

**MÉDICO – MEDICINA INTENSIVA / ADULTO
(301 e 302)
CADERNO DE QUESTÕES**

PROIBIDO FOLHEAR ESTE CADERNO ANTES DA AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PROVA

Além deste caderno de **50** questões OBJETIVAS e **10** questões DISCURSIVAS, você recebeu:
- um cartão-resposta personalizado com questões de múltipla escolha com quatro alternativas.
- um caderno de respostas para as questões discursivas.

Duração máxima da prova: **5 horas**

Autorização para deixar o local de prova: **após 2 hora** do início da prova

INSTRUÇÕES

- 1) Na mesa, são permitidos apenas o(s) caderno(s), o cartão-resposta (quando houver) e a caneta esferográfica transparente de tinta preta ou azul **SEM A TAMP A**. Demais pertences devem estar devidamente guardados embaixo da carteira.
- 2) Terminada a prova, **TODO** material de prova deverá ser devolvido aos fiscais.
- 3) As três últimas pessoas candidatas somente poderão deixar a sala, juntas, quando a última entregar a prova. As três deverão assinar a ata de sala, atestando a idoneidade e a regularidade da finalização da prova.

NO CARTÃO-RESPOSTA:

- 4) Confira os seus dados pessoais, número de inscrição e cargo/programa escolhido.
- 5) Assine e transcreva a frase impressa no cartão assim que o receber (cartões entregues sem a assinatura e/ou sem a transcrição da frase **NÃO** serão corrigidos).
- 6) Marque a alternativa correta de acordo com a ilustração instrutiva. Somente as respostas corretamente preenchidas serão objeto de correção.

Atenção: Por motivo de segurança, as respostas **NÃO** poderão ser anotadas em nenhum outro local que não seja o cartão-resposta ou o caderno de respostas para questões discursivas.

NO CADERNO DE QUESTÕES:

- 7) Após autorização do início da prova, verifique a numeração das questões e das páginas (havendo irregularidade no material, comunique ao fiscal de sala).
- 8) Não arranque, destaque ou rasgue nenhuma folha nem parte dela.

Todos os casos e nomes utilizados nas provas do CEPUERJ são fictícios.

ORGANIZADOR



CEPUERJ

PROVA OBJETIVA**LÍNGUA PORTUGUESA****TEXTO:****O machismo das ausências**

1 Com alguma frequência, respondo a entrevistas. Ou tento, quando o volume de trabalho me permite. Fico feliz quando me procuram para falar de literatura, afinal, é meu trabalho, mas noto a repetição de uma mesma pergunta: “você já sofreu machismo no meio literário?”

5 Como se não bastasse o machismo galopante que transborda do mundo e a que estão sujeitas todas as mulheres, inclusive as escritoras, a pergunta vem com a expectativa de uma resposta contundente, com exemplos que escandalizem, com depoimentos tocantes. É onde costumo decepcionar.

Veja bem, é fácil responder de forma a satisfazer a pessoa jornalista ou o público a quem é destinada a matéria. Mas, considerando que o meio literário não é uma realidade à parte e que o machismo raramente começa e termina num só lugar, responder fica difícil. Difícil porque a resposta mais
10 completa é aquela que a pergunta não contempla. Mas é especialmente difícil porque a resposta está nas perguntas que não nos fazem. Nos exemplos que não existem. Nos “nãos” que nem chegam a ser ditos porque nem precisa.

O problema do preconceito de gênero é que dificilmente ele é explícito; ele está mais presente nas coisas que não vemos. Isso também na literatura: nos convites para eventos que deixamos de
15 receber. Quando uma autora é deixada de lado para darem destaque a um escritor. Nas faltas de indicação a prêmios. No esquecimento.

Apesar da relevância do trabalho das escritoras, ainda é difícil vê-las podendo falar de seu trabalho nas mesmas condições que um autor pode falar. Nas mesas de debates compostas só por homens, por exemplo, eles podem transcender todas essas questões e falar de seus trabalhos, de seus
20 personagens, de literatura. Se convidada, a escritora provavelmente acabará tendo que falar sobre suas dificuldades, sobre o preconceito, sobre ser mulher e escrever.

Ser homem é não ter gênero, é pairar acima dele; enquanto uma mulher, não importa que seja escritora, cientista ou jardineira, será primeiramente e acima de tudo uma mulher.

A ausência está nas perguntas que não nos fazem, aquelas que são esquecidas enquanto vêm as
25 questões sobre as nossas maiores dificuldades de escrever sendo mulher, o único assunto que nos cabe.

Mas as histórias que escrevemos não importam? Nosso trabalho, por si só, não interessa? Não podemos falar sobre literatura, pura e simplesmente? Essa é uma barreira difícil de romper.

Esse é só mais um indício de como o machismo dentro da literatura se manifesta bem antes de chegar
30 no mercado editorial; e, como dito, é um machismo que se manifesta de forma sutil, empurrando as autoras para as margens. É o machismo de tornar as mulheres invisíveis. É o machismo da ausência de oportunidades. E isso vem desde muito cedo, desde quando as jovens mulheres, ainda mais quando são pobres, especialmente quando são negras, são desmotivadas a escrever; quando escrevem, têm dificuldade de ser publicadas; quando são publicadas, não recebem tanta projeção.

35 Dessa forma, mesmo que rompamos uma série de barreiras para poder chegar a ser escritoras, mesmo quando conseguimos, ainda seremos barradas em algum momento. E nem poderemos usar isso como um exemplo contundente de machismo, afinal, não aconteceu. Nada existiu.

Esse “não estar” é mais cruel do que alguém fazendo um comentário machista na minha cara, porque é mais difícil apontar para essa ausência de oportunidades do que para um preconceito explícito.

40 Não é um caso isolado de machismo dentro do meio literário que cria barreiras para as escritoras. É todo um sistema, presente no mundo no qual estamos imersas, que garante que fiquemos à margem.

São essas ausências que garantem que o escritor a quem se refere o Dia do Escritor, comemorado no dia 25 de julho, seja homem (como 72% dos autores brasileiros publicados) e branco (como 93,9% dos que escrevem literatura no Brasil). Então é sobretudo nas ausências que precisamos prestar

45 atenção.

VALEK, Aline.

Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/cultura/o-machismo-das-ausencias/>.

Acesso em: 26/01/2026 (adaptado).

Com base no texto apresentado, responda às questões de números 1 a 10.

1) De acordo com o texto, o machismo na literatura manifesta-se bem antes do mercado editorial, pois as mulheres:

- a) são alvo de comentários machistas ao buscarem oportunidades de divulgação de seu trabalho
- b) têm suas obras preteridas pelo mercado livreiro, que prioriza a venda de livros de autores homens
- c) sentem-se desmotivadas por serem mulheres, pobres e negras, por isso acabam desistindo de suas carreiras
- d) enfrentam obstáculos nas várias etapas de seu trabalho como escritoras apenas por serem mulheres

2) A autora busca convencer o leitor de que existe machismo na literatura, apresentando fatos e opiniões. O trecho que apresenta uma avaliação pessoal explícita da autora, configurando-se como opinião, é:

- a) “Não é um caso isolado de machismo dentro do meio literário que cria barreiras para as escritoras.” (l. 40)
- b) “Se convidada, a escritora provavelmente acabará tendo que falar sobre suas dificuldades” (l. 20-21)
- c) “A ausência está nas perguntas que não nos fazem” (l. 24)
- d) “Com alguma frequência, respondo a entrevistas.” (l. 1)

3) O título “O machismo das ausências” refere-se à(ao):

- a) proibição do trabalho intelectual feminino
- b) invisibilização da produção literária feminina
- c) papel masculino na construção do preconceito de gênero
- d) literatura de autoria masculina resultante da cultura patriarcal

4) Como estratégia persuasiva, a autora busca uma aproximação maior com o leitor por meio da interlocução direta. No texto, essa estratégia se constrói pelo emprego do(a):

- a) verbo no modo imperativo em “Veja bem” (ℓ. 7)
- b) conjunção coordenativa alternativa em “Ou tento” (ℓ. 1)
- c) adjetivo em “a expectativa de uma resposta contundente” (ℓ. 5)
- d) estrutura comparativa em “é mais difícil apontar para essa ausência de oportunidades do que para um preconceito explícito.” (ℓ. 39)

5) As figuras de linguagem são recursos empregados para dar mais expressividade às ideias no texto; entre elas, a metáfora. O trecho que se configura como metafórico é:

- a) “questões sobre as nossas maiores dificuldades de escrever” (ℓ. 25)
- b) “convites para eventos que deixamos de receber.” (ℓ. 14-15)
- c) “o machismo galopante que transborda do mundo” (ℓ. 4)
- d) “o público a quem é destinada a matéria.” (ℓ. 7-8)

6) Ambiguidade é o fenômeno que permite interpretações distintas e plausíveis de uma mesma frase, palavra, expressão. Entre as frases a seguir, aquela que não apresenta ambiguidades, construindo uma única possibilidade de interpretação, é:

- a) Aquela editora prioriza publicar livros de autoras negras e indígenas.
- b) A escritora conversou com o representante da editora em sua casa.
- c) Li o romance do autor que está sendo discutido nos clubes de leitura.
- d) Meu editor falou com a autora que lançará um livro na Bienal de São Paulo.

7) De forma geral, as informações são organizadas nos textos com o objetivo de promover a continuidade do tema de forma coesa e coerente. No texto em análise, o décimo parágrafo (ℓ. 35-37) desenvolve, em relação ao parágrafo anterior (ℓ. 29-34), uma ideia de:

- a) conformidade
- b) concessão
- c) conclusão
- d) causa

8) Em “Dessa forma, mesmo que rompamos uma série de barreiras para poder chegar a ser escritoras, mesmo quando conseguimos, ainda seremos barradas em algum momento” (ℓ. 35-36), a conjunção que pode substituir a locução conjuntiva em destaque, sem alteração do sentido do trecho, é:

- a) conquanto
- b) entretanto
- c) porquanto
- d) contudo

9) O período que, reescrito, apresenta o mesmo sentido de “é um machismo que se manifesta de forma sutil, empurrando as autoras para as margens” (ℓ. 30-31) é:

- a) É um machismo que se manifesta de forma sutil, embora empurre as autoras para as margens.
- b) É um machismo que se manifesta de forma sutil quando empurra as autoras para as margens.
- c) É um machismo que se manifesta de forma sutil, porém empurra as autoras para as margens.
- d) É um machismo que se manifesta de forma sutil e empurra as autoras para as margens.

10) A pontuação muitas vezes é empregada para além das regras gramaticais, de forma expressiva, com o objetivo de atender à determinada intenção do autor. No texto, o trecho que faz uso de pontuação expressiva, construindo um sentido de ênfase, é:

- a) “Fico feliz quando me procuram para falar de literatura, afinal, é meu trabalho, mas noto a repetição de uma mesma pergunta: ‘você já sofreu machismo no meio literário?’ ” (ℓ. 2-3)
- b) “Mas é especialmente difícil porque a resposta está nas perguntas que não nos fazem. Nos exemplos que não existem. Nos ‘nãos’ que nem chegam a ser ditos porque nem precisa.” (ℓ. 10-12)
- c) “Ser homem é não ter gênero, é pairar acima dele; enquanto uma mulher, não importa que seja escritora, cientista ou jardineira, será primeiramente e acima de tudo uma mulher.” (ℓ. 22-23)
- d) “Esse é só mais um indício de como o machismo dentro da literatura se manifesta bem antes de chegar no mercado editorial; e, como dito, é um machismo que se manifesta de forma sutil, empurrando as autoras para as margens.” (ℓ. 29-31)

LEGISLAÇÃO

11) Nas dependências de uma universidade pública, de forma livre, consciente e voluntária, um funcionário técnico administrativo, descumprindo medida protetiva de urgência, com a intenção de matar, ofendeu a integridade corporal de sua esposa, também funcionária da instituição, ao efetuar disparos de arma de fogo. A vítima, porque foi imediatamente socorrida e levada para o hospital, sobreviveu. Ficou entendido que o crime foi cometido por razões da condição do sexo feminino, por menosprezo à condição de mulher. Nesse caso, o crime praticado é tipificado como:

- a) tentativa de homicídio
- b) tentativa de feminicídio
- c) crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência
- d) crime de lesão corporal qualificada praticada contra a mulher, por razões da condição do sexo feminino

12) Um médico negro fazia seu atendimento no hospital quando percebeu que uma senhora havia ingressado na sala de emergência sem a devida autorização. O médico solicitou continuamente que a senhora se retirasse do local, pois não havia permissão para ali permanecer. Sem atender ao pedido, ela agrediu o médico dizendo: “E aí, seu médico preguiçoso, safado e incompetente! Não vai me atender?!”. A ação foi presenciada por dois técnicos de enfermagem e por outros pacientes que aguardavam atendimento. Acionados pelo médico, policiais militares compareceram ao local e, diante do relato, efetuaram a prisão em flagrante da senhora, conduzindo-a até a Delegacia de Polícia. Nesse caso, a prisão em flagrante foi corretamente executada, porque a senhora praticou o crime de:

- a) injúria
- b) calúnia
- c) difamação
- d) injúria racial

13) A pena para o crime de homotransfobia, previsto no artigo 20 da lei nº 7.716, de 05 de janeiro de 1989, é de:

- a) detenção de dois a quatro anos e multa
- b) reclusão de dois a quatro anos e multa
- c) detenção de um a três anos e multa
- d) reclusão de um a três anos e multa

14) A fim de se ausentar do trabalho por considerável período de tempo e evitar as sanções previstas em lei, por falta imotivada, um funcionário técnico-administrativo pediu que um amigo médico emitisse dois atestados médicos, que comprovassem o seu suposto comparecimento a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Nesse caso, avalia-se que foi praticado o crime de:

- a) falsidade material
- b) uso de documento falso
- c) falsidade de atestado médico
- d) falsificação de documento particular

15) A Constituição da República de 1988 estabelece que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à segurança, bem como ao(à):

- a) liberdade, igualdade e propriedade
- b) saúde, moradia e propriedade
- c) liberdade, moradia e trabalho
- d) saúde, igualdade e trabalho

16) A Constituição da República de 1988 reconhece a instituição do júri, assegurando a plenitude de defesa, bem como:

- a) sigilo das votações, sistema da prova legal e competência para o julgamento dos crimes dolosos e culposos contra a vida
- b) sala secreta, soberania dos veredictos e competência para o julgamento dos crimes dolosos e culposos contra a vida
- c) sigilo das votações, soberania dos veredictos e competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida
- d) sala secreta, sistema da prova legal e competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida

17) Da sentença que julga o mandado de segurança cabe:

- a) remessa necessária, sem efeito suspensivo, se não concedida a segurança
- b) remessa necessária, com efeito suspensivo, se concedida a segurança
- c) apelação, com efeito suspensivo, se concedida a segurança
- d) apelação, sem efeito suspensivo, se concedida a segurança

18) As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável:

- a) nos casos de dolo e culpa
- b) nos casos de dolo ou culpa
- c) somente nos casos de culpa
- d) independente de dolo ou culpa

19) Os atos de improbidade administrativa importarão a suspensão dos direitos políticos, a perda da função pública, bem como o(a):

- a) indisponibilidade dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação cível cabível
- b) indisponibilidade dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível
- c) perda dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível
- d) perda dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação cível cabível

20) Além do aperfeiçoamento profissional e acadêmico permanentes, por meio do programa CAPACIT-UERJ, a progressão funcional do servidor técnico-administrativo da UERJ atenderá aos requisitos de interstício mínimo de:

- a) 24 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício superior a dois anos
- b) 36 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício superior a dois anos
- c) 24 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício não superior a dois anos
- d) 36 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício não superior a dois anos

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

De acordo com a lei nº 8.080/1990, responda às questões de números **21** e **22**.

21) A lei orgânica do SUS define entre as atribuições comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

- a) acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais
- b) formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação, nutrição, vigilância e fiscalização de alimentos
- c) definir e coordenar os sistemas de redes integradas de centros de assistência de alta complexidade
- d) definir as diretrizes e normas para a estruturação física e organizacional dos serviços de saúde bucal

22) Com relação ao subsistema de acompanhamento à mulher nos serviços de saúde, é direito da mulher:

- a) ter como acompanhante, em procedimento que envolva sedação, um profissional de saúde do sexo feminino, indicado pela unidade de saúde responsável, podendo recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, mediante justificativa plausível
- b) ser atendida exclusivamente por profissionais do sexo feminino em qualquer consulta, exame ou procedimento, podendo exigir substituição imediata de membros do sexo masculino, ainda que gere atraso no atendimento e interrompa a assistência
- c) fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, independentemente de notificação prévia
- d) adiar a ação dos profissionais de saúde previamente autorizados a agir na proteção e defesa da sua saúde e da sua vida, em caso de emergência, quando na ausência do acompanhante requerido, de modo a aguardar a chegada do mesmo

23) Quanto à organização do SUS, o planejamento em saúde deve:

- a) compatibilizar as necessidades de saúde com os interesses do mercado financeiro, com foco na integralidade da atenção
- b) ser descendente e integrado, realizado de maneira regionalizada do nível federal até os níveis estadual e municipal
- c) ser facultativo para os entes públicos e indutor de políticas para as instituições e representantes da iniciativa privada
- d) considerar os serviços prestados, inclusive pela iniciativa privada, sendo complementares ou não ao SUS

24) A organização do SUS ocorre de forma regionalizada e hierarquizada de modo que a instituição das Regiões de Saúde deve:

- a) adotar as legislações e normas que regem o sistema de saúde do país vizinho, quando as regiões de saúde forem situadas em áreas de fronteira com outro país
- b) ser realizada pelo estado, em articulação com os municípios, respeitando as diretrizes gerais pactuadas na comissão intergestores tripartite
- c) contemplar ações e serviços de atenção básica e hospitalar, podendo implementar ações e serviços de vigilância em saúde, em caráter facultativo
- d) compor regiões interestaduais, formadas por municípios e estados limítrofes, por ato discricionário do gestor nacional do SUS

25) Entre as atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica, encontra(m)-se:

- a) responsabilizar-se pela população adscrita, delegando a coordenação do cuidado quando o usuário necessitar de atendimento em outros pontos da rede de atenção à saúde
- b) atender em domicílio pessoas com problemas de saúde que realizam com autonomia as atividades da vida diária e que podem se deslocar até a unidade básica de saúde
- c) realizar acolhimento, consultas, procedimentos e prescrições conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, e normativas técnicas estabelecidas e vigentes
- d) executar a gestão das filas de espera e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde

26) São Princípios e Diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizados na Atenção Básica:

- a) integralidade, seletividade e cuidado centrado no profissional
- b) territorialização, eficiência administrativa e problematização
- c) equidade, população adscrita e coordenação do cuidado
- d) universalidade, meritocracia e transversalidade da atenção

27) De acordo com a lei complementar nº 141/2012, que versa sobre financiamento do SUS, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde os gastos com:

- a) limpeza urbana, varrição, lavagem e remoção de resíduos em vias públicas
- b) manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças
- c) merenda escolar e programas alimentares executados em unidades do SUS
- d) pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde

28) Quanto ao repasse e aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, é necessário que:

- a) a movimentação dos recursos repassados seja realizada, exclusivamente, por meios que identifiquem a destinação e, no caso de pagamento, o credor
- b) os recursos reservados aos hospitais universitários federais tenham repasse centralizado no Ministério da Educação, que efetua a execução integral do custeio
- c) os demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação sejam publicados no Diário Oficial da União, sendo vedada sua divulgação em meio eletrônico
- d) a transferência de custeio da União seja realizada em contas específicas dos chefes do poder executivo municipal, mantidas em instituição financeira autorizada pela prefeitura

Em relação à lei nº 12.401/2011, que altera a lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, responda às questões de números **29** e **30**.

29) A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) deverá:

- a) assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração, pelo SUS, de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica
- b) regular e fiscalizar os planos de saúde privados, definir a cobertura mínima obrigatória, estabelecer reajustes anuais de mensalidades, publicar o rol de cobertura e aplicar às operadoras as sanções previstas na legislação nacional vigente
- c) ter em sua composição a participação de, pelo menos, um especialista na área, indicado pela Comissão de Ciência, Tecnologia e Inovação e um representante indicado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, com mandato bianual
- d) autorizar o registro sanitário de medicamentos e produtos, conceder licenças de funcionamento a serviços de saúde, definir preços máximos nacionais para medicamentos e publicar decisões obrigatórias a serem adotadas pelas instituições de saúde

30) O protocolo clínico e a diretriz terapêutica têm como finalidade:

- a) demonstrar a avaliação econômica comparativa dos malefícios e dos gastos em relação às tecnologias, para definir o financiamento mínimo constitucional em saúde
- b) refutar as evidências científicas sobre eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo de incorporação
- c) substituir a regulação do acesso hospitalar em casos de urgência e emergência, quando comprovada a necessidade clínica e terapêutica imediata
- d) estabelecer critérios de diagnóstico, tratamento, mecanismos de controle clínico e de monitoramento a serem seguidos pelos gestores do SUS

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31) Paciente internado em unidade de terapia intensiva (UTI) apresenta injúria renal aguda com indicação de terapia renal substitutiva. De acordo com as recomendações do *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)*, a sequência preferencial de sítio de punção para implantação do cateter venoso para diálise corresponde à:

- a) veia jugular interna esquerda, seguida de veia subclávia esquerda ou direita e veia femoral esquerda ou direita
- b) veia subclávia esquerda ou direita, seguida de veia jugular interna direita e veia femoral esquerda ou direita
- c) veia femoral esquerda ou direita, seguida de veia jugular interna direita e veia jugular interna esquerda
- d) veia jugular interna direita, seguida de veia femoral esquerda ou direita e veia jugular interna esquerda

32) Paciente admitido na UTI apresenta dor torácica típica, alterações dinâmicas do segmento ST no eletrocardiograma, sem supradesnivelamento e importante elevação de biomarcadores de necrose miocárdica. Após estabilização inicial, a estratégia terapêutica que se associa à redução de eventos isquêmicos recorrentes nesse cenário corresponde a:

- a) encaminhamento para cirurgia de revascularização miocárdica
- b) tratamento clínico conservador exclusivo até resolução completa da dor
- c) indicação imediata de fibrinólise sistêmica após confirmação laboratorial
- d) estratificação invasiva precoce associada à terapia antitrombótica adequada

33) Paciente em ventilação mecânica invasiva por insuficiência respiratória aguda apresenta melhora clínica, estabilidade hemodinâmica e redução progressiva do suporte ventilatório. Durante a avaliação para início do desmame, um critério que se associa à maior probabilidade de sucesso na transição para respiração espontânea corresponde à(ao):

- a) desempenho adequado em teste de ventilação espontânea, mantendo padrão respiratório estável e conforto clínico
- b) pressão inspiratória máxima negativa preservada, avaliada isoladamente antes do teste de respiração espontânea
- c) manutenção de pressão de distensão em faixa protetora durante respiração espontânea em peça T
- d) relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ satisfatória obtida com níveis moderados de pressão positiva expiratória final

34) Paciente internado em UTI apresenta dispneia aguda e taquicardia, mantendo estabilidade hemodinâmica. A avaliação clínica inicial sugere probabilidade intermediária de tromboembolismo pulmonar. Diante desse cenário, a estratégia diagnóstica inicial mais adequada, considerando uma abordagem algorítmica estruturada, é a realização de:

- a) ecocardiografia transtorácica
- b) dosagem seriada de dímero-D
- c) angiotomografia computadorizada de tórax
- d) ultrassonografia venosa de membros inferiores

35) Paciente internado em UTI apresenta hematoquezia recorrente, com estabilidade hemodinâmica após ressuscitação inicial. Precisa realizar colonoscopia, porém a condição clínica atual impede a realização adequada do preparo intestinal. Considerando uma abordagem sequencial racional da hemorragia digestiva baixa, a estratégia mais apropriada para manejo terapêutico nesse cenário é a realização de:

- a) cintilografia com hemácias marcadas como método inicial, priorizando maior sensibilidade para sangramentos de baixo débito
- b) angiotomografia abdominal para localização do sangramento, seguida de arteriografia terapêutica nos casos positivos
- c) colonoscopia sem preparo intestinal, priorizando tentativa de tratamento endoscópico precoce
- d) arteriografia mesentérica diagnóstica imediata, sem identificação prévia do sítio hemorrágico

36) Paciente internado em UTI com diagnóstico de pancreatite aguda evolui, nas primeiras 24 horas, com insuficiência respiratória e disfunção renal. As duas disfunções orgânicas apresentam resolução completa com suporte clínico em período inferior a 48 horas, sem recorrência ou complicações locais associadas. Considerando os critérios atuais de classificação da gravidade, esse quadro clínico é melhor classificado como pancreatite aguda:

- a) grave, caracterizada pela necessidade de internação em unidade de terapia intensiva
- b) grave, caracterizada pela ocorrência de disfunção orgânica durante a internação
- c) leve, caracterizada pela resolução completa das alterações clínicas iniciais
- d) moderadamente grave, caracterizada por disfunção orgânica transitória

37) Paciente internado em UTI, recebendo ventilação mecânica e usando drogas vasoativas em doses estáveis, evolui com distensão abdominal progressiva, dor à palpação, ausência de ruídos hidroaéreos e volumes residuais gástricos persistentemente elevados. Após realização da tomografia abdominal, evidenciou-se grande distensão gástrica e íleo paralítico difuso, sem sinais de perfuração ou isquemia. A estratégia nutricional mais apropriada nesse cenário corresponde à(ao):

- a) introdução progressiva de nutrição enteral plena associada ao uso de agentes procinéticos
- b) manutenção de nutrição enteral trófica, visando à preservação da integridade da mucosa intestinal
- c) início de nutrição parenteral, diante da impossibilidade funcional de utilização do trato gastrointestinal
- d) suspensão temporária de qualquer forma de suporte nutricional até resolução completa do quadro hemodinâmico

38) Um paciente hipertenso de 56 anos é encaminhado a uma emergência com dor precordial, palpitação, dificuldade para deambular e palidez com extremidades frias e pegajosas. Ao exame físico, observa-se pressão arterial (PA) = 70x40mmHg, frequência cardíaca (FC) = 130bpm e ausculta cardíaca revelando bulhas arrítmicas. Restante do exame físico sem alterações significativas. O eletrocardiograma do paciente revela taquiarritmia com ausência de onda P, ritmo irregular e QRS estreito. A conduta a ser tomada nessa situação é:

- a) metoprolol 5mg por via endovenosa em bolus
- b) cardioversão elétrica após sedação e analgesia
- c) heparinização plena e subsequente ecocardiograma transesofágico
- d) amiodarona 150mg endovenosa em bólus em tempo superior a 10 minutos

39) Mulher de 32 anos, vítima de trauma torácico após acidente automobilístico, está intubada há quatro dias na UTI, onde recebe ventilação mecânica invasiva. No momento, está evoluindo com febre, leucocitose, piora da troca gasosa e sinais de hipoxemia. A equipe de saúde diagnostica pneumonia associada à ventilação mecânica. Sobre esta condição clínica podemos dizer que a(o):

- a) coleta de secreção pulmonar para cultura antes de iniciar antibioticoterapia não é relevante
- b) uso de biomarcadores é recomendado para decisão do início da antibioticoterapia
- c) início da antibioticoterapia deve considerar o perfil epidemiológico da unidade
- d) escore PIRO não tem valor preditivo de mortalidade

40) A expansão volêmica é considerada a pedra angular no tratamento hemodinâmico da sepse, e o suporte hemodinâmico inicial está indicado apenas para pacientes com sinais de hipoperfusão tecidual ou hiperlactatemia. Partindo dessa premissa, entre as recomendações do *Surviving Sepsis Campaign* está incluído(a):

- a) escolha de coloides sintéticos como uma opção em algumas circunstâncias
- b) ressuscitação volêmica com dose fixa de 30mL/kg de cristalóide balanceado
- c) incentivo à utilização de albumina por resultar em menor taxa de mortalidade
- d) uso preferencial de solução salina 0,9% devido aos melhores desfechos renais

41) Um paciente que foi admitido na UTI há dois dias com insuficiência respiratória por sepse pulmonar encontra-se em ventilação mecânica. Está sedado e confortável na prótese ventilatória. Sobre ventilação mecânica, é correto afirmar que, na ventilação:

- a) determinada por pressão, a variável de controle, o limite e a ciclagem são por pressão
- b) determinada por volume, a pressão das vias aéreas é constante, posto que o volume é previamente determinado
- c) com suporte pressórico (PSV), a ciclagem ocorre quando o fluxo se reduz a um determinado percentual do seu pico, geralmente em torno de 25%
- d) de interação controlada, a frequência respiratória, o volume corrente e o fluxo são determinados pelo aparelho, embora alguns esforços inspiratórios possam deflagrar disparos do ventilador

42) O tratamento adequado do choque, visando à recuperação da perfusão tecidual, requer um profundo conhecimento do mecanismo de ação, indicações e potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas. Baseando-se nesses princípios, é correto afirmar que a:

- a) noradrenalina deve ser utilizada em pacientes com hipotensão e resistência vascular sistêmica baixa, insensíveis à reposição volêmica
- b) dobutamina produz seus efeitos por meio da estimulação dos receptores dopaminérgicos e, com isso, proporciona aumento do fluxo sanguíneo renal e mesentérico
- c) adrenalina deve ser utilizada em veia profunda central e, sob nenhuma hipótese, deve ser utilizada em veias periféricas sob risco de dano tecidual grave por extravasamento
- d) vasopressina é utilizada com frequência associada à noradrenalina no choque séptico, mas, na última revisão do *Surviving Sepsis Campaign*, há recomendação para uso como agente único no choque

43) De acordo com a nova definição global de síndrome do desconforto respiratório agudo publicada em 2024, para pacientes não intubados, foi recomendado admitir como critério para o diagnóstico estar com $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ ou $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ (se $\text{SpO}_2 \leq 97\%$) em uso de cateter nasal de alto fluxo (CNAF) com valor de fluxo (em L/min) maior ou igual a:

- a) 15
- b) 20
- c) 25
- d) 30

44) Homem de 72 anos, internado em UTI por insuficiência respiratória aguda, em ventilação mecânica há 10 dias, evolui com febre e instabilidade hemodinâmica. Foi iniciado tratamento empírico com meropenem e vancomicina para sepse de foco pulmonar. Foram coletadas culturas de sangue e aspirado traqueal antes do início dos antibióticos, e elas permanecem negativas após 72 horas. O paciente apresenta melhora clínica progressiva, com redução de marcadores inflamatórios e retirada de vasopressores.

Considerando os princípios do uso racional de antimicrobianos em terapia intensiva, a conduta mais adequada nesse caso é:

- a) reavaliar o diagnóstico infeccioso e considerar suspensão ou estreitamento da antibioticoterapia, de acordo com a evolução clínica e a probabilidade de infecção
- b) suspender a vancomicina e manter o meropenem até completar pelo menos 10 a 14 dias de tratamento
- c) manter o esquema antimicrobiano de amplo espectro, uma vez que o paciente apresentava choque séptico
- d) substituir o meropenem por outro carbapenêmico para reduzir o risco de resistência bacteriana

45) Homem de 74 anos, internado em UTI por sepse pulmonar, está em ventilação mecânica há seis dias. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem hipoxemia. Recebe infusão contínua de midazolam e fentanil desde a admissão. Nas últimas 24 horas, apresenta flutuação do nível de consciência, períodos de agitação alternados com sonolência, dificuldade de manter atenção e desorientação. *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)* varia entre -3 e +1. Não há sinais de dor não controlada. Considerando o quadro clínico e os princípios atuais de manejo do *delirium* em UTI, a conduta mais adequada nesse caso é:

- a) introduzir antipsicótico de rotina e manter sedação e analgesia inalteradas
- b) aumentar a dose de benzodiazepínico para manter *RASS* -2 e evitar agitação
- c) suspender progressivamente o benzodiazepínico, reavaliar analgesia e aplicar instrumento validado para *delirium*.
- d) manter o esquema atual, pois a flutuação do nível de consciência já é esperada em pacientes idosos com longa permanência em UTI

46) Mulher de 28 anos, com diabetes *mellitus* tipo 1, dá entrada no pronto-socorro com náuseas, vômitos, dor abdominal e dispneia. Ao exame, apresenta sinais de desidratação, taquipneia profunda e hálito cetônico. Ao realizar os exames laboratoriais, os resultados mostram glicemia = 480mg/dL, pH arterial = 7,12, bicarbonato = 9mEq/L, ânion gap elevado e potássio sérico = 3,2mEq/L.

Considerando o manejo inicial desse caso clínico, a conduta mais adequada é:

- a) iniciar insulina subcutânea de ação rápida e aguardar normalização do potássio
- b) administrar bicarbonato de sódio intravenoso devido à acidose metabólica grave
- c) iniciar insulina intravenosa contínua imediatamente, associada à reposição volêmica e à correção do potássio
- d) iniciar reposição volêmica com solução cristalóide isotônica e corrigir o potássio antes do início da insulino terapia

47) Homem de 65 anos, internado em UTI por sepse pulmonar, evolui com melhora hemodinâmica após as primeiras 48 horas de tratamento. Encontra-se estável, sem sangramento ativo, em ventilação mecânica invasiva, com lactato normalizado. O hemograma revela hemoglobina de 5,7g/dL. Não há história de doença coronariana ativa ou isquemia miocárdica recente. Com base nos princípios atuais da terapia transfusional em pacientes críticos, a conduta mais adequada é:

- a) não transfundir concentrado de hemácias, pois o paciente encontra-se hemodinamicamente estável
- b) transfundir concentrado de hemácias, adotando estratégia transfusional restritiva
- c) transfundir concentrado de hemácias, visando manter hemoglobina ≥ 10 g/dL
- d) não transfundir concentrado de hemácias, pois não há sangramento ativo

48) Homem de 62 anos, internado em UTI por sepse abdominal, evolui com insuficiência respiratória aguda. Submetido à ventilação não invasiva com FiO_2 elevada, apresenta-se com SpO_2 90%, taquipneico e com uso de musculatura acessória. Está consciente e colaborativo, porém progressivamente fatigado. Não há sinais de via aérea difícil à avaliação inicial. A equipe decide por intubação orotraqueal e, considerando o manejo das vias aéreas em pacientes críticos hipoxêmicos, a conduta mais adequada nesse caso inclui:

- a) realizar pré-oxigenação adequada, manter suporte ventilatório até o momento da indução e planejar estratégia de intubação com mínima apneia
- b) postergar a intubação e manter ventilação não invasiva por tempo prolongado, uma vez que o paciente ainda está consciente
- c) proceder imediatamente à intubação orotraqueal, evitando o uso de sedativos para reduzir o risco de agravamento da hipoxemia
- d) suspender a ventilação não invasiva por risco de aspiração e iniciar sedação antes da pré-oxigenação

49) Homem de 67 anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) GOLD IV, é admitido na UTI por exacerbação aguda, apresentando dispneia intensa, uso de musculatura acessória e taquipneia. Gasometria arterial inicial mostra $pH = 7,28$, $PaCO_2 = 68$ mmHg e $PaO_2 = 60$ mmHg em oxigenoterapia suplementar, sendo iniciada ventilação mecânica não invasiva (VNI). Após uma hora de VNI, o paciente apresenta redução da frequência respiratória, menor uso de musculatura acessória e gasometria com $pH=7,32$ e $PaCO_2 = 60$ mmHg, mantendo-se consciente e colaborativo. Com base nos princípios do uso da VNI em pacientes críticos, a conduta mais adequada nesse momento é:

- a) associar sedação contínua para aumentar a tolerância à VNI
- b) suspender a VNI, pois houve correção parcial da acidose respiratória
- c) manter a VNI, uma vez que há resposta clínica e gasométrica favorável
- d) proceder à intubação orotraqueal imediata devido à hipercapnia persistente

50) Homem de 64 anos, internado em UTI por pneumonia grave, encontra-se em ventilação mecânica invasiva, hemodinamicamente estável, sem bloqueio neuromuscular. Apresenta agitação intermitente, porém refere dor à mobilização e à aspiração traqueal. A RASS varia entre 0 e +1. Não há sinais de *delirium*. Considerando os princípios atuais de sedação e analgesia em pacientes críticos, a conduta mais adequada é:

- a) aumentar a sedação hipnótica para atingir RASS -2, independentemente da avaliação da dor
- b) priorizar o controle da dor com analgesia adequada antes de intensificar a sedação
- c) manter a conduta atual, pois a agitação leve é esperada em pacientes ventilados
- d) introduzir benzodiazepínico em infusão contínua para prevenir *delirium*

PROVA DISCURSIVA

AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES DEVEM SER PREENCHIDAS NO CADERNO DE RESPOSTA

Considerando o caso clínico a seguir, responda às questões de números 1 a 3.

Paciente internado em unidade de terapia intensiva (UTI) por choque séptico, em uso de doses progressivamente crescentes de vasopressores, evolui com injúria renal aguda oligúrica e balanço hídrico positivo. Nas últimas horas, apresenta rebaixamento progressivo do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow 7), hipoxemia refratária à oxigenoterapia por máscara com reservatório e sinais clínicos de hipertensão intracraniana. A tomografia de crânio evidencia edema cerebral difuso, sem lesão focal.

QUESTÃO 1: Com base nesse cenário, enumere três medidas iniciais prioritárias na abordagem desse paciente. (10pts)

QUESTÃO 2: Indique o método de terapia renal substitutiva mais apropriado para o caso e apresente duas justificativas para a escolha. (10pts)

QUESTÃO 3: Após 48 horas de terapia renal substitutiva, observam-se choque refratário com hipoperfusão tecidual persistente e disfunção hepática grave. Ocorre piora progressiva da acidose metabólica com aumento do ânion *gap*, associada à redução do cálcio iônico sérico e elevação da relação cálcio total/cálcio iônico acima de 2,5. Diante desse cenário e considerando o mecanismo fisiopatológico envolvido, identifique e justifique o diagnóstico metabólico mais provável, citando a principal medida de manejo indicada. (10pts)

Considerando o caso clínico a seguir, responda às questões de números 4 e 5.

Homem de 58 anos, hemiplégico por sequela de acidente vascular cerebral isquêmico, é admitido na emergência com quadro gripal arrastado por cinco dias. Há relato de ter acordado há seis horas com acesso de tosse intensa. Vomitou e teve sensação de afogamento. Permaneceu na emergência por 24h, quando iniciou calafrios, tosse produtiva e temperatura axilar de 39°C. A ausculta pulmonar revela estertoração crepitante na base direita. A SpO₂ é de 91% em ar ambiente e a frequência respiratória é de

24irpm. PA = 80x40mmHg e FC = 112bpm (após infusão de 2.000mL de ringer lactato). Lactato arterial de 2,4mmol/L.

QUESTÃO 4: Indique e justifique a hipótese diagnóstica apontando seu principal mecanismo e descreva a estratégia terapêutica inicial para esse paciente. (10pts)

QUESTÃO 5: Duas horas após as intervenções e já monitorizado, o paciente apresenta-se com PAM = 68mmHg, FC = 100bpm e SvcO₂ = 55%. A USG de beira de leito mostrou, entre outros achados, que a veia cava inferior estava normodistendida. Mediante isso, inicia-se dobutamina na dose de 3mcg/kg/min. Identifique a hipótese diagnóstica e justifique do ponto de vista fisiopatológico qual a importância da SvcO₂ na decisão de iniciar dobutamina nesse contexto. (10pts)

Considerando o caso clínico a seguir, responda às questões de números 6 e 7.

Homem de 54 anos com antecedente de etilismo foi internado na UTI com diagnóstico de pancreatite aguda iniciada há 24 horas. Evoluiu nas últimas 12 horas com queda acentuada da SpO₂ para 88%, mesmo sob máscara de Venturi a 50%. A equipe decidiu pela intubação orotraqueal e ventilação mecânica com os seguintes parâmetros: PCV = 14, PEEP = 6 e FIO₂ = 50%. Verificou-se a seguinte gasometria arterial pH = 7,22; PaCO₂ = 23mmHg; PaO₂ = 59mmHg; HCO₃ = 8mEq/L; BE = -10,5; SatO₂ = 88%. A radiografia de tórax revelou opacidades pulmonares bilaterais e POCUS (*point-of-care ultrasound*) com boa função do ventrículo esquerdo.

QUESTÃO 6: Cite a complicação pulmonar apresentada pelo paciente e justifique. (10pts)

QUESTÃO 7: Após 72 horas, o paciente evoluiu com piora da troca gasosa, necessitando de aumento da FiO₂ para 70% e da PEEP para 10cmH₂O, o que resultou na seguinte gasometria arterial: pH = 7,24; PaO₂ = 50mmHg, PaCO₂ = 60mmHg; HCO₃ = 20mEq/L; e SatO₂ = 85%. Indique e descreva a estratégia para melhor abordagem do distúrbio de troca gasosa desse paciente. (10pts)

Considerando o caso clínico a seguir, responda às questões de números 8 e 9.

Homem de 54 anos, previamente hígido, é atendido em serviço de emergência em parada cardiorrespiratória (PCR) por fibrilação ventricular. Foram iniciadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) sendo realizada desfibrilação. Logo após, houve tentativa de intubação orotraqueal, sem sucesso.

QUESTÃO 8: Comente sobre a tentativa de obtenção de via aérea definitiva durante o atendimento desse paciente. (10pts)

QUESTÃO 9: O paciente evoluiu, três horas após a recuperação da circulação espontânea, com encefalopatia hipóxico-isquêmica grave e ausência de reflexos de tronco cerebral. Explícite os pré-requisitos para a abertura e realização do protocolo de diagnóstico de morte encefálica em adultos no Brasil. (10pts)

QUESTÃO 10: Cite dois objetivos e duas condutas assistenciais dos cuidados paliativos em terapia intensiva, considerando o cuidado ao paciente e o suporte à família. (10pts)

ORGANIZADOR



CEPUERJ