

Nome: _____

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A. (GHC) – HOSPITAL
FEDERAL DE BONSUCESSO – RJ – Concurso Público – 002/2026****013 – MÉDICO (ANESTESIOLOGIA) –
PROVA 01****PROVA ESCRITA OBJETIVA
CADERNO DE QUESTÕES**

ATENÇÃO: Transcreva no espaço do seu CARTÃO-RESPOSTA, com sua caligrafia usual, a frase abaixo.

Sempre parece impossível até que seja feito.

Leia atentamente as instruções abaixo e aguarde a autorização para abertura deste caderno de questões.

1. **Confira o CADERNO DE QUESTÕES nos primeiros 30 minutos de prova.** Caso haja algum erro de impressão, ausência de questão, dentre outros, a prova poderá ser substituída nesse intervalo de tempo.
2. Confira o CARTÃO-RESPOSTA e assine seu nome no espaço próprio, utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta. A ausência de assinatura incide na desclassificação do candidato.
3. Não dobre, não amasse, nem manche o CARTÃO-RESPOSTA. Ele NÃO poderá ser substituído.
4. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 5 opções identificadas com as letras A, B, C, D, E. Assinale apenas uma opção em cada questão, caso contrário, ela será nula.
5. O tempo disponível para esta prova é de **3h**.
6. Reserve os 30 minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão considerados na avaliação.
7. Os candidatos, após entrarem na sala da prova, somente poderão retirar-se após decorridas duas horas do tempo de duração previsto.
8. Quando terminar a prova, entregue-a ao fiscal SEM FALTAR NENHUMA PÁGINA OU PARTE DELA, juntamente com o CARTÃO-RESPOSTA. Em seguida, assine a LISTA DE PRESENÇA. Caso o CADERNO DE QUESTÕES E/OU o CARTÃO-RESPOSTA estejam rasgados ou incompletos, o candidato será eliminado.
9. O candidato também será excluído do certame caso:
 - a) Utilize, durante a realização da prova, máquinas e/ou relógios de calcular, bem como rádios, gravadores, fones de ouvido, telefones celulares ou fonte de consulta de qualquer espécie.
 - b) Ausente-se da sala de prova levando consigo o CADERNO DE QUESTÕES, antes do tempo estabelecido, e/ou CARTÃO-RESPOSTA.
 - c) Deixe de assinalar corretamente o campo no CARTÃO-RESPOSTA.



CONCURSO PÚBLICO



GABARITO

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

**013 – MÉDICO (ANESTESIOLOGIA) –
PROVA 01****CONHECIMENTOS GERAIS****Questão 01**

As Normas de Habilitação para a Atenção Especializada no Processo Transexualizador, previstas na Portaria de Consolidação n.º 2/2017, estabelecem critérios para serviços de saúde que desejam ofertar esse cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando essas disposições, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A habilitação é restrita a hospitais universitários federais, não podendo ser concedida a serviços estaduais ou municipais.
- b) Os serviços habilitados devem garantir equipe multiprofissional composta, no mínimo, por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, assegurando acompanhamento integral.
- c) A portaria prevê que o processo transexualizador pode ser iniciado apenas após os 25 anos de idade, em consonância com normas internacionais de saúde.
- d) A habilitação dispensa comprovação de capacidade e regulamentação em órgãos competentes, bastando a manifestação de interesse do gestor estadual ou municipal para regulamentação nessas instâncias.
- e) O processo transexualizador é regulamentado apenas para procedimentos cirúrgicos e acompanhamento psicológico.

Questão 02

O Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde. Tais ações e serviços envolvem diretamente a proteção da vida, da dignidade humana e do bem-estar coletivo. Além disso, o exercício da prática assistencial está inserido em um contexto de interesse público e de responsabilidade ética e legal, contribuindo diretamente para a efetivação da cidadania. Com base no Artigo 197, é CORRETO afirmar que:

- a) As ações voltadas à promoção da saúde deixam de ser enquadradas como atividades típicas de prestação de serviços públicos, passando a ser compreendidas, em caráter complementar, como

iniciativas de natureza privada, desvinculadas da obrigação estatal de execução direta.

- b) Tais ações e serviços, mesmo quando prestados por instituições particulares, são passíveis de regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público, que detém a competência constitucional para assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança.
- c) Como as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, a consequência jurídica é a vedação de qualquer uso de recursos orçamentários estatais para o pagamento de serviços prestados por instituições privadas de saúde, reforçando a prioridade do investimento no sistema público.
- d) A crescente demanda por cuidados de saúde e sua relevância socioeconômica conferem caráter de relevância pública às ações executadas por pessoas físicas ou jurídicas privadas, dispensando regulamentação e controle estatal por se tratarem de atividades menos complexas e desvinculadas de grandes redes hospitalares.
- e) Segundo o Art. 197, a competência do Poder Público limita-se à prestação direta das ações de saúde, não lhe cabendo regulamentar, fiscalizar ou controlar aquelas executadas por particulares, já que estas se enquadram como atividades de livre iniciativa.

Questão 03

O Art. 6º da Lei n.º 8.080/1990, inclui ações e serviços voltados à saúde do trabalhador nas atribuições do SUS. Com base nesse dispositivo e em seus incisos, assinale a alternativa que apresenta apenas ações que integram as atribuições do SUS no campo de saúde do trabalhador, conforme a Lei Orgânica da Saúde.

- a) Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou de doença ocupacional; participação na avaliação e controle de riscos no processo de trabalho e revisão periódica da listagem de doenças relacionadas ao trabalho.
- b) Fiscalização de benefícios previdenciários; definição da jornada máxima de trabalho saudável; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde e concessão de aposentadoria especial ao trabalhador exposto a agentes nocivos.

- c) Realização de perícias trabalhistas judiciais; garantir a interdição de máquinas, setores ou ambientes de trabalho diante de risco iminente à vida ou à saúde, quando solicitado pelo sindicato dos trabalhadores e gestão e fiscalização de programas de seguro de vida.
- d) Avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; captação de recursos para ações de saúde por meio dos Conselhos Profissionais e regulamentação da contribuição sindical para planos coletivos de saúde.
- e) Organização de conselhos de fiscalização do exercício da profissão; criação de normas de registro em conselhos de classe; definição de piso salarial das categorias da saúde e participação na fiscalização dos serviços de saúde do trabalhador nas empresas públicas e privadas.

Questão 04

Conforme o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece que as ações e serviços do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema organizado segundo diretrizes específicas, é CORRETO afirmar que:

- a) O SUS é centralizado pela União, que detém direção única em todo o território nacional, capitaneada pelo Poder Executivo, mas fiscalizada pelo Legislativo, que representa a participação popular.
- b) O atendimento integral deve priorizar serviços hospitalares, distribuídos em rede colaborativa e racionalizada, em detrimento das atividades preventivas, com base nos agravos com maior incidência nacional.
- c) A participação da comunidade é garantida pelo serviço de Ouvidoria e pela possibilidade de a liderança estadual opcionalmente aceitar as solicitações e julgar quais as melhores ações adotadas no território.
- d) O SUS é organizado em rede regionalizada e hierarquizada, com descentralização e direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, priorizando atividades preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais, e participação da comunidade.
- e) O SUS é estruturado pela União de acordo com critérios clínicos e epidemiológicos, baseado em hierarquia centralizada que determina a composição da rede regional, que dá suporte às unidades do município.

Questão 05

A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), instituída em 2003, buscou transformar práticas de atenção e gestão no SUS, valorizando o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e gestores. A Lei 15.126, sancionada em 28 de abril de 2025, trouxe uma mudança importante a respeito dessa política pública tão relevante. Considerando esses elementos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A Lei n.º 15.126/2025 consolidou a atenção humanizada como princípio legal do SUS, reforçando que o cuidado deve integrar dimensões técnicas e subjetivas, sem restringir-se a protocolos clínicos, e garantindo que a humanização seja obrigatória em todas as esferas de gestão e atenção.
- b) A HumanizaSUS, após a Lei n.º 15.126/2025, passou a ser considerada política estadual sem força normativa vinculante, cabendo a cada ente federativo adotar práticas humanizadas, garantindo que o acolhimento e a clínica ampliada sejam obrigatórios em todos os hospitais gerais dos municípios.
- c) A atualização normativa de 2025 revogou a Política Nacional de Humanização, substituindo-a por um novo programa de gestão hospitalar voltado para a eficiência administrativa, o acolhimento por classificação de risco, a participação dos usuários na cogestão de unidades.
- d) A Lei n.º 15.126/2025 incluiu a atenção humanizada como princípio constitucional do SUS, alterando diretamente o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, de modo que a humanização passou a ser diretriz constitucional, reforçando o compromisso do Estado brasileiro com a humanização das unidades de saúde.
- e) A Política Nacional de Humanização, após a Lei n.º 15.126/2025, foi ampliada como programa ministerial transversal, para ser aplicada em todas as unidades hospitalares de grande porte, e em unidades da atenção básica ou especializada em municípios estratégicos, expandindo os serviços de acolhimento.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**Questão 06**

Um médico Anestesiologista, escalado para plantão noturno em hospital público, recebe ligação informando emergência familiar grave. Não há outro

anestesiologista disponível no momento para substituí-lo, e há pacientes internados em estado grave sob sua responsabilidade na recuperação pós-anestésica. O profissional comunica a situação à direção técnica do estabelecimento. Diante do exposto, é CORRETO afirmar, conforme o Código de Ética Médica (CEM), que:

- a) O anestesiologista pode se ausentar do plantão, desde que comunique o fato ao Conselho Regional de Medicina no prazo de 48 horas indicando se tratar de uma situação de emergência.
- b) O anestesiologista pode deixar o plantão após registrar em prontuário a condição clínica de cada paciente.
- c) O anestesiologista deve permanecer no plantão até o final do horário preestabelecido, sendo vedado o abandono.
- d) A responsabilidade pela busca de substituto é pessoal do médico plantonista em razão da sua jornada de trabalho e motivo pessoal que justifique sua ausência.
- e) O anestesiologista pode deixar o plantão por justo impedimento, cabendo à direção técnica do estabelecimento providenciar a substituição.

Questão 07

Um médico Anestesiologista vem prestando assistência a um paciente politraumatizado internado em unidade de terapia intensiva. Após evolução desfavorável, é constatada morte encefálica pelo protocolo institucional. A equipe de captação de órgãos da instituição solicita ao anestesiologista que integre a equipe de transplante para atuar na manutenção hemodinâmica do doador durante a cirurgia de retirada dos órgãos. Nesse contexto, a conduta CORRETA, conforme o CEM, deve ser:

- a) Recusar a participação na equipe de transplante, pois o médico que participou do diagnóstico da morte do doador não pode integrar a equipe responsável pelo transplante.
- b) Aceitar a participação na equipe de transplante, desde que outro médico assuma formalmente a responsabilidade pelo diagnóstico de morte encefálica retroativamente.
- c) Aceitar a participação, pois a vedação se aplica ao médico que decidiu suspender os meios artificiais, e não ao que participou do diagnóstico de morte.
- d) Recusar a participação somente se não houver consentimento por escrito da família do doador autorizando sua atuação na equipe de transplante.

- e) Aceitar a participação na equipe de transplante, desde que a morte encefálica tenha sido confirmada por dois médicos independentes e o anestesiologista tenha atuado apenas na manutenção hemodinâmica.

Questão 08

Homem, 45 anos, ASA II, submetido a colecistectomia videolaparoscópica sob anestesia geral com intubação orotraqueal. Durante o procedimento, o anestesiologista observa que o monitor de capnografia apresenta elevação progressiva e rápida do EtCO₂, passando de 35 mmHg para 58 mmHg em poucos minutos, sem melhora com o aumento da ventilação-minuto. Simultaneamente, nota-se taquicardia sinusal (FC 125 bpm) e elevação da temperatura esofágica de 36,5 °C para 38,2 °C. Os demais parâmetros ventilatórios encontram-se dentro dos valores programados, sem evidência de obstrução do circuito ou vazamentos. Nesse caso, considerando o conjunto de achados clínicos e os princípios da monitorização intraoperatória, assinale a hipótese diagnóstica CORRETA:

- a) Hipoventilação alveolar por desconexão parcial do circuito respiratório do aparelho de anestesia.
- b) Broncoespasmo grave com aumento da resistência das vias aéreas e retenção de CO₂.
- c) Embolia pulmonar maciça com aumento do espaço morto fisiológico e redução do débito cardíaco.
- d) Reinalação de CO₂ por exaustão da cal sodada do sistema circular de anestesia.
- e) Hipertermia maligna caracterizada por hipermetabolismo com aumento da produção de CO₂ desproporcional à ventilação.

Questão 09

Durante o planejamento anestésico para transplante renal pediátrico, o médico anestesiologista recebe um paciente de 18 kg com doença renal terminal secundária a displasia renal. Na discussão com a equipe cirúrgica sobre a técnica operatória e suas implicações para o manejo hemodinâmico, o anestesiologista identifica características específicas relacionadas ao peso do receptor. Com base no caso descrito, assinale a conduta CORRETA:

- a) Iniciar reposição volêmica adicional com cristaloides até atingir volume cumulativo entre 60-120 mL/kg e administrar vasopressor em *bolus* visando pressão arterial média acima de 60 mmHg.

- b) Suspender temporariamente a ventilação mecânica para reduzir o efeito de pressão intratorácica positiva sobre o retorno venoso e facilitar recuperação hemodinâmica espontânea.
- c) Administrar gluconato de cálcio seguido de bicarbonato de sódio 8,4% em *bolus* rápido para antagonizar os efeitos da liberação maciça de potássio do enxerto isquêmico.
- d) Restringir fluidos adicionais para evitar congestão do enxerto transplantado, priorizando suporte com agentes vasopressores até estabilização.
- e) Realizar transfusão de concentrado de hemácias para otimizar a capacidade de transporte de oxigênio e compensar a vasodilatação periférica induzida pela reperfusão.

Questão 10

Em uma unidade de queimados, o médico anestesiológista é chamado para realizar sedação e analgesia em criança de 5 anos que necessita de troca de curativo sob anestesia. O profissional opta pela cetamina como agente indutor, considerando as particularidades do fármaco e do cenário clínico. A administração será por via intramuscular. Diante do exposto, assinale CORRETAMENTE:

- a) A cetamina por via intramuscular é administrada na dose de 5–10 mg/kg e constitui um agente com potente efeito broncoconstritor, sendo contraindicada em pacientes asmáticos submetidos a procedimentos fora do centro cirúrgico.
- b) A dose de cetamina por via intravenosa para indução é de 5–10 mg/kg, sendo associado a bradicardia e hipotensão.
- c) A cetamina por via intramuscular é administrada na dose de 1-3 mg/kg e apresenta como desvantagem efeitos adversos cardiovasculares, como taquicardia e hipertensão.
- d) A cetamina oral é administrada na dose de 2–4 mg/kg misturada com bebida adocicada, aproximadamente 60 minutos antes do procedimento para garantir absorção adequada.
- e) A cetamina por via intramuscular é administrada na dose de 2–5 mg/kg, porém, é associado a quadros de secreção excessiva.

Questão 11

Durante a realização de bloqueio do plexo braquial por via interespalânica para cirurgia de ombro, o médico anestesiológista utiliza bupivacaína 0,5% com vasoconstritor. Minutos após a injeção, o paciente apresenta agitação psicomotora, gosto

metálico na boca, zumbido e, posteriormente, evolui com convulsão tônico-clônica seguida de colapso cardiovascular refratário às medidas iniciais de ressuscitação. O Anestesiologista decide iniciar o protocolo de ressuscitação lipídica. De acordo com o quadro clínico, a conduta farmacológica CORRETA deve ser:

- a) Iniciar emulsão lipídica 20% com bolus de 1,5 mL/kg em 1 minuto, seguido de infusão contínua de 0,25 mL/kg/min.
- b) Administrar propofol em dose sedativa como substituto da emulsão lipídica, uma vez que sua formulação contém triglicerídeos de cadeia longa para o efeito de resgate.
- c) Utilizar vasopressina como vasopressor de primeira escolha por não apresentar interação com a cardiotoxicidade com bupivacaína.
- d) Iniciar emulsão lipídica 10% em bolus de 3 mL/kg, seguido de infusão de 1 mL/kg/min.
- e) Administrar lidocaína 1 a 1,5 mg/kg IV para estabilização de membrana miocárdica, baseando-se na cinética de dissociação rápida do fármaco.

Questão 12

Ao realizar anestesia peridural para cesariana, o médico Anestesiologista observa que a paciente refere sensação de toque e pressão no abdome, apesar de apresentar bloqueio sensitivo adequado para temperatura e dor. Diante do exposto, assinale a alternativa que indica a interpretação técnica CORRETA do fenômeno e da fisiologia do bloqueio neuraxial:

- a) A sensibilidade tátil e proprioceptiva é mediada por fibras A β que apresentam menor suscetibilidade aos anestésicos locais em comparação às fibras A δ e C.
- b) O fenômeno descreve o bloqueio diferencial, onde a suscetibilidade das fibras é inversamente proporcional ao grau de mielinização, tornando as fibras motoras A α as primeiras a serem bloqueadas em relação às fibras autonômicas.
- c) A persistência de sensações proprioceptivas indica uma falha na dispersão cefálica do anestésico local, visto que as fibras sensoriais mecanorreceptoras são mais sensíveis que as fibras simpáticas pré-ganglionares.
- d) O bloqueio diferencial na anestesia peridural resulta em um nível de bloqueio simpático que se estende tipicamente de dois a três dermatômos acima do bloqueio sensitivo à dor e temperatura.

- e) A resistência das fibras A β ao bloqueio deve-se à sua localização periférica no manto do fascículo nervoso, o que dificulta a difusão radial do anestésico local em comparação com as fibras centrais.

Questão 13

Ao administrar um bolus rápido de dexmedetomidina durante a sedação de um paciente jovem no centro cirúrgico, o anesthesiologista observa uma elevação transiente da pressão arterial, seguida de hipotensão e bradicardia. Acerca do caso, assinale a alternativa que fundamenta CORRETAMENTE as alterações hemodinâmicas observadas:

- a) A hipotensão subsequente ocorre porque a dexmedetomidina possui baixa seletividade alfa-2/alfa-1, agindo predominantemente em receptores beta.
- b) O efeito sedativo e a bradicardia são mediados pelos receptores alfa-2C localizados no *locus ceruleus*.
- c) A droga age estimulando a liberação de noradrenalina nas terminações nervosas pré-sinápticas, causando o pico hipertensivo.
- d) Ocorre bloqueio dos canais de potássio ligados à proteína G nos nervos periféricos, resultando em despolarização e vasoconstrição.
- e) A hipertensão inicial deve-se à ativação dos receptores alfa-2B pós-sinápticos na musculatura lisa vascular, que promovem vasoconstrição.

Questão 14

Durante a monitorização de um bloqueio neuromuscular profundo em cirurgia abdominal, o Anesthesiologista utiliza a estimulação tetânica (50 Hz por 5 segundos) seguida de estímulos simples para realizar a Contagem Pós-Tetânica (CPT). De acordo com o caso, assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE o mecanismo eletrofisiológico envolvido na facilitação pós-tetânica:

- a) A tetania provoca uma hiperpolarização sustentada da membrana pós-juncional, aumentando temporariamente a sensibilidade dos receptores nicotínicos à acetilcolina restante.
- b) Ocorre uma inibição competitiva reversa da acetilcolinesterase na fenda sináptica, permitindo que a pouca acetilcolina liberada permaneça viável por mais tempo.
- c) A facilitação resulta da fadiga dos canais de sódio voltagem-dependentes que, paradoxalmente,

diminuem o limiar de despolarização da placa motora.

- d) O estímulo de alta frequência causa a mobilização e liberação massiva de acetilcolina devido ao aumento do influxo de íons Ca²⁺ para o interior da célula pré-sináptica.
- e) O fenômeno deve-se à ocupação de receptores pré-juncionais de *feedback* positivo pela acetilcolina acumulada, gerando um ciclo autoperpetuante de liberação.

Questão 15

Durante a montagem de uma rampa com lençóis para um paciente obeso, o Anesthesiologista busca um marco visual anatômico que confirme que a elevação é suficiente para alinhar os eixos faríngeo e laríngeo. Nesse contexto, o critério de referência para validar a posição antes da indução anestésica é o alinhamento horizontal entre:

- a) O lóbulo da orelha e a ponta do nariz.
- b) O meato acústico externo e a fúrcula esternal.
- c) O mento (queixo) e a articulação acromioclavicular.
- d) A glabella (entre as sobrancelhas) e o processo xifoide.
- e) Os incisivos superiores e a cartilagem tireoide.

Questão 16

Na sala de recuperação pós-anestésica, o anesthesiologista avalia um paciente com lesão cerebral traumática grave que recebeu ressuscitação volêmica com albumina humana a 4% durante o intraoperatório. O paciente evolui com piora do edema cerebral e deterioração neurológica. Com base no caso, é CORRETO afirmar que:

- a) A albumina humana exerce atividade neuroprotetora através de sua interação com a fosfotriesterase independente de cálcio, sendo preferível aos cristalóides em lesões axonais difusas.
- b) Soluções de albumina de baixa concentração apresentam osmolaridade inferior à do plasma, podendo agravar o edema cerebral quando a barreira hematoencefálica está comprometida.
- c) O hidroxietilamido apresenta perfil de segurança superior ao da albumina humana em relação à coagulação, sendo preferível em neurocirurgias.
- d) A albumina a 5% possui pressão oncótica de 61 mmHg, superior à do Dextrano 10% 40, o que a torna a solução coloidal com maior poder expansor plasmático.

- e) A literatura científica demonstrou que o uso de albumina a 4% em trauma crânioencefálico apresenta redução significativa da mortalidade em comparação com a solução salina normal.

Questão 17

Paciente do sexo masculino, 78 anos, 82 kg, ASA III, portador de hipertensão arterial sistêmica e doença arterial coronariana estável, será submetido a ressecção transuretral de próstata sob raquianestesia. O anesthesiologista opta por utilizar bupivacaína isobárica 15 mg. Após a punção lombar em L3-L4 com o paciente em decúbito lateral direito, o anestésico é injetado e o paciente é mantido nessa posição por 5 minutos antes de ser colocado em decúbito dorsal para o início do procedimento. Ao avaliar o nível do bloqueio após 15 minutos, o Anesthesiologista observa que a altura da anestesia sensitiva está em T10 bilateralmente. Conforme as propriedades físico-químicas das soluções anestésicas e sua interação com o líquido cefalorraquidiano, a conduta de manter o paciente em decúbito lateral antes do reposicionamento foi:

- Adequada, pois as soluções isobáricas migram preferencialmente para regiões dependentes da coluna vertebral, e o decúbito lateral direito direcionou o bloqueio para o hemicorpo operado.
- Inadequada, pois deveria ter sido utilizada solução hiperbárica com posicionamento em cefalodeclive para atingir níveis torácicos mais altos em procedimentos urológicos.
- Irrelevante para a distribuição final do bloqueio, pois as soluções isobáricas não sofrem influência significativa da gravidade após diluição no líquido cefalorraquidiano, permanecendo próximas ao sítio de injeção.
- Adequada, pois as soluções isobáricas, ao serem diluídas, tornam-se hipobáricas e migram para regiões não dependentes, exigindo posicionamento lateral para controlar a dispersão cefálica.
- Inadequada, pois as soluções isobáricas requerem posicionamento sentado por pelo menos 10 minutos para garantir distribuição adequada do anestésico ao nível dos dermatômeros lombossacros.

Questão 18

Paciente do sexo feminino, 25 anos, primigesta, foi submetida a cesariana de emergência sob raquianestesia há 48 horas. A punção foi realizada em L3-L4 com agulha Quincke 25G após duas tentativas.

No segundo dia pós-operatório, a paciente refere cefaleia frontal e occipital bilateral de forte intensidade que iniciou gradualmente há 12 horas. A dor piora significativamente quando ela se levanta para amamentar e alivia quando se deita. Refere também náuseas ocasionais. Ao exame físico, encontra-se afebril, sem rigidez de nuca, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits neurológicos focais. Considerando o quadro clínico apresentado, é CORRETO afirmar que:

- A cefaleia decorre do aumento da pressão intracraniana secundário ao extravasamento de líquido cefalorraquidiano, sendo o tratamento inicial baseado em posição supina, restrição hídrica e uso de diuréticos.
- O mecanismo fisiopatológico envolve vasoconstrição cerebral compensatória à hipotensão liquórica, e o tratamento de primeira linha consiste em bloqueio do gânglio esfenopalatino associado a corticosteroides sistêmicos.
- A utilização de agulha de ponta cortante tipo Quincke e o maior calibre (25G versus 27G) aumentam o risco dessa complicação, e o tratamento, quando necessário, consiste na injeção de sangue autólogo no espaço epidural.
- A posição de litotomia durante o procedimento é fator protetor para essa complicação, e o repouso em decúbito dorsal por 24 horas após a raquianestesia previne o desenvolvimento do quadro em pacientes de risco.
- A fisiopatologia envolve tração das meninges secundária ao aumento do volume sanguíneo intracraniano, sendo a hidratação venosa o tratamento mais eficaz para resolução dos sintomas.

Questão 19

Paciente do sexo masculino, 67 anos, 90 kg, foi submetido a artroplastia total de joelho direito sob anestesia peridural lombar contínua há 36 horas. Utilizava ácido acetilsalicílico 100 mg/dia até 3 dias antes da cirurgia e enoxaparina 40 mg subcutânea foi iniciada 12 horas após o término do procedimento, conforme protocolo institucional de trombopprofilaxia. O cateter peridural foi mantido para analgesia pós-operatória. Nas últimas 6 horas, o paciente passou a referir dor lombar progressiva que não melhora com a administração de analgésicos pelo cateter. Há 2 horas, surgiram parestesias em ambos os membros inferiores, e na última hora desenvolveu

dificuldade para movimentar os pés. Ao exame: dor intensa à percussão da região lombar, força grau 2 em flexores plantares bilateralmente, reflexo aquileu abolido e nível sensitivo em L2. De acordo com a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A complicação provável é o hematoma epidural, cuja incidência após anestesia peridural é de aproximadamente 1:150.000, e a conduta prioritária é a realização de exame de imagem e avaliação neurocirúrgica para descompressão de emergência.
- b) Trata-se de abscesso epidural, cuja incidência é maior em pacientes diabéticos, e a conduta inicial consiste em antibioticoterapia empírica endovenosa com reavaliação clínica em 24 a 48 horas.
- c) A síndrome da cauda equina por neurotoxicidade do anestésico local é a principal hipótese, sendo associada ao uso de cateteres espinhais para doses contínuas, e a conduta consiste em remoção imediata do cateter e observação.
- d) O quadro sugere sintomas neurológicos transitórios, complicação comum com lidocaína, e a conduta consiste em analgesia adequada e acompanhamento ambulatorial com resolução esperada em 7 a 14 dias.
- e) A neuropatia compressiva periférica por posicionamento cirúrgico prolongado é a principal hipótese, e a conduta prioritária envolve a realização de eletroneuromiografia para confirmação diagnóstica.

Questão 20

Paciente do sexo masculino, 45 anos, 78 kg, vítima de acidente automobilístico, é admitido na sala de emergência com suspeita de lesão esplênica e sinais de choque hipovolêmico classe III (PA 80/50 mmHg, FC 125 bpm, FR 28 irpm). A equipe de trauma solicita ao Anestesiologista que estabeleça acesso venoso calibroso para reposição volêmica agressiva enquanto prepara o paciente para laparotomia exploradora de emergência. Não há sinais de traumatismo torácico ou de membros superiores e dois técnicos de enfermagem estão disponíveis para auxiliar. Segundo as características dos dispositivos intravenosos e os princípios de ressuscitação volêmica em trauma, assinale a conduta CORRETA para o acesso vascular inicial:

- a) Puncionar a veia jugular interna direita com cateter duplo-lúmen pela técnica de Seldinger, pois permite infusão simultânea de cristaloides e hemoderivados com monitorização da pressão venosa central.
- b) Puncionar a veia subclávia direita com cateter de triplo-lúmen, pois oferece maior vazão que o acesso

periférico e permite administração concomitante de drogas vasoativas.

- c) Instalar dois cateteres venosos periféricos calibrosos (14G ou 16G) em veias do antebraço, preferencialmente na fossa cubital, utilizando dispositivos do tipo cateter plástico sobre agulha.
- d) Puncionar a veia femoral direita pela técnica de Seldinger com cateter monolúmen de grande calibre, pois é o acesso central com menor risco de complicações em pacientes instáveis.
- e) Instalar cateter venoso periférico 20G em veia do dorso da mão associado a acesso intraósseo tibial, pois a combinação oferece vazão superior ao acesso venoso central isolado.

Questão 21

Sobre a técnica de bloqueio do nervo safeno no canal adutor guiado por ultrassom pela abordagem proximal, considerando a orientação da agulha e o objetivo de deposição do anestésico local, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A agulha é inserida em plano, na orientação medial-para-lateral, e o anestésico local deve ser depositado posterior à veia femoral, entre o músculo adutor magno e o músculo vasto medial.
- b) A agulha é inserida fora de plano, através do músculo vasto medial, e o anestésico local deve ser depositado dentro do corpo do músculo sartório para difusão ao espaço subsartorial.
- c) A agulha é inserida em plano, na orientação lateral-para-medial, e o anestésico local deve ser depositado anterior à artéria femoral, profundamente ao músculo sartório, confirmando-se a dispersão ao redor da artéria pela visualização ultrassonográfica.
- d) A agulha é inserida fora de plano, no sentido craniocaudal, e o anestésico local deve ser depositado lateralmente à veia femoral, entre a fáscia lata e o músculo sartório.
- e) A agulha é inserida em plano, na orientação posterior-para-anterior, e o anestésico local deve ser depositado superficialmente ao músculo sartório, no tecido subcutâneo da face anteromedial da coxa.

Questão 22

Primigesta de 39 semanas em trabalho de parto ativo há 9 horas. Na avaliação pré-anestésica realizada durante o pré-natal, apresentava classificação de Mallampati II. Ao ser reavaliada pela equipe de anestesia para possível cesariana de urgência, após período expulsivo com múltiplas manobras de Valsalva e administração de ocitocina intravenosa por 6 horas, a nova classificação é Mallampati IV. O mecanismo fisiopatológico que explica CORRETAMENTE essa progressão na

classificação de Mallampati no decorrer do trabalho de parto é:

- Frouxidão ligamentar mandibular induzida por relaxina e progesterona, com consequente limitação da abertura de boca e protrusão da língua.
- Compressão direta do nervo laríngeo recorrente pelo útero gravídico aumentado, gerando edema laríngeo de origem neurogênica.
- Elevação do débito cardíaco e da pressão venosa central durante as contrações, com transudação de líquido para a mucosa faríngea.
- Edema progressivo das mucosas faríngeas e laríngeas por ganho de peso, retenção hídrica e manobras de Valsalva repetidas no período expulsivo.
- Deslocamento cefálico da laringe pela compressão diafragmática uterina, alterando a geometria das vias aéreas superiores.

Questão 23

Gestante de 36 semanas, obesidade grau II (IMC 38 kg/m²), Mallampati III, submetida a cesariana de urgência por descolamento prematuro de placenta. Após indução em sequência rápida com manobra de Sellick, a primeira tentativa de laringoscopia direta resulta em falha na intubação traqueal. A equipe decide inserir um dispositivo supraglótico para resgate da ventilação. Diante do exposto, a conduta CORRETA em relação à manobra de Sellick deve ser:

- Interromper ou aliviar a pressão sobre a cartilagem cricótireoide para não comprometer o acoplamento do dispositivo supraglótico.
- Mantiver a pressão cricótireoidea durante toda a inserção do dispositivo priorizando a proteção contra regurgitação.
- Substituir a pressão cricótireoidea por pressão sobre a cartilagem tireoide para facilitar a visibilidade glótica durante a inserção.
- Aumentar a pressão sobre a cartilagem cricótireoide de 30 N para 44 N para melhorar o vedamento esofágico durante a ventilação.
- Mantiver a pressão cricótireoidea e solicitar um segundo operador para inserir o dispositivo supraglótico de forma simultânea.

Questão 24

Paciente do sexo feminino, 52 anos, Índice de Massa Corporal (IMC) 48 kg/m², ASA III, será submetida a gastrectomia vertical sob anestesia geral. O Anestesiologista avalia que o diâmetro anteroposterior do tórax e o tecido mamário da paciente dificultam a laringoscopia direta. Para otimizar o posicionamento da

cabeça e melhorar a visualização da laringe durante a intubação orotraqueal, a técnica CORRETA deve ser:

- Posicionar a cabeça sobre dois travesseiros empilhados, mantendo os ombros no mesmo nível da mesa cirúrgica, e realizar extensão cervical máxima.
- Construir uma rampa com lençóis dobrados sob os ombros e o tronco superior, de modo a alinhar o meato acústico externo com a incisura esternal, e verificar a capacidade de extensão atlanto-occipital.
- Elevar o dorso da mesa cirúrgica a 45 graus e posicionar a cabeça em posição neutra, sem coxins adicionais, para aproveitar a gravidade sobre os tecidos moles.
- Utilizar um coxim de espuma tipo donut sob o occipício, elevando a cabeça 10 cm acima do plano da mesa, mantendo os ombros na superfície da mesa.
- Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo com a cabeça apoiada sobre o braço do assistente, para deslocar lateralmente o tecido mamário.

Questão 25

Homem de 42 anos, vítima de queda de altura com traumatismo cranioencefálico associado, é levado ao centro cirúrgico para drenagem de hematoma subdural. Apresenta Escala de Coma de Glasgow de 7, pupilas isocóricas e fotorreagentes, PA 90/60 mmHg, FC 110 bpm. O Anestesiologista planeja a indução anestésica considerando a instabilidade hemodinâmica e a hipertensão intracraniana presumida. Nesse contexto, assinale o agente hipnótico de indução CORRETO:

- Propofol.
- Tiopental.
- Etomidato.
- Midazolam.
- Cetamina.

Questão 26

Mulher de 34 anos, gestante de 36 semanas, portadora de diabetes *mellitus* gestacional em uso de insulina NPH, IMC de 38 kg/m², é admitida para cesariana de emergência por descolamento prematuro de placenta. Refere ter ingerido refeição completa há 2 horas. A avaliação de via aérea revela Mallampati III, distância tireoentoniana de 5 cm e abertura oral de 3,5 cm. Considerando os fatores de risco para broncoaspiração perioperatória presentes neste caso, a estratégia para proteção das vias aéreas durante a indução anestésica deve ser:

- Indução inalatória com sevoflurano em oxigênio a 100%, mantendo ventilação espontânea até plano anestésico adequado para laringoscopia.

- b) Inserção de dispositivo supraglótico de primeira geração após indução venosa, seguida de ventilação com pressão positiva controlada.
- c) Sequência de intubação com pré-oxigenação, indução venosa e intubação orotraqueal sem ventilação sob máscara.
- d) Indução venosa convencional com ventilação sob máscara facial utilizando baixos volumes correntes e pressões limitadas a 15 cmH₂O.
- e) Intubação acordada com broncoscópio flexível após anestesia tópica da via aérea e sedação com dexmedetomidina.

Questão 27

Mulher de 42 anos, portadora de obesidade grau III (IMC 48 kg/m²), diabetes *mellitus* tipo 2, apneia obstrutiva do sono grave em uso de CPAP domiciliar, e doença do refluxo gastroesofágico em uso de omeprazol, é admitida para gastroplastia redutora videolaparoscópica eletiva. A avaliação de via aérea revela Mallampati IV, circunferência cervical de 48 cm, distância tireoentoniana de 5 cm e extensão cervical limitada a 20 graus. O jejum de 12 horas para sólidos e 4 horas para líquidos claros foi respeitado. Durante a indução com sequência rápida de intubação, após três tentativas de laringoscopia direta sem sucesso (Cormack-Lehane IV), a saturação de oxigênio cai para 78%. A máscara laríngea de segunda geração é inserida com dificuldade, permitindo ventilação com SpO₂ de 92%. O cirurgião questiona se o procedimento deve prosseguir ou ser suspenso. A paciente apresenta estabilidade hemodinâmica. De acordo com o caso clínico, assinale a alternativa que indica a conduta CORRETA:

- a) Prosseguir com o procedimento utilizando a máscara laríngea de segunda geração, tendo em vista que o dispositivo oferece proteção contra aspiração em pacientes com risco moderado.
- b) Tentar intubação orotraqueal através da máscara laríngea utilizando broncoscópio flexível, considerando a proteção da via aérea com balonete traqueal.
- c) Suspender o procedimento, despertar a paciente e reprogramar a cirurgia com plano de intubação acordada por broncoscopia.
- d) Solicitar cricotireoidostomia de emergência, pois a situação configura cenário de "não intubo, não ventilo" que requer acesso cirúrgico à via aérea.
- e) Administrar sugamadex para reversão do bloqueio neuromuscular e tentar despertar a paciente, mantendo a máscara laríngea até retorno da ventilação espontânea e dos reflexos protetores.

Questão 28

Mulher, 58 anos, 72 kg, ASA II, portadora de hipertensão arterial sistêmica controlada com losartana 50 mg/dia, será submetida a colectomia direita eletiva por videolaparoscopia em hospital que adota protocolo *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS). Na consulta pré-anestésica, realizada 10 dias antes do procedimento, o Anestesiologista orienta a paciente sobre o preparo pré-operatório. A cirurgia está agendada para as 8 horas da manhã. Em relação às orientações pré-operatórias recomendadas pelo protocolo ERAS para essa paciente, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Prescrever jejum absoluto de 8 horas para sólidos e líquidos, sem oferta de suplementação calórica pré-operatória, para reduzir o risco de broncoaspiração durante a indução anestésica.
- b) Orientar preparo mecânico anterógrado do cólon com polietilenoglicol na véspera da cirurgia, associado a jejum de 12 horas, para garantir campo cirúrgico limpo e reduzir complicações infecciosas.
- c) Recomendar dieta hipercalórica nos três dias anteriores à cirurgia e suspender a ingestão oral 12 horas antes do procedimento com o objetivo de garantir reserva energética e minimizar o risco aspirativo.
- d) Prescrever solução glicosada a 10% por via intravenosa na manhã da cirurgia em substituição à ingesta oral, por oferecer aporte calórico equivalente ao da maltodextrina com menor risco de broncoaspiração.
- e) Indicar solução de maltodextrina por via oral 2 a 3 horas antes da cirurgia, evitar jejum prolongado e dispensar o preparo mecânico de cólon.

Questão 29

Homem, 45 anos, 90 kg, IMC 31 kg/m², ASA II, com diagnóstico de apneia obstrutiva do sono moderada (índice de apneia-hipopneia de 22 eventos/hora), será submetido a herniorrafia inguinal eletiva sob anestesia geral. O Anestesiologista planeja uma estratégia de anestesia poupadora de opioides, com indução multimodal. Na sala cirúrgica, dispõe de diversos fármacos adjuvantes. Considerando o perfil clínico do paciente e os princípios da farmacologia aplicada à Apneia Obstrutiva do Sono, o fármaco adjuvante cuja principal vantagem farmacodinâmica nesse caso é a promoção de sedação e analgesia com preservação do tônus da musculatura faríngea e da resposta ventilatória ao dióxido de carbono é:

- a) Midazolam, na dose de 0,05 mg/kg em bolus intravenoso único.
- b) Dexmedetomidina, na dose de 0,5 µg/kg intravenosa em infusão lenta de 10 minutos.

- c) Lidocaína intravenosa, na dose de 1 a 1,5 mg/kg em bomba de infusão contínua.
- d) Sulfato de Magnésio, na dose de 40 mg/kg intravenoso na primeira hora antes da incisão.
- e) Gabapentina, na dose de 150 a 300 mg por via oral como medicação pré-anestésica.

Questão 30

Mulher, 34 anos, 60 kg, não tabagista, com história de cinetose na infância, será submetida a colecistectomia videolaparoscópica eletiva sob anestesia geral balanceada com sevoflurano e fentanil. Ao final do procedimento, que durou 55 minutos, o anestesiológista avalia o risco de Náuseas e Vômitos no Pós-operatório (NVPO) para definir a estratégia profilática antes da extubação: PA: 118/72 mmHg; FC: 74 bpm; SpO₂: 99%; temperatura esofágica: 36,2 °C. De acordo com os fatores de risco presentes na paciente e o escore de Apfel, assinale a alternativa que indica a análise do risco e a conduta CORRETA:

- a) A paciente apresenta um fator de risco (sexo feminino) pelo escore de Apfel, configurando risco baixo de NVPO, dispensando profilaxia antiemética farmacológica no intraoperatório.
- b) A paciente apresenta dois fatores de risco (sexo feminino e não tabagismo) pelo escore de Apfel, configurando risco moderado, sendo indicada a profilaxia com um agente antiemético.
- c) A paciente apresenta dois fatores de risco (não tabagismo e história de cinetose) pelo escore de Apfel, configurando risco moderado, sendo indicada profilaxia antiemética com dois agentes de classes distintas.
- d) A paciente apresenta três fatores de risco (sexo feminino, não tabagismo e história de cinetose) pelo escore de Apfel, configurando risco elevado de NVPO, sendo indicada profilaxia antiemética multimodal com associação de fármacos e consideração de anestesia venosa total.
- e) A paciente apresenta quatro fatores de risco (sexo feminino, não tabagismo, história de cinetose e uso de anestésico inalatório) pelo escore de Apfel, configurando risco muito elevado, o que contraindica o uso de sevoflurano e indica anestesia venosa total.

Questão 31

Durante a realização de uma raquianestesia em um paciente de 80 anos para correção de fratura de fêmur, o Anestesiológista observa uma dispersão do bloqueio sensitivo até o nível dermatomal T4, apesar de ter utilizado um volume de anestésico local que resultaria em um nível T10 em um adulto jovem. Em relação ao

perfil do paciente, assinale CORRETAMENTE qual seria a alteração anatômica ou fisiológica responsável por essa dispersão cefálica exagerada no idoso.

- a) O aumento do volume de Líquido Cefalorraquidiano (LCR) na região lombar.
- b) O alargamento dos forames intervertebrais facilitando o escape do fármaco.
- c) A calcificação da dura-máter que aumenta a permeabilidade ao anestésico.
- d) O estreitamento do forame vertebral e alterações na complacência do espaço epidural.
- e) O aumento da depuração líquórica do anestésico devido à hiperperfusão medular.

Questão 32

Na avaliação pré-operatória de idosos, a identificação da Síndrome da Fragilidade é fundamental para a estratificação de risco. Para que um paciente seja classificado como portador desta síndrome, ele deve apresentar pelo menos três componentes. Para esse diagnóstico, os critérios válidos são:

- a) Perda de peso não intencional, exaustão autoaferida e baixa velocidade de marcha.
- b) Índice de Massa Corporal (IMC) < 18,5, incontinência urinária e déficit cognitivo.
- c) Polifarmácia (> 5 medicamentos), histórico de quedas e dependência para AVDs.
- d) Idade superior a 85 anos, sarcopenia confirmada por tomografia e depressão.
- e) Hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* descompensado e anemia crônica.

Questão 33

Um Anestesiológista realiza cateterização venosa central pela técnica de Seldinger em veia jugular interna direita de paciente do sexo feminino, 63 anos, sob monitorização contínua. Após antisepsia, colocação de campos, posicionamento em Trendelenburg e anestesia local, o profissional localiza a veia com agulha 22G e, em seguida, punciona com agulha 18G adaptada a uma seringa com solução salina, obtendo retorno de sangue de cor vermelho-escuro e fluxo contínuo. Nesse contexto, o próximo passo antes da inserção do fio guia deve ser:

- a) Conectar o cateter venoso central à agulha 18G e avançar o conjunto para dentro da veia.
- b) Inflar o balão do dilatador sobre a agulha para ampliar o orifício de entrada na veia puncionada.
- c) Desconectar a seringa, confirmar a ausência de fluxo sanguíneo pulsátil e ocluir o orifício externo da agulha com o dedo.

- d) Realizar incisão de aproximadamente 3 mm com lâmina de bisturi junto à entrada da agulha na pele.
- e) Introduzir o dilatador venoso diretamente pela agulha 18G para ampliar o trajeto antes da passagem do fio guia.

Questão 34

Lactente de 14 meses, 10 kg, está sob anestesia geral para videolaparoscopia. O Anestesiologista observa, no capnógrafo *sidestream*, que a fase 2 da curva capnográfica apresenta inclinação acentuada em vez do padrão verticalizado esperado. Acerca do tema, a alternativa que apresenta a explicação fisiopatológica CORRETA para essa alteração na morfologia da curva capnográfica é:

- a) A elevada frequência respiratória do lactente excede o tempo de resposta do capnógrafo *sidestream*, impedindo o registro completo da transição entre gás do espaço morto e gás alveolar.
- b) A presença de obstrução parcial do tubo endotraqueal por secreções, que gera turbilhamento do fluxo de gás e distorção da amostra aspirada pelo sensor.
- c) A menor capacidade residual funcional do lactente em relação ao adulto, que reduz a mistura de gás alveolar com o gás do espaço morto anatômico.
- d) A desconexão parcial do circuito ventilatório na peça em "Y", causando diluição do gás expirado com gás fresco e atenuação progressiva do sinal de CO₂.
- e) A ventilação com pressão controlada, que por gerar fluxo desacelerado impede o esvaziamento uniforme dos alvéolos e distorce a fase ascendente da curva.

Questão 35

Criança de 6 anos, 22 kg, ASA I, será submetida a apendicectomia videolaparoscópica de urgência. Após indução anestésica inalatória com sevoflurano a 8% em oxigênio a 100%, o anestesiologista procede à intubação orotraqueal. Considerando a fórmula de Motoyama para a escolha do tubo traqueal, o diâmetro interno estimado para um tubo traqueal do tipo cuffed para essa criança deve ser:

- a) 4,0 mm.
- b) 4,5 mm.
- c) 5,0 mm.
- d) 5,5 mm.
- e) 6,0 mm.

Questão 36

Durante intubação orotraqueal com vídeo laringoscópio de lâmina hiperangulada em uma paciente de 38 anos, ASA I, submetida a tireoidectomia total eletiva, o

anestesiologista obtém classificação Cormack-Lehane grau I no monitor e inicia a inserção do tubo endotraqueal. Ao avançar o tubo, sem manter visão direta da orofaringe proximal, a paciente apresenta sangramento oral súbito. Nesse caso, a complicação provavelmente associada a esse mecanismo de lesão é:

- a) Perfuração do palato por avanço do tubo sem visualização direta da via aérea proximal.
- b) Intubação esofágica inadvertida por falha na identificação das estruturas glóticas.
- c) Lesão de corda vocal por introdução forçada do tubo pela abertura glótica.
- d) Broncoespasmo reflexo desencadeado pelo contato do tubo com a mucosa traqueal.
- e) Laceração da epiglote por posicionamento inadequado da lâmina do videolaringoscópio.

Questão 37

Uma criança de 18 meses, ASA I, com 11 kg, é programada para herniorrafia inguinal eletiva sob anestesia geral. A cirurgia está agendada para as 8h da manhã. A mãe informa que a criança tomou 150 mL de leite materno às 2h e, às 5h30, ingeriu 50 mL de água filtrada. Segundo as diretrizes ASA 2023 sobre tempos mínimos de jejum pré-operatório pediátrico, assinale a conduta CORRETA do anestesiologista em relação ao início da anestesia:

- a) Prosseguir com a anestesia no horário previsto, pois o intervalo mínimo de 2 horas para líquidos claros e de 4 horas para leite materno já foi atingido para ambas as ingestões relatadas.
- b) Adiar o procedimento, pois o intervalo de jejum para líquidos claros em crianças é de 4 horas e a ingestão de água ocorreu há menos de 4 horas.
- c) Adiar o procedimento por pelo menos mais 2 horas, pois o consumo de leite materno exige 6 horas de jejum em crianças menores de 36 meses.
- d) Prosseguir com a anestesia no horário previsto, pois o jejum de 4 horas para sólidos já foi cumprido e a água não interfere no esvaziamento gástrico.
- e) Cancelar o procedimento e reagendá-lo para o dia seguinte, pois a ingestão de dois tipos diferentes de alimentos requer reavaliação gástrica por ultrassonografia.

Questão 38

Um adulto de 40 anos, ASA I, está aguardando na sala de preparo para ser submetido a artroscopia de joelho sob anestesia geral eletiva. Ele relata ansiedade intensa e solicita ao Anestesiologista permissão para mascar chiclete enquanto aguarda. De acordo com as diretrizes

mais recentes, a conduta CORRETA do Anestesiologista deve ser:

- a) Proibir o uso de goma de mascar, pois a mastigação estimula a secreção gástrica de ácido clorídrico e aumenta o volume residual gástrico de forma clinicamente significativa.
- b) Permitir o uso de goma de mascar, pois não há evidências que demonstram aumento significativo do risco de aspiração em adultos saudáveis.
- c) Proibir o uso de goma de mascar e prescrever midazolam sublingual como alternativa para controle da ansiedade pré-operatória.
- d) Proibir o uso, visto que a estimulação da fase cefálica gástrica reduz o pH do estômago e eleva o volume residual, impondo risco de pneumonite aspirativa.
- e) Proibir o uso de goma de mascar e substituí-lo por líquidos mais seguros, como suco de laranja com (líquido claro).

Questão 39

Uma gestante de 32 anos, secundigesta, com idade gestacional de 39 semanas, está em trabalho de parto ativo sob analgesia peridural. Após ruptura espontânea das membranas, evolui subitamente com dispneia aguda, agitação intensa, calafrios, cianose e queda da saturação periférica de oxigênio para 78%. A frequência cardíaca fetal cai para 85 bpm. Minutos depois, a paciente apresenta hipotensão arterial grave (PA 60/30 mmHg), rebaixamento do nível de consciência e sangramento vaginal volumoso sem formação de coágulos. Com base nesse caso, assinale CORRETAMENTE o diagnóstico provável:

- a) Embolia pulmonar trombotica aguda, desencadeada pelo estado de hipercoagulabilidade gestacional e estase venosa prolongada durante o trabalho de parto.
- b) Choque séptico de foco uterino, decorrente de corioamnionite secundária à ruptura prolongada das membranas amnióticas.
- c) Embolia por líquido amniótico, caracterizada pela tríade de hipoxemia aguda, colapso cardiovascular e coagulopatia durante o trabalho de parto.
- d) Eclâmpsia complicada por síndrome HELLP, manifestando-se com coagulopatia de consumo e insuficiência respiratória aguda.
- e) Descolamento prematuro de placenta com choque hemorrágico, justificando a hipotensão e a coagulopatia observadas.

Questão 40

Um Anestesiologista é chamado para avaliar um paciente de 55 anos, internado na UTI cirúrgica no 8º

dia de pós-operatório de esofagectomia, em ventilação mecânica invasiva desde o procedimento. O paciente apresenta febre de 39,2 °C, secreção traqueal purulenta abundante, leucocitose de 22.000/mm³ com desvio à esquerda, PaO₂/FiO₂ de 180 mmHg (com PEEP de 10 cmH₂O) e novo infiltrado em lobo inferior esquerdo na radiografia de tórax. O diagnóstico de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) é estabelecido. Após coleta de culturas de secreção traqueal e hemoculturas, é iniciada antibioticoterapia empírica intravenosa de amplo espectro. Em relação à estratégia ventilatória indicada para esse paciente, assinale CORRETAMENTE:

- a) Utilizar ventilação protetora pulmonar com volume corrente de 6 mL/kg de peso corporal predito e manter a pressão de platô ≤ 30 cmH₂O.
- b) Aumentar o volume corrente para 12 mL/kg de peso predito e a pressão de platô para 40 cmH₂O para melhorar o recrutamento alveolar.
- c) Substituir a ventilação mecânica invasiva por cateter nasal de alto fluxo a 60 L/min para reduzir o risco de barotrauma.
- d) Reduzir a FiO₂ para 21% (ar ambiente) para evitar toxicidade por oxigênio.
- e) Instituir PEEP Zero (ZEEP) para prevenir o barotrauma e facilitar a depuração das secreções.