além de radiografia de tórax praticamente normal. Condução: abrir protocolo de sepse, realizar tomografia de crânio, coletar líquido e iniciar antibiótico ainda no PS; na UTI, deve ser iniciada adrenalina contínua pelo acesso periférico e, depois, deve-se obter um acesso venoso central.
- (D) Diagnóstico: choque, pelos critérios da American Heart Association (AHA) e do Suporte Avançado de Vida em Pediatria, mas não pelos critérios de sepse ou choque séptico do escore de Phoenix (2024). Condução: no PS, deveria ter sido iniciada dobutamina pelo aumento de área cardíaca na radiografia de tórax e provável choque cardiogênico; na UTI, deve-se reduzir a dobutamina e associar milrinona, que é a droga de escolha para o tratamento do choque cardiogênico.
- (E) Diagnóstico: choque, pelos critérios da American Heart Association (AHA) e do Suporte Avançado de Vida em Pediatria, mas não pelos critérios de sepse ou choque séptico do escore de Phoenix (2024). Condução: no PS, deveria ter sido aberto protocolo de sepse por infecção de origem pulmonar e deveriam ter sido coletados lactato e gasometria, além de ter sido iniciado antibiótico; na UTI, deve-se iniciar adrenalina em veia periférica e, em até duas horas, obter acesso venoso central para manutenção da adrenalina contínua.

25. Uma lactente de 5 meses, do sexo feminino, foi internada na UTI com uma hipótese diagnóstica de choque séptico. Apresenta síndrome de Down e defeito do septo atrioventricular com moderada repercussão. Está em uso de carvedilol, captopril e furosemida. Aguarda agendamento cirúrgico para correção total da cardiopatia. Vem apresentando febre, há três dias, de até 38 °C. Realizou-se raio-X do tórax (figura a seguir), administrou-se a primeira dose de ceftriaxona, e a paciente foi encaminhada para a UTI.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Ao exame físico, encontra-se sonolenta, mas abre os olhos ao chamado. Frequência respiratória: 65; batimento de aleta nasal; retração intercostal e subdiafragmática; saturação de 91% com máscara não reinalante 15 L/minuto; FC: 175; tempo de enchimento capilar de 5 segundos; pressão arterial: 75 x 55. Ausculta cardíaca: bulhas rítmicas normofonéticas com sopro sistólico +++. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente com estertoração crepitante bilateral nas bases. Abdome: globoso, flácido, doloroso à palpação do hipocôndrio direito, com fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito.

Com relação à hipótese diagnóstica e à conduta adequada, é correto afirmar que se trata de choque

- (A) cardiogênico compensado, com classificação de insuficiência cardíaca congestiva classe C (frio e úmido). Deve-se introduzir droga inotrópica e vasodilatadora, como milrinona.
 - (B) séptico hipodinâmico hipotensivo. Deve-se introduzir droga vasopressora, como norepinefrina.
 - (C) séptico hiperdinâmico compensado. Deve-se introduzir droga inotrópica e vasodilatadora, como epinefrina.
 - (D) cardiogênico compensado, com classificação de insuficiência cardíaca congestiva classe B (quente e úmido). Deve-se introduzir restrição hídrica e diurético de alça endovenoso.
 - (E) cardiogênico hipotensivo, com classificação de insuficiência cardíaca congestiva classe D (a mais grave de todas). Deve-se introduzir dobutamina associada a epinefrina em dose baixa.
26. De acordo com as diretrizes da AHA 2020, assinale a alternativa que apresenta corretamente a abordagem mais adequada para o manejo de uma criança com insuficiência respiratória aguda e hipoxemia persistente, apesar do uso de oxigênio suplementar em alto fluxo.
- (A) Realizar intubação orotraqueal imediatamente; após avaliação, se necessário, realizar permeabilização da via aérea superior.
 - (B) Administrar adrenalina nebulizada e iniciar ventilação mecânica invasiva.
 - (C) Avaliar a necessidade de ventilação não invasiva (VNI) com pressão positiva.
 - (D) Realizar broncoscopia para identificar obstruções na via aérea antes de qualquer intervenção.
 - (E) Iniciar terapia com corticosteroides intravenosos para reduzir a inflamação pulmonar.

27. Uma lactente de 3,5 meses, pesando 6 kg e com uma superfície corpórea de 0,42 m², deu entrada na UTI pediátrica com um quadro de insuficiência respiratória franca decorrente de uma pneumonia. Optou-se pela intubação, e foi iniciada pré-oxigenação.

Com relação à pré-oxigenação nessa criança, assinale a alternativa correta.

- (A) Em ar ambiente, a fração alveolar de oxigênio é 16%, a fração alveolar de CO₂ é 5% e a fração alveolar de nitrogênio é 79%. A capacidade residual funcional da criança varia de 20 a 30 mL/kg, ou seja, em torno de 150 mL. Em ar ambiente, essa criança tem uma reserva de oxigênio de 24 mL. Se o seu consumo de oxigênio gira em torno de 90 mL por minuto, em apneia e em ar ambiente, ela teria uma queda de saturação grave em dezesseis segundos. Se realizar a pré-oxigenação por três a cinco minutos, a fração alveolar de oxigênio passa a ser 95%, a de CO₂ se mantém em 5% e a de nitrogênio zero, então a reserva de oxigênio passa a ser em torno de 140 mL, e o tempo seguro de apneia passa a ser de um minuto e meio.
- (B) Em ar ambiente, a fração alveolar de oxigênio é 21%, a fração alveolar de CO₂ é 5% e a fração alveolar de nitrogênio é 74%. A capacidade residual funcional da criança varia de 20 a 30 mL/kg, ou seja, em torno de 150 mL. Em ar ambiente, essa criança tem uma reserva de oxigênio de 50 mL. Se o seu consumo de oxigênio gira em torno de 90 mL por minuto, em apneia e em ar ambiente, ela teria uma queda de saturação grave em trinta segundos. Se realizar a pré-oxigenação por três a cinco minutos, a fração alveolar de oxigênio passa a ser 95%, a de CO₂ se mantém em 5% e a de nitrogênio zero, então a reserva de oxigênio passa a ser em torno de 270 mL, e o tempo seguro de apneia passa a ser de três minutos.
- (C) Em ar ambiente, a fração alveolar de oxigênio é 16%, a fração alveolar de CO₂ é 5% e a fração alveolar de nitrogênio é 79%. A capacidade residual funcional da criança é de 50 mL/kg, ou seja, em torno de 300 mL. Em ar ambiente, essa criança tem uma reserva de oxigênio de 48 mL. Se o seu consumo de oxigênio gira em torno de 90 mL por minuto, em apneia e em ar ambiente, ela teria uma queda de saturação grave em trinta segundos. Se realizar a pré-oxigenação por três a cinco minutos, a fração alveolar de oxigênio passa a ser 95%, a de CO₂ se mantém em 5% e a de nitrogênio zero, então a reserva de oxigênio passa a ser em torno de 450 mL, e o tempo seguro de apneia passa a ser de cinco minutos.
- (D) Em ar ambiente, a fração alveolar de oxigênio é 21%, a fração alveolar de CO₂ é 5% e a fração alveolar de nitrogênio é 74%. A capacidade residual funcional da criança varia de 20 a 30 mL/kg, ou seja, em torno de 150 mL. Em ar ambiente, essa criança tem uma reserva de oxigênio de 9 mL. Se o seu consumo de oxigênio gira em torno de 90 mL por minuto, em apneia e em ar ambiente, ela teria uma queda de saturação grave em seis segundos. Se realizar a pré-oxigenação por três a cinco minutos, a fração alveolar de oxigênio passa a ser 95%, a de CO₂ se mantém em 5% e a de nitrogênio zero, então a reserva de oxigênio passa a ser em torno de 540 mL, e o tempo seguro de apneia passa a ser de seis minutos.
- (E) Na criança, o tempo necessário para a pré-oxigenação é bem menor que no adulto (de três a cinco minutos no adulto e de trinta segundos a um minuto na criança), e isso é decorrente de uma capacidade residual funcional menor na criança. Porém, o tempo seguro de apneia também é menor para a criança, pois a reserva de oxigênio do adulto chega a cerca de 1.000 mL, o que dá cerca de sete minutos de tempo seguro de apneia, enquanto, para uma criança de 6 kg, chega no máximo a 540 mL, o que dá cerca de seis minutos de tempo seguro de apneia.

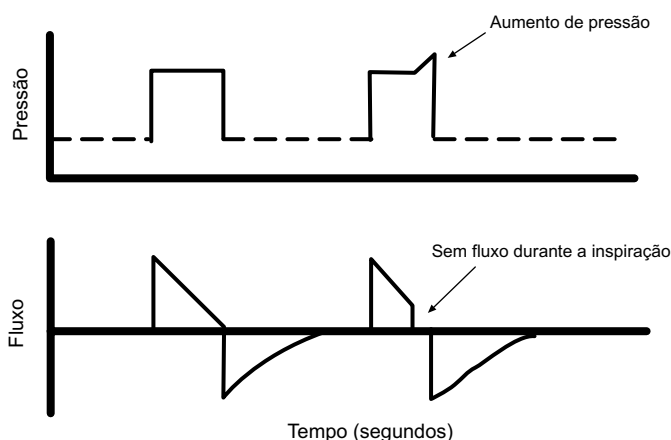
28. De acordo com as diretrizes mais recentes (PALICC-2, 2023), qual dos critérios a seguir é mais crítico para o diagnóstico de PARDS (síndrome do desconforto respiratório agudo pediátrico), em uma criança ventilada de forma não invasiva?

- (A) Presença de edema pulmonar cardiogênico detectado por ecocardiografia.
- (B) Hipoxemia definida por uma relação PaO₂/FiO₂ menor ou igual a 300 em pacientes ventilados de forma não invasiva por um tempo conhecido de desenvolvimento dos sintomas.
- (C) Início súbito de insuficiência respiratória grave em até quatro dias, associado à necessidade de ventilação não invasiva.
- (D) Evidência clínica de disfunção ventilatória sem alteração evidente em imagens torácicas.
- (E) Aumento progressivo do espaço morto pulmonar associado a redução da complacência pulmonar e acidose metabólica grave.

29. Com relação às diretrizes do PALICC-2 de 2023 para suporte ventilatório na síndrome do desconforto respiratório agudo pediátrico (PARDS), assinale a alternativa que corresponde corretamente às diretrizes mais recentemente publicadas.
- (A) Hipercapnia permissiva pode ser realizada desde que o pH não seja inferior a 7,15.
- (B) Recomenda-se o uso de volume corrente de 8 mL por quilograma de peso absoluto, para com isso conseguir manter uma pressão inspiratória abaixo de 28 cm H₂O independentemente da complacência torácica da criança.
- (C) A saturação de oxigênio deve ser mantida acima de 90% independentemente da gravidade da PARDS, do valor da FIO₂ e da pressão expiratória final utilizada.
- (D) A *driving pressure* (também chamada de “gradiente de pressão”) deve ser mantida em valores menores ou iguais a 15 cm H₂O.
- (E) Recomenda-se o uso de ventilação de alta frequência oscilatória nos casos de falha da ventilação convencional.

30. Durante a ventilação mecânica em crianças, as assincronias acontecem em cerca de 25% dos casos, podendo levar a um aumento do trabalho respiratório, da necessidade de sedação e do tempo de ventilação mecânica. A análise das curvas de ventilação é a principal ferramenta para identificar assincronias na criança.

Na figura a seguir, há uma monitorização respiratória com curva de pressão e fluxo:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com base na figura, é correto afirmar que

- (A) não há assincronias, apenas um aumento de pressão ao final da inspiração que não provoca qualquer dano na ventilação e não necessita de correção.
- (B) há assincronia, pois a presença de *overshoot* ou sobrepressão ao final da inspiração configura-se como uma assincronia de ciclagem decorrente do ajuste inadequado da rampa ou *slope*; pode melhorar com a redução no tempo de rampa.
- (C) há assincronia, pois a presença de *overshoot* ou sobrepressão ao final da inspiração configura-se como uma assincronia de disparo decorrente do ajuste inadequado do chamado *rise time* (tempo de subida); pode melhorar com a redução desse tempo.
- (D) há assincronia, que se configura como uma assincronia dupla, em que um único esforço do paciente desencadeia duas inspirações consecutivas no ventilador, decorrente de um fluxo insuficiente para o paciente; pode melhorar com ajuste do fluxo e do tempo inspiratório.
- (E) há assincronia, pois a presença de *overshoot* ou sobrepressão ao final da inspiração configura-se como uma assincronia de ciclagem decorrente do ajuste inadequado do tempo inspiratório; pode melhorar com a redução do tempo inspiratório.

31. Assinale a alternativa correta sobre a insuficiência renal aguda causada pela síndrome hemolítico-urêmica (SHU).
- (A) A SHU é predominantemente causada por mutações genéticas hereditárias, sendo raramente associada a infecções bacterianas.
 - (B) A insuficiência renal aguda na SHU é causada principalmente pela destruição dos túbulos renais, sem envolvimento glomerular significativo.
 - (C) A principal manifestação laboratorial da SHU relacionada à insuficiência renal aguda é a presença de proteinúria severa associada a hemólise discreta.
 - (D) A forma típica da SHU geralmente ocorre após infecções gastrointestinais por *Escherichia coli* produtora de shiga, mas outros agentes também podem estar associados com a SHU, como pneumonias pelos *Streptococcus pneumoniae*.
 - (E) A terapia antibiótica precoce nas diarreias é recomendada para prevenir a progressão da SHU causada por infecções bacterianas.
32. Com relação ao suporte nutricional em crianças criticamente enfermas, assinale a alternativa correta.
- (A) Nos primeiros dias de terapia intensiva pediátrica, o suporte nutricional deve ser preferencialmente parenteral, em especial nas crianças em estado grave com algum grau de instabilidade hemodinâmica e submetidas a procedimentos cirúrgicos, para evitar complicações graves, como vômitos e broncoaspiração.
 - (B) A oferta calórica inicial deve ser alta para evitar catabolismo excessivo, mesmo sem a realização de calorimetria direta para estimativa precisa das necessidades metabólicas.
 - (C) A nutrição enteral deve ser iniciada o mais precocemente possível, considerando a tolerância gastrointestinal e uma estabilidade clínica razoável.
 - (D) A suplementação de micronutrientes, como zinco e selênio, não influencia na resposta inflamatória em crianças clinicamente enfermas.
 - (E) O uso de fórmulas hipercalóricas e hiperproteicas é recomendado a todos os pacientes pediátricos gravemente enfermos, independentemente do diagnóstico específico, pois com frequência levam-se alguns dias para se atingir a oferta de volume adequada de dieta, e o uso dessas fórmulas permite alcançar o aporte calórico e proteico mais rapidamente.
33. Na manutenção de uma criança em morte encefálica para a possível doação de órgãos, pode ocorrer uma série de distúrbios eletrolíticos que precisam ser corrigidos.
- Com relação a esses distúrbios eletrolíticos, assinale a alternativa correta.
- (A) A hipernatremia é comum e decorre do diabetes insípido central, e a hiperglicemia também é frequente, devido à liberação de hormônios de estresse, como catecolaminas e cortisol, o que aumenta a gliconeogênese e a resistência à insulina. Ambas as correções são importantes para a preservação dos órgãos a serem doados, e é importante lembrar que a hiperglicemia leva a uma certa hiponatremia dilucional; assim, quando da sua correção, pode haver um aumento na natremia decorrente da correção da hiperglicemia.
 - (B) Com relação aos distúrbios de potássio, a hipocalcemia é mais comum devido ao frequente uso de diuréticos, e o potássio deve ser repostado rapidamente, pois uma parada cardiorrespiratória em hipopotassemia dificilmente é revertida. A velocidade de correção de potássio é de 0,5 a 1 mEq/kg/hora.
 - (C) A hipocalcemia é um distúrbio frequente nos pacientes em morte encefálica devido à disfunção endócrina e ao metabolismo alterado do cálcio. Sua correção pode ser realizada com gluconato de cálcio ou cloreto de cálcio – 1 a 2 mL/kg endovenoso lento, de preferência com monitorização hemodinâmica, pois a infusão rápida de cálcio pode levar a uma bradicardia e a PCR.
 - (D) A hipofosfatemia pode ocorrer devido ao aumento da demanda metabólica e à redistribuição intracelular de fosfato. Em geral, a correção é realizada com fosfato de potássio, sem preocupação com a sua velocidade de infusão, pois, como a criança frequentemente está com hipocalcemia, a infusão do fosfato de potássio corrige ambos os distúrbios.
 - (E) Frequentemente ocorre hiponatremia, devido à secreção inapropriada de hormônio antidiurético; para corrigir o quadro, é necessária a realização de restrição hídrica, além da administração de furosemida para eliminação da água livre.

34. Um neonato com 20 dias de vida foi internado na UTI, com uma hipótese diagnóstica de estenose hipertrófica de piloro, para hidratação, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos e posterior correção cirúrgica quando estiver mais estável.

Com relação aos distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos, é correto afirmar:

- (A) a hipocalemia na estenose hipertrófica de piloro ocorre exclusivamente devido à perda urinária de potássio.
- (B) a alcalose metabólica observada em pacientes como esse está associada a um aumento na excreção renal de bicarbonato.
- (C) o diagnóstico é confirmado pela presença de hiperpotassemia e acidose metabólica secundária à obstrução do piloro.
- (D) o tratamento é cirúrgico e não deve ser postergado para a correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos.
- (E) a perda de íons de hidrogênio e cloro devido aos vômitos persistentes contribui para o desenvolvimento da alcalose metabólica, que leva à hipocalemia.

35. Assinale a alternativa com relação à cetoacidose diabética.

- (A) Na cetoacidose diabética, a acidose metabólica é causada exclusivamente pela produção de corpos cetônicos, sem envolvimento de outros mecanismos metabólicos.
- (B) Na cetoacidose diabética, a hipocalemia inicial é muito comum e ocorre devido ao aumento da excreção renal de potássio e à falta de insulina.
- (C) Na cetoacidose diabética, a osmolaridade sérica está reduzida devido à desidratação severa e ao aumento do clearance renal de solutos.
- (D) O uso de insulina deve ser suspenso temporariamente se os níveis séricos de potássio estiverem abaixo de 4,5 mEq/litro no início do tratamento, pois a insulina vai jogar o potássio para dentro das células, e a criança pode desenvolver hipocalemia grave.
- (E) A hiperglicemia observada na cetoacidose diabética é acompanhada por hiperosmolaridade e desidratação, frequentemente causando estado de hipovolemia severa.

36. Assinale a alternativa que descreve corretamente um aspecto crítico do manejo e da fisiopatologia do coma em crianças.

- (A) A monitorização de eletroencefalografia contínua em uma criança em coma pode ser realizada, mas frequentemente não auxilia na condução do caso, pois crises epiléticas na criança quase sempre se manifestam com quadro convulsivo, e o mal epilético eletroencefalográfico não convulsivo praticamente não ocorre na infância.
- (B) O coma metabólico em crianças pode ser causado por condições como hipoglicemia, erros inatos do metabolismo ou intoxicações, necessitando de diagnóstico rápido e tratamento específico.
- (C) A escala de coma de Glasgow é inadequada para a avaliação de lactentes, pois os critérios utilizados não contemplam essa faixa etária pediátrica.
- (D) A monitorização da pressão intracraniana em crianças com coma traumático deve ser evitada devido aos riscos de complicação do procedimento e ao fato de não influenciar no manejo clínico da criança.
- (E) A hiperventilação profilática é uma estratégia recomendada de rotina para o controle da hipertensão intracraniana em crianças em coma.

37. Assinale a alternativa que descreve corretamente o mecanismo mais provável de intoxicação aguda em crianças envolvendo o uso de produtos domésticos.

- (A) Absorção cutânea de produtos de limpeza contendo compostos organofosforados, o que pode levar à inibição de enzimas metabólicas essenciais.
- (B) Inalação de vapores de solventes industriais encontrados em tintas, o que pode levar à depressão respiratória severa.
- (C) Ingestão acidental de medicamentos psicofármacos prescritos para adultos e deixados ao alcance das crianças, o que pode levar à disfunção neurológica por antagonismo de receptores cerebrais.
- (D) Exposição prolongada a pesticidas em jardins residenciais, o que pode levar ao acúmulo de metais pesados no sistema venoso central.
- (E) Consumo em excesso de bebidas contendo cafeína, o que pode levar a arritmias cardíacas fatais.

38. Um lactente de 1,5 mês sofre um acidente automobilístico; embora estivesse no banco traseiro, estava sendo transportado no colo da mãe e foi arremessado contra o vidro dianteiro do carro.

Com relação aos cuidados no atendimento inicial desse lactente, é correto afirmar:

- (A) nessa idade, a musculatura e os ligamentos são muito mais elásticos, sendo muito mais rara a ocorrência de fraturas cervicais e de lesão medular; assim, não se recomenda o uso de colar cervical profilaticamente.
- (B) o lactente tem a cabeça relativamente maior e mais pesada do que o restante do corpo; dessa forma, a lesão em sistema nervoso central é mais comum, devendo o socorrista iniciar o atendimento pela avaliação neurológica.
- (C) nessa idade, a musculatura e os ligamentos são mais flexíveis, sendo que pode ocorrer lesão medular sem que ocorra fratura dos ossos; assim, a realização de uma ressonância magnética da coluna cervical é essencial na avaliação inicial do quadro.
- (D) deve-se iniciar a avaliação pela observação da via aérea, a colocação do colar cervical e a avaliação da ventilação.
- (E) o crânio apresenta maior plasticidade e deformidade (ossos menos rígidos e suturas ainda abertas), possibilitando a distribuição da força do trauma entre o crânio, o cérebro e as veias corticais, o que reduz as chances de lesão.

39. Uma criança de 1,5 ano, 12 kg, 78 cm, foi vítima de queimadura – o quarto onde estava pegou fogo há cerca de uma hora. Ao dar entrada no hospital, observa-se uma superfície queimada de 45%, com queimaduras de segundo e terceiro grau, em face e cabeça, tronco e abdome anterior, além de braços. Notam-se presença de estridor inspiratório e desconforto respiratório moderado, pressão arterial de 80 x 50 e tempo de enchimento capilar de 2 segundos. A mãe relata que a criança estava tratando um quadro gripal desde um dia antes do acidente, mas não estava com desconforto respiratório.

Com relação ao atendimento inicial e ao prognóstico dessa criança, é correto afirmar que se deve obter dois acessos venosos, iniciar reposição de

- (A) 135 mL/hora de soro fisiológico nas primeiras oito horas e, depois de oito horas, de 67,5 mL/hora nas dezoito horas seguintes. Deve-se ofertar oxigênio a 100% e realizar intubação em sequência rápida de intubação com succinilcolina + midazolam + fentanil. O prognóstico está associado ao fato de haver queimadura na via aérea superior.
- (B) 154 mL/hora de soro fisiológico nas primeiras sete horas e, depois, de 67,5 mL/hora nas dezoito horas seguintes. Deve-se administrar soro de manutenção basal sem potássio, ofertar oxigênio a 100% e realizar intubação em sequência rápida de intubação com rocurônio + propofol + fentanil. O prognóstico está associado à idade e à superfície corpórea queimada.
- (C) 100 mL/kg de soro fisiológico nas primeiras sete horas e, depois de oito horas, de 37,5 mL/hora nas dezoito horas seguintes. Deve-se ofertar oxigênio a 100%, realizar nebulização com adrenalina e administrar dexametasona. O prognóstico está associado à presença de queimaduras de segundo e terceiro grau.
- (D) 87,5 mL/hora de soro fisiológico nas primeiras oito horas e, depois de oito horas, de 37,5 mL/hora nas dezoito horas seguintes. Deve-se administrar soro de manutenção sem potássio, ofertar oxigênio a 100%, realizar nebulização com adrenalina e administrar dexametasona e antibiótico profilático. O prognóstico está associado ao fato de a criança estar infectada previamente ao acidente.
- (E) 135 mL/hora de soro fisiológico nas primeiras oito horas e, depois de oito horas, de 67,5 mL/hora nas dezoito horas seguintes. Deve-se ofertar oxigênio a 100% e realizar intubação em sequência rápida de intubação com succinilcolina + midazolam + fentanil. O prognóstico está associado à duração do tempo de exposição ao agente causador da queimadura.

40. Criança de 1 ano e 11 meses, 12 kg, com histórico de tosse persistente há cerca de 15 dias, deu entrada no pronto-socorro. A partir da hipótese diagnóstica de estado de mal asmático, a criança recebeu salbutamol em nebulização três vezes sem melhora, metilprednisolona 2 mg/kg e sulfato de magnésio 50 mg/kg em 30 minutos. Como não houve melhora, optou-se por instalar cateter nasal de alto fluxo, 20 litros/minuto com FiO_2 de 50%; com isso, manteve-se saturação de oxigênio de 92%. O paciente foi encaminhado para a UTI com desconforto respiratório moderado, frequência respiratória de 55, retração intercostal e subdiafragmática, estável hemodinamicamente. A família nega broncoespasmo progressivo e infecção de vias aéreas superiores – mas a irmã mais velha, de 5 anos, teve gripe há uma semana – e relata que a criança teria melhorado após uso de prednisolona por cinco dias, mas depois voltou a tossir e, de ontem para hoje, apresentou piora do desconforto respiratório. Relata ainda que a criança sofreu um engasgo durante o almoço há cerca de 15 dias, comendo arroz integral. Já havia passado em consulta com o pediatra e também fez uma avaliação com um pneumologista, que a medicou com salbutamol e prednisolona.

A figura a seguir apresenta a radiografia de tórax dessa paciente:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Nesse caso, a hipótese diagnóstica e a conduta corretas são, respectivamente:

- (A) insuficiência respiratória por aspiração de corpo estranho; solicitar broncoscopia de urgência.
- (B) insuficiência respiratória por crise asmática; realizar ataque de salbutamol endovenoso (10 mcg/kg a 15 mcg/kg em 10 minutos) e iniciar infusão contínua (0,1 mcg/kg/minuto), titulando rapidamente – se não houver melhora clínica, realizar intubação e iniciar ventilação mecânica invasiva.
- (C) insuficiência respiratória por bronquiolite; tentar ventilação não invasiva – se não houver melhora, realizar intubação e iniciar ventilação mecânica invasiva.
- (D) insuficiência respiratória por crise asmática; tentar ventilação não invasiva – se não houver melhora, realizar intubação e iniciar ventilação mecânica invasiva.
- (E) insuficiência respiratória por crise asmática; tentar uso de salbutamol contínuo utilizando o dispositivo Aerogen, que consegue atingir melhores níveis do beta-agonista no pulmão.

41. Uma criança de 3 anos, 15 kg, portadora de leucemia linfóide aguda, recebeu quimioterapia ambulatoriamente há sete dias e está internada na UTI pediátrica, proveniente do ambulatório, por quadro de neutropenia febril. Ao exame clínico de entrada na UTI, encontra-se sonolenta e só reagindo a estímulos dolorosos; sem abertura ocular; gemente; com retirada inespecífica a dor; descorada; com frequência respiratória igual a 55; retração intercostal, subdiafragmática e de fúrcula; saturação de 81% em máscara não reinalante; ausculta pulmonar com roncosparsos; pressão arterial de 72 x 35; frequência cardíaca igual a 175; pulsos finos; tempo de enchimento capilar de 0,5 segundo; hiperemia em região do tórax anterior, onde tem um cateter implantado; petéquias e sufusões hemorrágicas nos membros; temperatura de 38,8 °C. Foi transferida recebendo segunda expansão de 20 mL/kg de soro fisiológico, 30 minutos após entrada no centro de oncologia.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente os diagnósticos e o tratamento inicial adequado.

- (A) Diagnósticos: choque hipotensivo distributivo séptico hiperdinâmico, insuficiência respiratória aguda, infecção grave provavelmente relacionada ao cateter, neutropenia febril.
Conduta: instalar cateter nasal de alto fluxo, com fluxo de 15 litros em FiO₂ de 100%, obter novo acesso venoso, administrar mais 20 mL/kg de soro fisiológico e, ao mesmo tempo, iniciar antibioticoterapia de amplo espectro. Administrar antitérmico.
- (B) Diagnósticos: choque hipotensivo distributivo séptico hipodinâmico, desconforto respiratório, infecção grave provavelmente relacionada ao cateter, neutropenia febril.
Conduta: instalar cateter nasal de alto fluxo, com fluxo de 30 litros em FiO₂ de 100%, obter novo acesso venoso, iniciar adrenalina contínua em bomba de infusão e, ao mesmo tempo, iniciar antibioticoterapia de amplo espectro. Administrar antitérmico.
- (C) Diagnósticos: choque hipotensivo distributivo séptico hiperdinâmico, insuficiência respiratória aguda, infecção grave provavelmente relacionada ao cateter, neutropenia febril.
Conduta: iniciar ventilação com pressão positiva em FiO₂ de 100% para proceder intubação em sequência rápida de intubação com rocurônio e quetamina; ao mesmo tempo, obter novo acesso venoso para iniciar antibioticoterapia de amplo espectro após coleta de culturas e iniciar também noradrenalina contínua.
- (D) Diagnósticos: choque hipotensivo distributivo séptico hipodinâmico, desconforto respiratório, infecção grave provavelmente relacionada ao cateter, neutropenia febril.
Conduta: acoplar em ventilação não invasiva e se preparar para intubação em sequência rápida com uso de succinilcolina e etomidato, obter novo acesso venoso, iniciar noradrenalina contínua em bomba de infusão e, ao mesmo tempo, iniciar antibioticoterapia de amplo espectro. Solicitar radiografia de tórax e exames laboratoriais, incluindo culturas.
- (E) Diagnósticos: choque hipotensivo distributivo séptico hiperdinâmico, insuficiência respiratória aguda, infecção grave provavelmente relacionada ao cateter, neutropenia febril.
Conduta: iniciar ventilação com pressão positiva em FiO₂ de 100% para proceder intubação em sequência rápida de intubação com rocurônio, midazolam e fentanil e, ao mesmo tempo, obter novo acesso venoso para iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e iniciar também noradrenalina contínua. Chamar o cirurgião com urgência para a retirada do cateter venoso central totalmente implantado.

42. Lactente de 8 meses, que era portador de cirrose hepática por atresia das vias biliares sem cirurgia prévia, foi submetido a um transplante hepático com doador vivo aparentado (pai). O transplante transcorreu sem intercorrências, com peso do enxerto 3%, anastomoses boas de artéria hepática e veia porta, dreno abdominal com saída de secreção serossanguínea, sonda nasogástrica aberta, sonda vesical de demora, pressão arterial invasiva na artéria radial esquerda, cateter de duplo lúmen na jugular interna direita. O anestesista informa que realizou bloqueios abdominais no final da cirurgia. O lactente chega à UTI sedado, recebendo noradrenalina (0,02 mcg/kg/min), com PA estável, em ventilação mecânica controlada, saturando 99% em FIO₂ de 35%, pressão controlada de 10 sobre PEEP de 6 com volume corrente adequado.

Assinale a alternativa correta com relação aos cuidados de pós-operatório e às metas assistenciais a serem alcançadas.

- (A) As principais preocupações no pós-operatório são manter a volemia, controlar sangramento e dor, avaliar e corrigir distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos. Deve-se solicitar controles laboratoriais, radiografia de tórax e ultrassonografia abdominal com doppler para avaliar permeabilidade da artéria hepática e veia porta, além de prescrever analgesia contínua com opiáceos e dipirona de horário. As metas assistenciais a serem alcançadas são: extubação nas próximas 24 horas, se o paciente passar no teste de respiração espontânea e não houver intercorrências na radiografia de tórax, suspensão de drogas vasoativas nas próximas horas, ajuste de imunossupressão conforme orientação da equipe de transplante, manutenção da antibioticoterapia profilática e vigilância infecciosa. Manter dor controlada com escala de dor menor que 3.
- (B) As principais preocupações no pós-operatório são manter a volemia, controlar sangramento, fazer transfusão de hemoderivados apenas se houver sangramento ativo, controlar a dor, avaliar e corrigir distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos, controlar rigorosamente a diurese e o balanço hídrico. Deve-se solicitar controles laboratoriais, radiografia de tórax e ultrassonografia abdominal com doppler para avaliar permeabilidade da artéria hepática e veia porta, controlar o dreno abdominal a cada duas horas, prescrever analgesia com dipirona de horário e opiáceos se houver dor, além de protetor gástrico, antibioticoterapia profilática e imunossupressão já iniciada no intraoperatório. As metas assistenciais a serem alcançadas são: extubação nas próximas horas, quando a criança acordar, se não houver intercorrências na radiografia de tórax, suspensão de drogas vasoativas, ajuste de imunossupressão conforme orientação da equipe de transplante, manutenção da antibioticoterapia profilática e vigilância infecciosa. Manter dor controlada segundo nível de conforto do lactente.
- (C) As principais preocupações no pós-operatório são manter a volemia, controlar sangramento e dor, avaliar e corrigir distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos, controlar infecção. Deve-se solicitar controles laboratoriais, radiografia de tórax e ultrassonografia abdominal com doppler para avaliar permeabilidade da artéria hepática e veia porta, controlar o dreno abdominal a cada duas horas, prescrever analgesia com dipirona de horário alternado com halexaminifeno e anti-inflamatório não hormonal, além de proteção gástrica. As metas assistenciais a serem alcançadas são: extubação nas próximas 48 horas se não houver intercorrências na radiografia de tórax, após teste de respiração espontânea, suspensão de drogas vasoativas nas próximas 24 horas. É desnecessária a imunossupressão, pois o doador é compatível. Deve-se manter antibioticoterapia terapêutica e vigilância infecciosa. Manter dor controlada e escore de sedação Comfort-B em torno de 10 a 12.
- (D) As principais preocupações no pós-operatório são manter a volemia, controlar sangramento e dor, avaliar e corrigir distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos. Deve-se solicitar controles laboratoriais, radiografia de tórax e ultrassonografia abdominal com doppler para avaliar permeabilidade da artéria hepática e veia porta, controlar o dreno abdominal a cada duas horas, prescrever analgesia com dipirona de horário e opiáceos se houver dor. As metas assistenciais a serem alcançadas são: extubação assim que a criança acordar, se não houver intercorrências na radiografia de tórax, suspensão de droga vasoativas e, assim que suspensa, sacar cateter de pressão arterial invasiva, sacar a sonda nasogástrica e alimentar a criança, se bem acordada, ajustar imunossupressão conforme orientação da equipe de transplante, manter antibioticoterapia profilática e vigilância infecciosa. Manter dor controlada segundo nível de conforto do lactente.
- (E) As principais preocupações no pós-operatório são manter a volemia, controlar sangramento, manter coagulação dentro dos limites da normalidade à custa de transfusão de hemoderivados, controlar a dor, avaliar e corrigir distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos, controlar rigorosamente a diurese. Deve-se solicitar controles laboratoriais, radiografia de tórax e ultrassonografia abdominal com doppler para avaliar permeabilidade da artéria hepática e veia porta, controlar o dreno abdominal a cada duas horas, prescrever analgesia com dipirona de horário e opiáceos se houver dor. As metas assistenciais a serem alcançadas são: extubação nas próximas horas, quando a criança acordar, se não houver intercorrências na radiografia de tórax, manutenção da droga vasoativa para manter boa perfusão das anastomoses, ajuste da imunossupressão conforme orientação da equipe de transplante, manutenção da antibioticoterapia profilática e da vigilância infecciosa. Manter dor controlada com infusão contínua de opioides, sacar a sonda vesical após a suspensão dos opiáceos.

43. Uma criança de 6 anos foi submetida à retirada de um tumor cerebral (provável meduloblastoma), sem intercorrências. Agora se encontra no pós-operatório imediato.

Qual das estratégias a seguir é mais crítica para prevenir complicações neurológicas no período pós-operatório?

- (A) Evitar a administração de fluidos intravenosos para prevenir edema cerebral. Manter manitol de horário e dexametasona de horário.
- (B) Manter sedação e analgesia contínuas para evitar movimentação espontânea e programar extubação para 48 horas após a cirurgia pelo risco de edema cerebral pós-manipulação. Realizar controle tomográfico antes da extubação.
- (C) Manter soro de manutenção, restrito, com oferta de sódio de 3 mEq/100 kcal/dia e potássio de 2,5 mEq/100 kcal/dia até alimentação plena.
- (D) Realizar vigilância neurológica rigorosa e suporte hídrico adequado com a utilização de soro isotônico para prevenir hiponatremia, que pode ser deletéria no pós-operatório.
- (E) Iniciar quimioterapia e radioterapia precocemente para evitar a recidiva do tumor, que pode levar a complicações neurológicas precoces.

44. Uma criança de 10 meses foi internada devido a uma pneumonia causada por *Streptococcus pneumoniae*, associada a infecção por covid-19, e evoluiu com síndrome de desconforto respiratório agudo pediátrico, choque séptico, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas e hemorragia cerebral intraparenquimatosa bilateral com evolução para pupilas médio-fixas. A criança, portadora da síndrome de Down e da síndrome de West, vinha em uso de altas doses de corticosteroide para o controle da síndrome de West. Foi realizado USG de SNC com doppler, que mostrou ausência de fluxo cerebral, e a criança evoluiu a óbito.

Com base nesse contexto, assinale a alternativa que apresenta a ordem correta de colocação das causas do óbito no preenchimento do atestado de óbito.

- (A) Síndrome de Down, síndrome de West, pneumonia por pneumococo e covid-19, choque séptico, hemorragia cerebral intraparenquimatosa bilateral, hipertensão intracraniana.
- (B) Parada cardiorrespiratória, hipertensão intracraniana, hemorragia intracraniana, choque séptico, pneumonia, síndrome de Down, síndrome de West.
- (C) Hipertensão intracraniana, hemorragia cerebral intraparenquimatosa bilateral, choque séptico, pneumonia por pneumococo e covid-19, síndrome de Down, síndrome de West.
- (D) Morte cerebral, hipertensão intracraniana, hemorragia cerebral, choque séptico, síndrome de Down, síndrome de West.
- (E) Síndrome de Down, pneumonia, síndrome de desconforto respiratório pediátrico, hemorragia intracraniana, hipertensão intracraniana.

45. Em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, observou-se um aumento da incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde, especialmente aquelas causadas por organismos multirresistentes.

A estratégia que apresenta maior eficácia na prevenção de infecções hospitalares nessas condições consiste

- (A) na redução do uso de antimicrobianos empíricos para evitar resistência bacteriana.
- (B) na instalação de secador para secar as mãos após a realização da higiene delas.
- (C) na utilização prolongada de dispositivos invasivos para garantir monitoramento contínuo.
- (D) no isolamento de todos os pacientes da UTI, independentemente de status de infecção, para reduzir o risco de infecção cruzada.
- (E) na implementação rigorosa de protocolo de higiene das mãos com vigilância ativa e uso criterioso de antimicrobianos.

46. Assinale a alternativa que descreve corretamente um dos principais fatores que influenciam os índices de morbimortalidade relacionados aos acidentes com crianças no Brasil.

- (A) A maior prevalência de acidentes ocorre em crianças acima de 12 anos de idade devido à maior exposição a situações de risco no ambiente escolar.
- (B) Os acidentes de trânsito são a maior causa de mortalidade infantil, sendo especialmente prevalentes em crianças abaixo de 5 anos de idade.
- (C) Fatores socioeconômicos, como baixa renda familiar e menor acesso a serviços de saúde, estão associados a taxas mais altas de morbimortalidade infantil por acidentes.
- (D) A introdução de políticas públicas, como o uso de cadeirinhas nos carros, não tem impacto significativo na redução de mortes infantis.
- (E) As principais causas de hospitalização por acidentes nos últimos anos foram os acidentes de trânsito (45%), seguidos das queimaduras (20%) e das quedas (10%).

47. Assinale a alternativa que descreve corretamente a melhor abordagem clínica recomendada para o diagnóstico e o tratamento de acidentes comuns envolvendo crianças.
- (A) Em casos de afogamento com parada cardiorrespiratória, é essencial avaliar inicialmente a via aérea e iniciar a ventilação para depois começar a compressão. Se houver apenas um socorrista, a relação de compressões é de trinta compressões para duas ventilações; se houver dois ou mais socorristas, quinze compressões para duas ventilações. Deve-se evitar interrupções das compressões e trocar o socorrista que faz a compressão a cada dois minutos ou cinco ciclos.
 - (B) Em casos de queimaduras moderadas (até 30% da superfície corpórea queimada), o diagnóstico é realizado pela extensão visível da lesão, e o tratamento consiste na realização de curativos frios, sem necessidade de intervenção médica adicional.
 - (C) Em casos de traumatismos cranianos em crianças, os exames de tomografia computadorizada são indicados quando se identifica fratura de crânio na radiografia simples.
 - (D) O manejo inicial das intoxicações acidentais envolve a indução imediata de vômitos para evitar a absorção da substância tóxica.
 - (E) Nas crianças vítimas de acidente com politrauma, raramente ocorrem alterações psicológicas, como estresse pós-traumático. Diferentemente do que ocorre com os adultos, para os quais é necessário investir em acompanhamento psicológico, esse acompanhamento é desnecessário para as crianças.
48. Visando à estabilização e ao bem-estar físico e psicológico de uma criança admitida na UTI devido a maus-tratos, o manejo inicial adequado envolve a conduta essencial de
- (A) realizar exames físicos detalhados. O médico intensivista é o profissional responsável pelo preenchimento da ficha de notificação de violência, que é compulsória; depois, essa ficha é encaminhada ao Conselho Tutelar pelo serviço social.
 - (B) estabelecer uma abordagem multidisciplinar, incluindo pediatria, psicologia e serviço social, para garantir a saúde física e mental da criança e planejar intervenções futuras.
 - (C) priorizar o uso de medicamentos sedativos, para evitar a agitação da criança e auxiliar no seu processo de recuperação psicológica.
 - (D) iniciar o processo de alta o mais rápido possível, visando a reduzir o impacto emocional de uma interação prolongada nessa criança.
 - (E) limitar a comunicação com os responsáveis legais até que o quadro esteja resolvido, evitando assim situações de conflito dentro do ambiente hospitalar.
49. Com relação aos procedimentos terapêuticos realizados na UTI pediátrica e aos seus riscos, assinale a alternativa correta.
- (A) O uso da via intraóssea é indicado como primeira opção de acesso nos casos de ressuscitação cardiopulmonar, antes mesmo de se tentar o acesso venoso periférico, mas, nos casos de choque hipotensivo e estado de mal epilético, normalmente são feitas pelo menos duas tentativas antes de realizar a via intraóssea devido aos riscos inerentes ao procedimento.
 - (B) Com relação ao acesso venoso central e aos riscos relacionados à sua obtenção, a via femoral é muito utilizada nas situações de emergência por ser de fácil obtenção e por estar distante dos locais mais nobres onde se realiza a ressuscitação, longe do tórax e da via aérea. Assim sendo, é uma via de escolha na PCR nos locais onde não há material para a realização de uma punção intraóssea.
 - (C) Com relação ao acesso venoso central e aos riscos relacionados à sua obtenção, a veia subclávia é um acesso fácil de obter e muito confortável para as crianças, sendo indicado para uso em situações em que o cateter será necessário por tempo prolongado, mesmo levando em consideração os seus riscos de pneumotórax e hemotórax.
 - (D) O acesso venoso central pela veia jugular interna é um dos mais utilizados em pediatria pela facilidade de obtenção e pelo menor risco de pneumotórax e hemotórax se comparado à via subclávia. Uma das complicações relacionadas à punção da via jugular é o desenvolvimento da síndrome de Claude Bernard-Horner.
 - (E) O uso prolongado de ventilação pulmonar mecânica não é isento de complicações pulmonares, como atelectrauma, barotrauma, volutrauma e biotrauma, mesmo com o uso de ventilação protetora. Além disso, as complicações de via aérea também são bastante frequentes, sendo assim indicada a realização de traqueostomia em crianças ventiladas por um período superior a trinta dias.

- 50.** Assinale a alternativa que descreve corretamente uma conduta essencial no manejo de crianças com dengue grave na UTI, de acordo com as diretrizes mais recentes do Ministério da Saúde.
- (A) A administração de fluidos intravenosos deve ser feita em altas taxas iniciais, com base nos níveis de hematócrito, independentemente da estabilidade hemodinâmica, para prevenir o choque hipovolêmico.
 - (B) A transfusão de plaquetas deve ser realizada em todos os casos de trombocitopenia abaixo de 20.000, devido ao risco de sangramento do sistema nervoso central na criança, independentemente da presença de sangramentos ativos.
 - (C) O uso de antibióticos profiláticos é indicado para prevenir infecções secundárias em todas as crianças com dengue grave.
 - (D) A realização de tromboelastograma é indicada nos casos de dengue grave com sangramento ativo para avaliar melhor a coagulação, visto que se sabe que, nos casos de sangramento, a causa é multifatorial, e não apenas devido à trombocitopenia.
 - (E) A monitorização contínua da pressão arterial, do hematócrito e da diurese é fundamental para ajustar a reposição volêmica e evitar sobrecarga hídrica.

