

CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

31) O Código de Ética Médica estabelece princípios vedados aos médicos relacionados à auditoria e perícia médica. Em relação a esses princípios, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () É permitido ao médico assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.
- () É permitido ao médico ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.
- () É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.
- () É vedado ao médico receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

- a) V – F – V – F
- b) V – V – F – V
- c) F – F – V – V
- d) F – V – F – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca de auditoria e perícia, é vedado ao médico:

- assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame (art. 92);
- ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado (art. 93);
- realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios (art. 95); e,
- receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor (art. 96).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

32) O Código de Ética Médica apresenta uma série de princípios que são vedados aos médicos com relação à responsabilidade profissional. A respeito da responsabilidade profissional desse código, assinale a alternativa que **não** contém um princípio vedado ao médico.

- a) Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.
- b) **Esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.**
- c) Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.
- d) Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca da responsabilidade profissional, é vedado ao médico:

- deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente (art. 3º);
- deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença (art. 13);
- atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado (art. 6º); e,
- assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou (art. 5º).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

33) Todo médico deve manter uma boa relação com pacientes e familiares, devendo seguir sempre os princípios do Código de Ética Médica. A respeito da relação com pacientes e familiares, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () É vedado ao médico deixar de atender um paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.
- () É vedado ao médico opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
- () É vedado ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

- a) V – F – F
- b) F – V – F
- c) V – F – V
- d) V – V – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca da relação com pacientes e familiares, é vedado ao médico:

- deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo (ar. 33);
- opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal (art. 39); e,
- exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos (art. 35).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

34) Sabe-se que não é necessária a confirmação diagnóstica em todos os casos suspeitos de dengue nos períodos de epidemia. Os exames de confirmação deverão ser solicitados para os pacientes que apresentam as formas graves da doença, gestantes, crianças e em períodos interepidêmicos e para aqueles que apresentem formas atípicas. A escolha do método laboratorial dependerá do tempo de instalação dos sintomas da doença. Sobre o adequado método laboratorial a ser utilizado nos diferentes períodos após o contágio, assinale a alternativa correta.

- a) Após o quinto dia, a viremia e a antigenemia aparecem, coincidindo com a possibilidade de detecção dos anticorpos específicos.
- b) Não existem métodos laboratoriais capazes de diagnosticar a dengue, sendo este, portanto, um diagnóstico prioritariamente clínico, inclusive nas formas graves da doença.
- c) **A partir do sexto dia, o IgM ELISA é o método de escolha para o diagnóstico da dengue, apresentando uma positividade superior a 70% no sétimo dia do início dos sintomas e 100% a partir do décimo dia da evolução da doença.**
- d) Do primeiro ao quinto dia, por já haver conversão sorológica, a infecção pode ser diagnosticada através de isolamento viral em cultura de células, detecção do RNA viral através de técnicas de amplificação (RT-PCR) ou pela detecção de antígenos virais como o NS-1.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A escolha do método laboratorial dependerá do tempo de instalação dos sintomas da doença. Do primeiro ao quinto dia, por ainda não haver conversão sorológica, a infecção pode ser diagnosticada através de isolamento viral em cultura de células, detecção do RNA viral através de técnicas de amplificação (RT-PCR) ou pela detecção de antígenos virais como o NS-1. Após o quinto dia, a viremia e antigenemia desaparecem, coincidindo com a possibilidade de detecção dos anticorpos específicos. A partir do sexto dia, o IgM ELISA é o método de escolha para o diagnóstico da dengue, apresentando uma positividade superior a 70% no sétimo dia do início dos sintomas e 100% a partir do décimo dia da evolução da doença.

Fonte: Verdeal JCR; R., Costa Filho *et al.* **Recomendações para o manejo de pacientes com formas graves de dengue**. Rev Bras Ter Intensiva 2011, v. 23, n. 2, p. 125.

35) A dengue é a infecção viral transmitida por mosquito mais frequente no planeta. No Brasil, a incidência vem aumentando em sucessivas epidemias, com uma proporção crescente de casos graves. A qualidade da assistência prestada influencia diretamente o prognóstico da doença. Associe adequadamente as relações de cada fase e suas devidas características. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

1. Febril () melhora da disfunção endotelial com gradual reabsorção do fluido extravascular, estabilização do hematócrito e recuperação progressiva das plaquetas. Pode aparecer um exantema do tipo “ilhas brancas em um mar vermelho”, prurido e bradicardia ao eletrocardiograma. Nesta fase, a administração de líquidos (e o uso eventual de diuréticos) deve ser criteriosa para evitar sobrecarga volêmica, insuficiência cardíaca congestiva e perpetuação da insuficiência respiratória e dos derrames serosos. Duração: 1 a 3 dias.
2. Crítica ou defervescência () febre, mialgia, cefaleia, artralgia, exantema; podem ocorrer manifestações hemorrágicas discretas, como gengivorragia e epistaxe.
() caracterizada pelas manifestações clínico-laboratoriais da disfunção endotelial promovida pela infecção viral, com aumento da permeabilidade capilar e extravasamento de plasma para o espaço extravascular. Esta fase é marcada por alterações circulatórias e perfusionais (hipotensão e choque de início hipovolêmico), derrames serosos (pleural e ascite) e disfunções orgânicas, tais como insuficiência hepática, encefalite, miocardite e distúrbios de coagulação.
3. Recuperação
- a) 2 – 3 – 1
b) 3 – 1 – 2
c) 1 – 2 – 3
d) 2 – 1 – 3

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O curso da doença nos pacientes com manifestações clínicas da infecção pelo vírus da dengue apresenta três fases de evolução – febril ou aguda, crítica e recuperação – caracterizadas da seguinte forma:

- Fase febril: febre, mialgia, cefaleia, artralgia, exantema, frequentemente indistinguíveis de outras patologias febris agudas. Podem ocorrer manifestações hemorrágicas discretas como gengivorragia e epistaxe. O reconhecimento da evolução para formas graves nesta fase pode ser difícil, por isso, deve-se observar os sinais de alerta. Duração: 2-7 dias.
- Fase crítica ou defervescência: caracterizada pelas manifestações clínico-laboratoriais da disfunção endotelial promovida pela infecção viral, com aumento da permeabilidade capilar e extravasamento de plasma para o espaço extravascular. Esta fase é marcada pela súbita defervescência, alterações circulatórias e perfusionais (hipotensão e choque de início hipovolêmico), derrames serosos (pleural e ascite) e disfunções orgânicas, tais como insuficiência hepática, encefalite, miocardite e distúrbios de coagulação. A fase crítica, evidente em 10-15% dos casos de dengue, marca a evolução da doença como grave. Duração: 1-3 dias.
- Fase de recuperação: Melhora progressiva da disfunção endotelial com gradual reabsorção do fluido extravascular, estabilização do hematócrito e recuperação progressiva das plaquetas. Pode aparecer um exantema do tipo “ilhas brancas em um mar vermelho”, prurido e bradicardia ao eletrocardiograma. Nesta fase, devido à progressiva recuperação da função endotelial, a administração de líquidos (e o uso eventual de diuréticos) deve ser criteriosa para evitar sobrecarga volêmica, insuficiência cardíaca congestiva e perpetuação da insuficiência respiratória e dos derrames serosos. Duração: 1-3 dias.

Fonte: Verdeal JCR; R., Costa Filho *et al.* **Recomendações para o manejo de pacientes com formas graves de dengue.** Rev Bras Ter Intensiva 2011, v. 23, n. 2, p. 125.

36) As formas clínicas da dengue são classificadas em febre, febre hemorrágica e síndrome do choque da dengue. O novo sistema divide os casos de dengue em duas categorias de gravidade: dengue (com ou sem sinais de alerta); e, dengue grave. A dengue grave é definida como a forma de evolução que apresenta a fase crítica na sua maior intensidade e tem no reconhecimento de alguns critérios o seu principal diagnóstico. Assinale a alternativa que apresenta corretamente os critérios utilizados para diagnosticar uma dengue grave.

- a) **Transudação plasmática grave, hemorragia e disfunção orgânica.**
b) Acúmulo de fluidos, sangramento de mucosa, letargia e fraqueza.
c) Exantema, dores (mialgia, retro-orbitária), prova do laço positiva e leucopenia.
d) Diminuição abrupta da temperatura, hepatomegalia > 2 cm, laboratório: aumento do HT% concomitante com queda da plaquetometria.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Dengue provável: morar ou viajar para uma área endêmica, apresentar febre e 2 dos seguintes critérios: náusea, vômito, exantema, dores (mialgia, retro orbitária), prova do laço positiva, leucopenia, qualquer sinal de alerta.

Sinais de alerta: dor abdominal, vômito persistente, acúmulo de fluidos, sangramento de mucosa, letargia, fraqueza, diminuição abrupta da temperatura, hepatomegalia > 2 cm laboratório: aumento do HT% concomitante com queda da plaquetometria.

Dengue grave: transudação plasmática grave, hemorragia, envolvimento orgânico grave. Fígado: TGO ou TGP ≥ 1000. SNC: torpor e déficit cognitivo. Coração e outros órgãos.

Fonte: Verdeal JCR; R., Costa Filho *et al.* **Recomendações para o manejo de pacientes com formas graves de dengue.** Rev Bras Ter Intensiva 2011, v. 23, n. 2, p. 125.

37) Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. De acordo com a Resolução nº 1805/2006, que dispõe sobre a efetivação do direito de morrer com dignidade, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.
- () Desde que o médico considere pertinente e necessário, o doente ou o seu representante legal tem o direito de solicitar uma segunda opinião médica.
- () O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

- a) V – F – F
- b) V – V – F
- c) F – V – V
- d) **V – F – V**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A Resolução CFM nº 1.805/2006 dispõe que:

“Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

[...]
§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.”

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805/2006** – Efetivação do direito de morrer com dignidade. Brasília 1997.

38) A dengue é uma doença dinâmica, o que permite que o paciente evolua de um estágio a outro rapidamente. O manejo adequado depende do reconhecimento precoce de sinais de alerta, do contínuo monitoramento e reestadiamento dos casos e da pronta tomada de condutas que garantam a estabilidade hemodinâmica e ventilatória dos pacientes, além das medidas de suporte aos eventuais comprometimentos orgânicos. Pacientes com dengue grave devem ser internados e tratados em UTIs, seguindo um tratamento específico. Assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada em relação à suspeita de dengue grave em criança e adolescente internados em uma UTI.

- a) SF 0,9% ou RL 20 mL/Kg/hora IV (até 2x); reavaliação clínica horária; reavaliação do hematócrito e plaquetas após 2 horas; e, sintomáticos.
- b) SF 0,9% ou RL 20 mL/Kg IV em 40 minutos (repetir até 3x); na terceira etapa usar coloides (20 mL/Kg); reavaliação clínica após cada etapa e hematócrito após 1 hora; e, sintomáticos.
- c) **SF 0,9% ou RL 20 mL/Kg IV em 20 minutos (repetir até 2x); na terceira etapa usar coloides (10 mL/Kg); reavaliação clínica após cada etapa e hematócrito após 1 hora; e, sintomáticos.**
- d) SF 0,9% ou RL 10 mL/Kg IV em 10 minutos (repetir até 4x); na terceira etapa usar coloides (20 mL/Kg); reavaliação clínica após cada etapa e hematócrito após 5 horas; e, sintomáticos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A conduta adequada em relação à suspeita de dengue grave em crianças e adolescentes internados em UTI é: SF 0,9% ou RL 20 mL/Kg IV em 20 minutos (repetir até 2x). Na terceira etapa usar coloides (10 mL/Kg); reavaliação clínica após cada etapa; e, hematócrito (Ht) após 1 hora; e, sintomáticos.

Fonte: Verdeal JCR; R., Costa Filho *et al.* **Recomendações para o manejo de pacientes com formas graves de dengue.** Rev Bras Ter Intensiva 2011, v. 23, n. 2, p. 125.

39) A comunicação refere-se ao processo relacionado ao pensamento, às opiniões e às informações. Na UTI, a comunicação é um processo que envolve percepção do ambiente e do clima de trabalho, incluindo comunicação não-verbal da equipe multiprofissional até a interação médico/paciente e família. Estão envolvidos no processo da comunicação em UTI pacientes, seus familiares ou qualquer pessoa com proximidade afetiva, médicos, enfermeiros, psicólogos, religiosos e demais membros da equipe multiprofissional. A avaliação dos canais do processo, das principais barreiras de comunicação, dos elementos e estratégias da boa comunicação devem ser pontuados, reconhecidos e combatidos, ou seguidos, para que o processo se desenvolva. Associe corretamente os canais considerados críticos no processo de comunicação com seus respectivos conceitos. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- (1) Ruído () pode ocorrer quando o receptor não tem capacidade suficiente para captar o conteúdo inteiro da mensagem e somente recebe ou passa o que pode captar.
- (2) Omissão () pode ser causado(a) pela chamada “percepção seletiva” das pessoas: cada pessoa seleciona consciente, ou inconscientemente, estímulos e informações que lhe interessam e passa a percebê-los seletivamente, omitindo demais informações.
- (3) Distorção () é uma interferência estranha à mensagem, tornando a comunicação menos eficaz. Significa todo e qualquer distúrbio, ou barulho indesejável. Barulhos de conversa alta, telefone tocando, equipamentos etc.
- (4) Sobrecarga () ocorre quando os canais de comunicação conduzem um volume de informação maior do que sua capacidade de processá-la. Provoca omissão e contribui enormemente para a distorção.

a) 1 – 2 – 3 – 4

b) 2 – 3 – 1 – 4

c) 3 – 4 – 1 – 2

d) 4 – 1 – 3 – 2

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

São considerados canais do processo crítico da comunicação:

- **ruído** – interferência estranha à mensagem, tornando a comunicação menos eficaz. Significa todo e qualquer distúrbio ou barulho indesejável. Barulhos de conversa alta, telefone tocando, equipamentos etc.
- **omissão** – pode ocorrer quando o receptor não tem capacidade suficiente para captar o conteúdo inteiro da mensagem e somente recebe ou passa o que pode captar.
- **distorção** – pode ser causada pela chamada “percepção seletiva” das pessoas: cada pessoa seleciona consciente ou inconscientemente os estímulos e informações que lhe interessam e passa a percebê-los seletivamente, omitindo as demais informações.
- **sobrecarga** – ocorre quando os canais de comunicação conduzem um volume de informação maior do que sua capacidade de processá-las. A sobrecarga provoca omissão e contribui enormemente para a distorção.

Fonte: Moritz RD *et al.* **Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.** Rev Bras Ter Intensiva, 2008, v. 20, n. 4. p. 422.

40) Em relação ao tratamento do tétano, além da utilização da imunoglobulina antitetânica, considera-se o debridamento da área lesionada. O debridamento precoce do foco tem impacto na morbimortalidade de pacientes com tétano?

- a) Sim, sugere-se a execução deste procedimento entre 1 a 6 horas, após a administração de imunoglobulina.**
- b) Não, o debridamento é uma conduta higiênica em relação à ferida, mas não tem impacto na morbimortalidade.
- c) Não, pois não se deve fazer o debridamento da ferida, já que pode causar uma destruição tecidual desnecessária e facilitar a disseminação bacteriana.
- d) Sim, e o procedimento deve ser realizado imediatamente após a administração da imunoglobulina, não sendo útil se esse tempo exceder o prazo de 1 hora.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Debridamento do foco de inoculação de *C. tetani* é conduta consagrada desde a descrição dos primeiros casos de tétano. O racional desta conduta baseia-se na suposição de que a produção da toxina é mantida enquanto há presença do *C. tetani*, o que pode ser interrompido com a remoção do agente. Não há estudos na literatura comparando a abordagem precoce *versus* tardia do foco de inoculação. A indicação de executar o procedimento após 1 a 6 horas da administração sistêmica de IGATH ou SAT baseia-se no racional de que este intervalo permitiria a neutralização adequada da toxina no foco da lesão, evitando sua disseminação durante o manuseio da mesma.

Fonte: LISBOA, Thiago *et al.* **Diretrizes para o manejo do tétano acidental em pacientes adultos.** Rev Bras Ter Intensiva, 2012. v. 23, n. 4. p. 394.

41) Embora não haja estudos clínicos que comprovem benefício clínico do uso de antimicrobianos para erradicação de *Clostridium tetani*, os antibióticos são invariavelmente indicados no manejo de pacientes tetânicos. Esta indicação tem por objetivo a erradicação bacteriana produtora de toxina no foco de inoculação. São considerados antibióticos de primeira escolha no tratamento do tétano:

- a) doxiciclina e ceftazidima.
- b) vancomicina, clindamicina ou cloranfenicol.
- c) eritromicina ou tetraciclina, em igual preferência de escolha.
- d) penicilina ou metronidazol, sendo o metronidazol de primeira escolha.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A benzilpenicilina foi o primeiro antibiótico utilizado no tratamento de tétano. Porém, as penicilinas produzem uma inibição não competitiva e voltagem dependente dos receptores GABA-A, suprimindo a resposta inibitória pós-sináptica, podendo, teoricamente, aumentar o efeito excitatório da tetanospasmina. Metronidazol é alternativa segura para o tratamento de tétano, de baixo custo, ótima biodisponibilidade, boa absorção gástrica e retal, ação bactericida contra bactérias anaeróbias. Além disso, sofre pouca interferência do pH gástrico (como exemplo da eritromicina e doxiciclina) e não sofre inativação enzimática (como exemplo dos β -lactâmicos). Não há evidências suficientes na literatura da superioridade de uma droga em relação à outra, embora alguns dados mostrem maior benefício com o uso de metronidazol. Há poucas evidências do uso clínico de outros antibióticos visando a erradicação de *C. tetani*. Alternativas como eritromicina, tetraciclina, doxiciclina, ceftazidima, vancomicina, clindamicina e cloranfenicol só são justificadas na ausência de penicilina ou metronidazol.

Fonte: LISBOA, Thiago *et al.* **Diretrizes para o manejo do tétano acidental em pacientes adultos.** Rev Bras Ter Intensiva, 2012. v. 23, n. 4. p. 394.

42) Preencha as lacunas abaixo e, em seguida, assinale a alternativa correta.

Em casos em que o paciente apresente um quadro de dengue grave, seu tratamento deverá ser conduzido em uma Unidade de Terapia Intensiva, devido à gravidade do quadro e o melhor suporte hemodinâmico que terá nesse local. Após o tratamento, o paciente deverá cumprir alguns critérios de alta para que possa ser liberado da UTI.

São parâmetros usados como critério na liberação de um paciente que estava com dengue grave, em tratamento na Unidade de Terapia Intensiva: “pacientes que por mais de _____ horas permaneçam hemodinamicamente compensados _____, com hematócrito _____ e plaquetas em ascensão > _____ mm³, estabilidade ventilatória e com as eventuais disfunções orgânicas compensadas mesmo que artificialmente como, por exemplo, hemodiálise”.

- a) 24 / sem aminas / estável / 20.000**
- b) 12 / sem aminas / em ascensão / 20.000
- c) 12 / mesmo com aminas / estável / 40.000
- d) 48 / mesmo com aminas / estável ou em ascensão / 40.000

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Crítérios de alta da UTI: pacientes que por mais de 24 horas permaneçam hemodinamicamente compensados sem aminas, com hematócrito estável e plaquetas em ascensão > 20.000 mm³, estabilidade ventilatória com suporte mínimo (suplementação de O₂ ou períodos de ventilação não invasiva) e com as eventuais disfunções orgânicas compensadas mesmo que artificialmente (como a hemodiálise) podem ser considerados para transferência para unidades de menor complexidade.

Fonte: Verdeal JCR; R., Costa Filho *et al.* **Recomendações para o manejo de pacientes com formas graves de dengue.** Rev Bras Ter Intensiva 2011, v. 23, n. 2, p. 125.

43) Na prática paliativa é importante a interatividade de todos os envolvidos no processo, isto é, do paciente, de seus familiares e da equipe da saúde. Esses cuidados incluem, necessariamente, uma perspectiva multidisciplinar e uma dimensão institucional, voltadas também para as equipes de saúde. Uma abordagem ampla permite a inclusão dessa prática no sistema de saúde e na sociedade. Os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos concomitantemente a cuidados curativos/restaurativos, pois não são excludentes à prevenção e ao tratamento do sofrimento de pacientes e seus familiares. Sobre algumas ações paliativas na Unidade de Terapia Intensiva, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () Todas as ações de prevenção e terapêuticas devem ser planejadas com a participação da família do paciente e da equipe assistencial.
- () O paciente em cuidados paliativos não deverá receber visitas, pois como seu estado é crítico, o risco de adquirir alguma doença e acelerar o processo de morte deve ser evitado.
- () A prevenção e o tratamento da dor devem ser incorporados como rotinas dos cuidados intensivos. O alívio da dor deve ser garantido, com exceção das situações de duplo efeito da medicação.
- () Enquanto o paciente ainda estiver vivo, não se deve suspender os tratamentos fúteis, que prolonguem o morrer, como, por exemplo, drogas vasoativas, métodos dialíticos e nutrição parenteral total.

a) V – F – F – F

b) V – F – V – V

c) F – V – V – F

d) F – F – F – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Em relação às ações paliativas na unidade de terapia intensiva tem-se:

Planejamento e ação:

- Todas as ações de prevenção e terapêuticas devem ser planejadas com a participação da família-paciente e da equipe assistencial.
- Privilegiar a adequada comunicação.
- Fornecer apoio aos envolvidos no processo (familiares e funcionários).
- Permitir flexibilidade das visitas e, se possível, um acompanhante.

Controle dos sintomas e promoção do conforto ao paciente:

- A prevenção e tratamento da dor devem ser incorporados como rotinas dos cuidados intensivos. O alívio da dor deve ser garantido mesmo nas situações de duplo efeito da medicação.
- Reconhecer e tratar os aspectos físicos e psicológicos da dispneia e da dor.

Visar o bem-estar do doente e não a maleficência:

- Suspensão de tratamentos fúteis, que prolonguem o morrer (Exemplo: drogas vasoativas, métodos dialíticos, nutrição parenteral total).
- Adequação dos tratamentos não fúteis (Exemplo: sedoanalgesia individualizada, reavaliação do suporte ventilatório).

Fonte: Moritz RD *et al.* **Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.** Rev Bras Ter Intensiva, 2008, v. 20, n. 4. p. 422.

44) O tétano acidental, a despeito de ser uma doença prevenível por imunização, ainda é frequente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Sua letalidade ainda é elevada e os estudos sobre a melhor forma de tratamento são escassos. Tendo em vista esta escassez e a importância clínica dessa doença, um grupo de especialistas reunido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), desenvolveu recomendações baseadas na melhor evidência disponível para o manejo do tétano em paciente necessitando de cuidados intensivos. O tétano é uma doença causada pelo *Clostridium tetani*, que produz exotoxinas, como a tetanolisina e a tetanospasmina. É correto afirmar que os seus efeitos sobre o sistema nervoso autônomo geralmente aparecem a partir da segunda semana, como uma síndrome de disfunção autonômica, caracterizada por

a) náuseas, vômitos, hipotensão postural, diarreia e desidratação.

b) sintomas visuais, taquipneia e perda dos controles esfínterianos.

c) hipertensão lábil, taquicardia, irregularidades do ritmo cardíaco, vasoconstrição periférica, suores, piroxia e, algumas vezes, hipotensão e bradicardia.

d) dispneia, anasarca, coagulação intravascular disseminada, hiperreflexia, aumento do tônus muscular e petéquias nos locais próximos de onde foi a lesão.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O *Clostridium tetani* produz exotoxinas como a tetanolisina e a tetanospasmina. A função da tetanolisina no tétano humano não é clara, mas acredita-se que possa danificar o tecido sadio ao redor da ferida e diminuir o potencial de oxirredução, promovendo o crescimento de organismos anaeróbicos. A tetanospasmina é uma neurotoxina, comumente chamada de toxina tetânica. Todas as manifestações conhecidas do tétano resultam da capacidade da tetanospasmina de inibir a liberação do neurotransmissor através da membrana pré-sináptica, por várias semanas, envolvendo dessa forma o controle motor central, a função autonômica e a junção neuromuscular. As manifestações clínicas do tétano dependem da classe e da localização das células afetadas. Durante a indução da paralisia, através da inibição das células GABA e glicinérgicas, o sistema motor responde ao estímulo aferente com contração intensa, simultânea e sustentada dos músculos agonistas e antagonistas (espasmo tetânico). Os seus efeitos sobre o sistema nervoso autônomo geralmente aparecem a partir da segunda semana, como uma síndrome característica de disfunção autonômica, caracterizada por hipertensão lável, taquicardia, irregularidades do ritmo cardíaco, vasoconstrição periférica, suores, pirexia e algumas vezes hipotensão e bradicardia, sugerindo alterações do sistema simpático e parasimpático.

Fonte: LISBOA, Thiago *et al.* **Diretrizes para o manejo do tétano acidental em pacientes adultos.** Rev Bras Ter Intensiva, 2012. v. 23, n. 4. p. 394.

45) Paciente chega ao hospital com quadro de cefaleia súbita, de forte intensidade, seguida por ptose, estrabismo divergente à direita e midríase não fotorreativa. Uma tomografia computadorizada de crânio indicou hemorragia subaracnoidea em cisternas da base do crânio. Qual é o provável diagnóstico?

- a) Infarto cerebral.
- b) Cefaleia em salvas.
- c) Aneurisma cerebral.**
- d) Hipertensão intracraniana.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A principal causa de hemorragia subaracnoidea não traumática é a ruptura de aneurisma sacular congênito. Porém, deve-se fazer uma neuroimagem para identificá-lo.

Fonte: CONNOLLY, E. Sander Jr.; RABINSTEIN, A. A.; CARLHUAPOMA, Jr. *et al.* **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi: 10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>.

46) Recomenda-se que os pacientes com diagnóstico de tétano acidental nas suas formas moderada e grave devam ser conduzidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), para monitoramento, detecção rápida de complicações e tratamento intensivo por equipe multidisciplinar treinada, independente de faixa etária. Sobre o tratamento do tétano ao admitir o paciente na UTI, assinale a alternativa correta.

- a) Imunoglobulina equina (soro antitetânico – SAT), como primeira e única opção, sendo a administração em dose única, via intramuscular profunda, 20.000 a 30.000 UI.
- b) Recomenda-se imunização passiva exclusiva com imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT), sendo a administração em dose única, via intramuscular profunda, 20.000 a 30.000 UI.
- c) Recomenda-se imunização passiva preferencialmente com imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT) ou, em ausência desta, utilizar imunoglobulina equina (soro antitetânico – SAT) e deve ser realizada o mais brevemente possível após o diagnóstico.**
- d) Recomenda-se imunização passiva com imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT) ou, imunoglobulina equina (soro antitetânico – SAT). Sugere-se administração em dose única, via intramuscular profunda, de 20.000 a 30.000 UI de IGATH ou 500 a 5000 UI de SAT.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Recomenda-se a imunização passiva com imunoglobulina antitetânica humana (IGATH) ou imunoglobulina equina (soro antitetânico – SAT), devendo ser realizada o mais brevemente possível após o diagnóstico (1B). Recomenda-se que, preferencialmente, seja utilizada IGATH, quando disponível, por ser opção mais segura em função dos efeitos adversos imediatos ou tardios relacionados ao SAT (1C). Sugere-se administração em dose única, via intramuscular profunda, de 500 a 5.000 UI de IGATH ou 20.000 a 30.000 UI de SAT (2C). Recomenda-se que seja realizada a imunização ativa (vacinação) simultaneamente à imunização passiva.

Fonte: LISBOA, Thiago *et al.* **Diretrizes para o manejo do tétano acidental em pacientes adultos.** Rev Bras Ter Intensiva, 2012. v. 23, n. 4. p. 394.

47) Após a realização do diagnóstico de morte encefálica (ME) e obtenção do consentimento para doação de órgãos, todos os esforços devem ser realizados para a efetivação do transplante o mais rápido possível. É comum ocorrer a perda de doadores falecidos nos momentos que antecedem a retirada dos órgãos em razão da demora na realização do diagnóstico e do atraso provocado por aspectos administrativos e assistenciais. Em relação aos aspectos assistenciais, infelizmente, poucos potenciais doadores de órgãos são manuseados de forma ótima pela equipe responsável pela manutenção do falecido. Assinale, a seguir, o principal desafio assistencial no tratamento do potencial doador.

- a) Evitar a hipotermia.
- b) Instabilidade hemodinâmica.**
- c) Infecção do órgão a ser doado.
- d) Anormalidades nos níveis de sódio, potássio, magnésio, cálcio e fósforo.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Instabilidade hemodinâmica é o principal desafio no tratamento do potencial doador, sendo a hipotensão um problema comum que leva à diminuição da perfusão dos diversos órgãos. A aferição da pressão arterial não invasiva é imprecisa em situações de choque. Há diferença significativa entre o método não invasivo e a medida direta, principalmente quando existe aumento da resistência vascular sistêmica. Pressão arterial invasiva é um método seguro e essencial para guiar a terapia hemodinâmica, sendo recomendado por diversas sociedades e organizações internacionais para manutenção do potencial doador.

Fonte: Westphal GA *et al.* **Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido.** Rev Bras Ter Intensiva, v. 23, n. 3. p. 255 e 269.

48) A ressuscitação volêmica agressiva é medida essencial na manutenção do doador falecido. Entretanto, quando há disfunção cardíaca, ou se o paciente está eurolêmico, a infusão de líquidos pode resultar em sobrecarga hídrica e prejudicar a qualidade de órgãos como o pulmão. Além disso, a simples adição de vasopressores sem expansão volêmica adequada pode prejudicar a perfusão tecidual e a qualidade dos órgãos transplantados. Portanto, quando há hipotensão e/ou hipoperfusão, deve-se avaliar adequadamente a capacidade cardiovascular em assimilar alíquotas adicionais de volume com base na análise da responsividade cardiovascular. Sobre os agentes vasopressores e inotrópicos a serem utilizados durante a ressuscitação hemodinâmica do potencial doador de órgãos, assinale a alternativa correta.

- a) A terapia beta-agonista deve ser particularmente considerada em casos de alto fluxo cardíaco e hiperperfusão secundária.
- b) Noradrenalina, ou epinefrina, ou dopamina podem ser utilizadas e devem ser ajustadas para manter a PA alvo e o fluxo tecidual global visando à viabilização da doação de diferentes órgãos.**
- c) A vasopressina é um hormônio que não deve ser usado tanto no suporte vasopressor quanto no manejo da *Diabetes insipidus*. Os doadores de órgãos que necessitam de vasopressores estão frequentemente fartos de vasopressina.
- d) Não há dose máxima ou catecolamina de escolha. Por isso, não existem preocupações com o uso de catecolamina como a noradrenalina e, principalmente, com a terapia beta-agonista (dopamina e dobutamina) em doses altas em potenciais doadores de coração.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Noradrenalina, epinefrina ou dopamina podem ser utilizadas e devem ser ajustadas para manter a PA alvo e o fluxo tecidual global, visando a viabilização da doação de diferentes órgãos. Não há dose máxima ou catecolamina de escolha. Entretanto, existem preocupações com o uso de catecolaminas como a noradrenalina e, principalmente, com a terapia beta-agonista (dopamina e dobutamina) em doses altas em potenciais doadores de coração, pois parecem diminuir as chances de sucesso do transplante deste órgão em particular. A terapia beta-agonista deve ser particularmente considerada em casos de baixo fluxo cardíaco e hipoperfusão secundária. Não há estudos randomizados que definam a escolha dos vasopressores em doadores de órgãos. A vasopressina é um hormônio que pode ser usado tanto no suporte vasopressor quanto no manejo da *Diabetes insipidus*. Os doadores de órgãos que necessitam de vasopressores estão frequentemente depletados de vasopressina. Em alguns casos, o uso de vasopressina pode garantir a estabilidade pressórica e proporcionar a descontinuação das catecolaminas. Um teste de reposição hormonal pode ser feito a qualquer momento no doador de órgão com instabilidade hemodinâmica. A reposição hormonal pode incluir, além da vasopressina, hormônios tireoideanos e corticosteroides.

Fonte: Westphal GA *et al.* **Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido.** Rev Bras Ter Intensiva, v. 23, n. 3. p. 255 e 269.

49) O tratamento anticoagulante consiste na administração de medicamentos que inibem parcialmente os mecanismos da coagulação sanguínea, sendo utilizado na prevenção e no tratamento das trombozes e suas complicações. Diante do exposto, assinale a afirmativa correta.

- a) A heparina, devido ao seu rápido e potente efeito, é o anticoagulante menos utilizado nos casos em que a vida do paciente está em perigo.
- b) Os anticoagulantes orais têm um mecanismo de ação mais lento do que o da heparina, dessa forma são pouco utilizados, sendo o seu uso desnecessário, caso já tenha sido administrada a heparina.
- c) A heparina é um fármaco que é administrado somente por via subcutânea ou intravenosa e a sua ação consiste em bloquear, sequencial e imediatamente, vários passos da cascata da coagulação sanguínea e a própria transformação do fibrinogênio em fibrina.
- d) Antagonistas da vitamina K ou anticoagulantes orais englobam uma série de fármacos com a propriedade de bloquear a ação da vitamina K nos rins e, conseqüentemente, a elaboração de produtos que necessitam da sua presença, tais como os fatores de coagulação III, VIII e IX.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Heparina – trata-se de um fármaco administrado, apenas, por via subcutânea ou intravenosa e a sua ação consiste em bloquear, sequencial e imediatamente, vários passos da cascata da coagulação sanguínea e a própria transformação do fibrinogênio em fibrina. Devido ao seu rápido e potente efeito, é o anticoagulante mais utilizado nos casos em que a vida do paciente está em perigo.

Antagonistas da vitamina K ou anticoagulantes orais – este grupo engloba uma série de fármacos com a propriedade de bloquear a ação da vitamina K no fígado e, conseqüentemente, a elaboração de produtos que necessitam da sua presença, tais como os fatores de coagulação II, VII e X. Os anticoagulantes orais têm um mecanismo de ação mais lento do que o da heparina, mas a sua forma de administração é muito mais cômoda, sendo assim, podem ser utilizados juntamente com a heparina, quando este fármaco é necessário, e a sua indicação mantém-se durante o tempo que for necessário, até mesmo durante toda a vida.

Fonte: GUYATT, Gordon H.; CROWTER, Mark; AKL, Elie A. *et al.* **Executive summary:** antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb; 141(2 Suppl):7S-47S. Erratum in: Chest. 2012 Apr; 141(4):1129.

50) Durante a evolução para a morte encefálica (ME) ocorrem diversas alterações fisiológicas como resposta à perda das funções do tronco cerebral. A fase inicial relacionada à hiperatividade adrenérgica é percebida clinicamente por taquicardia, hipertensão, aumento da resistência vascular sistêmica e do consumo de oxigênio pelo miocárdio. Havendo a manutenção da pressão arterial média (PAM) acima de 95 mmHg ou da pressão arterial sistólica (PAS) acima de 160 mmHg por mais de 30 minutos, há risco de hipoperfusão dos órgãos intra-abdominais e efeitos deletérios na função do órgão transplantado. Nestes casos, o tratamento medicamentoso endovenoso que deve ser instituído e a meta pressórica mínima a ser alcançada no potencial doador falecido são:

- a) furosemda e captopril: manter a pressão arterial média acima de 65 mmHg ou a pressão arterial sistólica acima de 90 mm Hg.
- b) furosemda e captopril: manter a pressão arterial média entre 80 e 95 mmHg ou a pressão arterial sistólica entre 100 e 160 mm Hg.
- c) nitroprussiato de sódio ou esmolol: manter a pressão arterial média acima de 65 mmHg ou a pressão arterial sistólica acima de 90 mm Hg.
- d) nitroprussiato de sódio ou esmolol: manter a pressão arterial média entre 80 e 95 mmHg ou a pressão arterial sistólica entre 100 e 160 mm Hg.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A HAS relacionada à tempestade simpática deve ser tratada. Inicia-se o tratamento farmacológico quando houver hipertensão (PAS > 180 mmHg e PAD > 120 mmHg ou PAM > 95 mmHg) sustentada (30 minutos ou mais, ou lesão de órgão alvo atribuível à hipertensão). Os fármacos sugeridos são: nitroprussiato de sódio ou β -bloqueadores de curta duração (esmolol). Manter a pressão arterial média acima de 65 mmHg ou pressão arterial sistólica acima de 90 mmHg.

Fonte: Westphal GA *et al.* **Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido.** Rev Bras Ter Intensiva, v. 23, n. 3. p. 255 e 269.

51) O transplante de órgãos é, em muitos casos, a única alternativa terapêutica em pacientes portadores de insuficiência funcional terminal de diferentes órgãos essenciais. Embora pareçam óbvias as medidas a serem tomadas para manutenção adequada do doador falecido, não se observa, em grande parte das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) brasileiras, a devida valorização do problema, fato evidenciado pela ausência quase absoluta da sistematização do atendimento ao potencial doador de múltiplos órgãos. Porém, existem algumas medidas que já estão protocoladas e que devem ser seguidas, a fim de evitar uma perda do órgão doado. **Não** se refere à conduta adequada para prevenir uma perda do órgão que está sendo doado:

- a) no caso do potencial doador de coração, enzimas cardíacas (CKMB e/ou troponina) devem ser solicitadas e repetidas a cada 24 horas.
- b) com o objetivo de manter a viabilidade dos órgãos a serem transplantados deve-se manter a temperatura superior a 35°C (idealmente entre 36°C e 37,5°C).
- c) a hiperamilasemia ou hiperglicemia isolada não é contraindicação para a doação de pâncreas, mesmo se houver presença de trauma pancreático direto, pancreatite ou história de diabetes no doador.**
- d) em doadores de fígado deve-se aferir os níveis de aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT), bilirrubinas e tempo e atividade da protrombina (TAP), pelo menos, a cada 24 horas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A regulação da temperatura corporal é condição fundamental para a manutenção dos processos biológicos que mantêm o funcionamento adequado do organismo. Esta deve ser mantida idealmente entre 36°C e 37,5°C, superior a 35°C. No caso do potencial doador de coração, enzimas cardíacas (CKMB e/ou troponina) devem ser solicitadas e repetidas a cada 24 horas. Em doadores de fígado devem-se aferir os níveis de aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT), bilirrubinas (BT) e tempo de atividade da protrombina (TAP), pelo menos a cada 24h. A hiperamilasemia ou hiperglicemia isoladas não são contraindicações para a doação de pâncreas, exceto na presença de trauma pancreático direto, pancreatite ou história de diabetes no doador.

Fonte: Westphal GA *et al.* **Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido.** Rev Bras Ter Intensiva, v. 23, n. 3. p. 255 e 269.

52) A saturação venosa central (SvcO₂) deve ser utilizada como meta durante a ressuscitação hemodinâmica do potencial doador de órgãos, pois esta, reflete o balanço entre oferta e consumo de oxigênio e tem correlação direta com o débito cardíaco (DC). Tanto valores baixos quanto elevados estão associados à maior mortalidade quando presentes em admissão na UTI.

Sobre o tema abordado, assinale a afirmativa correta.

- a) Valores baixos da SvcO₂ (< 70%) podem indicar hiperfluxo; nestes casos, pode ser usado evolutivamente como método adicional para fins de acompanhamento da ressuscitação hemodinâmica.
- b) Valores baixos da SvcO₂ (< 70%) podem indicar hipofluxo; nestes casos, não serve para ser usado evolutivamente como método adicional para fins de acompanhamento da ressuscitação hemodinâmica.
- c) Em pacientes com morte encefálica, a saturação venosa aferida no bulbo jugular (reflete o metabolismo cerebral de oxigênio) está elevada, contribuindo para a elevação da SvcO₂ (medida na veia cava superior ou átrio direito).**
- d) Em pacientes sépticos, a restauração da SvcO₂ para níveis próximos da normalidade tem sido associada com pior prognóstico. Nestes mesmos pacientes, depuração do lactato teria impacto maléfico semelhante. Destaca-se que esta restauração deve ser feita dentro das primeiras horas do insulto séptico.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Saturação venosa de oxigênio, mista (SvO₂) ou central (SvcO₂), reflete o balanço entre oferta e consumo de oxigênio e tem correlação direta com o débito cardíaco (DC). Tanto valores baixos quanto elevados estão associados a maior mortalidade quando presentes à admissão na UTI. Em pacientes com morte encefálica, a saturação venosa aferida no bulbo jugular (reflete o metabolismo cerebral de oxigênio) está elevada, contribuindo para a elevação da SvcO₂ (medida na veia cava superior ou átrio direito). Não há estudos utilizando SvcO₂ como meta durante a ressuscitação hemodinâmica, nem tampouco estudos observacionais avaliando se níveis anormais teriam alguma associação com melhores condições dos órgãos a serem utilizados para transplante. Há apenas uma menção na literatura, em que os autores afirmam não haver estudos que comprovem quais valores seriam considerados “normais” nesta situação, em virtude do potencial impacto da diminuição de consumo de oxigênio cerebral. Assim, até que estes valores sejam identificados, não se poderia recomendar ScvO₂ para se avaliar a oxigenação tecidual ou indicar como meta de ressuscitação. Em pacientes sépticos, como já explicitado na recomendação anterior, a restauração da ScvO₂ para níveis próximos da normalidade tem sido associada com melhor prognóstico. Nestes mesmos pacientes, depuração do lactato teria impacto benéfico semelhante. Destaca-se que esta restauração deve ser feita dentro das primeiras horas do insulto séptico. Valores baixos da SvcO₂ (< 70%) podem indicar hipofluxo, e, nestes casos, pode ser usado evolutivamente como método adicional para fins de acompanhamento da ressuscitação hemodinâmica.

Fonte: Westphal GA *et al.* **Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido.** Rev Bras Ter Intensiva, v. 23, n. 3. p. 255 e 269.

53) A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deve estar localizada em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual. A regularização perante o órgão de vigilância sanitária local se dá mediante a emissão e renovação de alvará de licenciamento sanitário, salvo exceções previstas em lei, e é condicionada ao cumprimento das disposições especificadas nesta resolução e outras normas sanitárias vigentes. O hospital no qual a UTI está localizada deve estar cadastrado e deve manter atualizadas as informações referentes a esta unidade no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES). O hospital em que a UTI está inserida deve dispor, na própria estrutura hospitalar, de alguns serviços diagnósticos e terapêuticos. Três desses serviços são pré-requisitos obrigatórios para o funcionamento dessa UTI. Assinale-os.

- a) Centro cirúrgico, serviço radiológico convencional e serviço de ecodopplercardiografia.
- b) Centro cirúrgico, serviço de tomografia computadorizada e serviço de ressonância magnética.
- c) Centro cirúrgico, serviço de ecodopplercardiografia e serviço de tomografia computadorizada.
- d) Serviço radiológico convencional, serviço de ecodopplercardiografia e serviço de tomografia computadorizada.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A Resolução RDC nº 07/2010 dispõe que:

“Art. 19. O hospital em que a UTI está inserida deve dispor, na própria estrutura hospitalar, dos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos:

I - centro cirúrgico;

II - serviço radiológico convencional;

III - serviço de ecodopplercardiografia.”

Fonte: **Resolução RDC nº 07/2010 ANVISA** – que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

54) O aneurisma cerebral é uma dilatação anormal na parede de uma artéria do cérebro que se forma quando o fluxo sanguíneo pressiona uma região arterial enfraquecida e cria uma saliência, de forma arredondada ou irregular, que cresce gradativamente. Os aneurismas podem se romper, levando a hemorragia para dentro das meninges (membranas que cobrem o cérebro), quadro conhecido como hemorragia subaracnoidea, um subtipo de acidente vascular cerebral, responsável por, aproximadamente, 5% de todos os casos de AVC. Assinale a alternativa correta.

- a) A maioria dos pacientes com aneurismas cerebrais apresentam sintomas. O aneurisma, assim que existe, causa sintomas, podendo, inclusive, levar à morte.
- b) Os aneurismas podem ocorrer quando as pessoas apresentam pontos frágeis na parede das artérias que ao longo dos anos se dilatam; trata-se de um processo crônico, nunca em decorrência de um trauma físico.
- c) Quando há a ruptura, ocorre a hemorragia subaracnoidea. O sangue se espalha pelas meninges (membranas que cobrem o cérebro) e provoca sinais como dor de cabeça intensa e repentina, náuseas e vômitos, confusão mental, déficits neurológicos, alterações nos batimentos cardíacos e na respiração, chegando à perda da consciência e até morte.
- d) Quando há um aumento significativo do aneurisma pode haver compressão de estruturas dentro da calota craniana. Essa compressão, apesar de grave, é sempre assintomática, o que pode fazer com que o paciente demore a procurar o serviço de atendimento, agravando o quadro e impossibilitando a reversibilidade do caso e a minimização dos danos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Os aneurismas podem ocorrer quando as pessoas apresentam pontos frágeis na parede das artérias, que ao longo dos anos se dilatam, ou em consequência de trauma físico na cabeça. A maioria dos pacientes com aneurismas cerebrais não tem sintomas. Algumas pessoas têm aneurisma por muitos anos sem saber do diagnóstico. No entanto, quando há um aumento significativo do aneurisma, pode haver compressão de estruturas dentro da calota craniana. Essa compressão pode provocar dores de cabeça, dor nos olhos e visão embaralhada. A procura imediata por um serviço médico ao surgimento desses sintomas pode ser vital para evitar a ruptura do aneurisma e preservar as funções cerebrais. Quando há a ruptura, ocorre a hemorragia subaracnoidea. O sangue se espalha pelas meninges (membranas que cobrem o cérebro) e provocam sinais como: dor de cabeça intensa e repentina, náuseas e vômitos, confusão mental, déficits neurológicos, alterações nos batimentos cardíacos e na respiração, chegando à perda da consciência e até a morte.

Fonte: CONNOLLY, E. Sander Jr.; RABINSTEIN, A. A.; CARLHUAPOMA, Jr. *et al.* **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage:** a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. Published online May 3, 2012 (doi: 10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>.

55) Aneurisma cerebral é uma importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Embora a incidência ainda seja alta, muitas melhorias têm aperfeiçoado o prognóstico dos pacientes, acelerando, por exemplo, o atendimento e diagnosticando mais rapidamente para que a intervenção seja de imediato. Estas melhorias reforçam a necessidade de reavaliar continuamente as intervenções proporcionando o maior benefício para os pacientes. Diante disso, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) O consumo de uma dieta rica em vegetais pode diminuir o risco de aneurisma cerebral.
- b) Depois de qualquer correção de aneurisma, uma imagem vascular cerebral imediata é, geralmente, recomendada para identificar restos ou recorrência do aneurisma que pode necessitar de tratamento.
- c) Após a alta, é razoável encaminhar os pacientes com hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma, para uma avaliação abrangente, incluindo cognitiva, avaliações comportamentais e psicossociais.
- d) O tratamento da pressão alta com medicação anti-hipertensiva não deve ser instituído em pacientes com aneurisma cerebral, pois, nesse caso, pode causar hiperperfusão de outros órgãos, que ficariam prejudicados com o hiperfluxo.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Recomenda-se o tratamento da pressão alta com medicação anti-hipertensiva para prevenir acidente vascular cerebral isquêmico, hemorragia intracerebral e cardíaca, renal e outras lesões de órgãos-alvo.

Fonte: CONNOLLY, E. Sander Jr.; RABINSTEIN, A. A.; CARLHUAPOMA, Jr. *et al.* **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage:** a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. Published online May 3, 2012 (doi: 10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>.

56) Sobre o exame de imagem padrão-ouro para identificar ruptura de aneurisma sacular congênito, principal causa de hemorragia subaracnoide não traumática, analise.

- I. Angio-TC.
- II. Angio-RNM.
- III. Angiografia convencional de 4 vasos (2 carótidas e 2 vertebrais).

Está(ão) correta(s) a(s) alternativa(s)

- a) I, II e III.
- b) I, apenas.
- c) II, apenas.
- d) III, apenas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O padrão-ouro para identificar ruptura de aneurisma sacular congênito (principal causa de hemorragia subaracnoide não traumática) é a angiografia convencional de 4 vasos (2 carótidas e 2 vertebrais), sendo a Angio-TC e a Angio-RNM opções razoáveis.

Fontes:

- CONNOLLY, E. Sander Jr.; RABINSTEIN, A. A.; CARLHUAPOMA, Jr. *et al.* **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage:** a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. Published online May 3, 2012 (doi: 10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>.
- **Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury.** 3rd Edition-Brain Trauma Foundation; and American Association of Neurological Surgeons (AANS) Congress of Neurological Surgeons (CNS) AANS/CNS Joint Section on Neurotrauma and Critical Care-2007;24 Suppl 1:S1-106.

57) O aneurisma cerebral é uma doença na qual um segmento de vaso sanguíneo, quase sempre de uma artéria do polígono de Willis, encontra-se anormalmente dilatado no encéfalo. A dilatação é causada em geral por uma falha muscular da parede de uma artéria ou muito mais raramente de uma veia do cérebro. O tamanho de um aneurisma cerebral é variável. Pode ser pequeno, de poucos milímetros até 1 cm, tamanho médio de até 2 cm e maiores (grandes ou gigantes), atingindo vários centímetros no seu maior diâmetro. Há diversos formatos, geralmente saculares, mas podem ser irregulares ou fusiformes. O aneurisma cerebral é considerado muito perigoso pois, ao romper-se dentro da cabeça, no interior do crânio, pela estrutura inelástica, produz lesão ao encéfalo e um aumento da pressão intracraniana. Sobre esse assunto, assinale a afirmativa correta.

- a) **Doppler transcranial é útil para monitorizar o desenvolvimento de espasmo vascular arterial.**
- b) A hipervolemia profilática, ou angioplastia com balão, é recomendada antes do desenvolvimento de espasmo angiográfico.
- c) A magnitude de controle da pressão arterial para reduzir o risco de sangramentos não foi estabelecida, mas uma diminuição na pressão arterial sistólica a 120 mmHg é razoável.
- d) Controle agressivo da febre para uma meta de normotermia pelo uso de modulação da temperatura padrão ou avançados sistemas que não devem ser feitos na fase aguda, pois podem ocasionar perdas neuronais.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Doppler transcranial é útil para monitorizar o desenvolvimento de espasmo vascular arterial. Hipervolemia profilática ou angioplastia com balão antes do desenvolvimento de espasmo angiográfico não é recomendada. A magnitude de controle da pressão arterial para reduzir o risco de sangramentos não foi estabelecida, mas uma diminuição na pressão arterial sistólica a 160 mmHg é razoável. Controle agressivo da febre para uma meta de normotermia pelo uso de modulação da temperatura padrão ou avançados sistemas é razoável na fase aguda da Asah.

Fontes:

- CONNOLLY, E. Sander Jr.; RABINSTEIN, A. A.; CARLUAPOMA, Jr. *et al.* **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage:** a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. Published online May 3, 2012 (doi: 10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>.
- **Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury.** 3rd Edition-Brain Trauma Foundation; and American Association of Neurological Surgeons (AANS) Congress of Neurological Surgeons (CNS) AANS/CNS Joint Section on Neurotrauma and Critical Care-2007;24 Suppl 1:S1-106.

58) Em relação à dengue, assinale a afirmativa correta.

- a) É uma doença de notificação opcional.
- b) Todo caso de dengue com manifestação hemorrágica deve ser tratado imediatamente em UTI.
- c) A presença de manifestações hemorrágicas é condição para o diagnóstico de dengue hemorrágica.
- d) **Fazem parte do quadro laboratorial da dengue hemorrágica: plaquetopenia, leucopenia e hemoconcentração.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A dengue faz parte da Lista Nacional de Doenças de notificação compulsória. Casos de dengue clássica não precisam ser tratados em UTI, podendo ser estes de tratamento ambulatorial. Manifestações hemorrágicas podem aparecer na forma clássica da dengue. Além da hemorragia, deve haver sinais de extravasamento de plasma e colapso vascular.

Fonte: Verdeal JCR; R., Costa Filho *et al.* **Recomendações para o manejo de pacientes com formas graves de dengue.** Rev Bras Ter Intensiva 2011, v. 23, n. 2, p. 125.

59) Considere que os Conselhos de Medicina são, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Analise as afirmativas sobre morte encefálica e a conduta adequada de acordo com a Resolução CFM nº 1826/2007.

- É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante.
- A data e a hora registradas na declaração de óbito irão condizer com o momento em que forem suspensos os suportes terapêuticos de manutenção, diferindo, portanto, do momento da determinação de morte encefálica.
- Ao decidir que um paciente teve morte encefálica e cumpriu os critérios para suspensão dos suportes terapêuticos deve-se cumprir essa decisão e, imediatamente após, é necessário comunicar e esclarecer os familiares do paciente ou seu representante legal sobre o que houve, assim como fundamentar e registrar no prontuário que o paciente teve o laudo de morte encefálica.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s)

- a) I, II e III.
- b) **I, apenas.**
- c) II, apenas.
- d) II e III, apenas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A Resolução CFM nº 1.826/2007 dispõe que:

“Art. 1º É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, nos termos do disposto na Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, na forma da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

§ 1º O cumprimento da decisão mencionada no caput deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário.

[...]

Art. 2º A data e hora registradas na Declaração de Óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica.”

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.826/2007** – que dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador. Brasília 2007.

60) O diagnóstico de morte encefálica é definido como “morte baseada na ausência de todas as funções neurológicas”, no entanto, uma série de resoluções e condutas devem ser seguidas para se caracterizar um paciente com morte encefálica. De acordo com a Resolução CFM nº 1.480/97, que dispõe sobre as definições e condutas para definir morte encefálica, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas etnias e gênero sexual dos pacientes.
- () Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinhal e apneia.
- () Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca: ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral ou, ainda, ausência de perfusão sanguínea cerebral.
- () Constatada e documentada a morte encefálica deverá o Diretor-Clinico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o paciente se encontrava internado.

a) F – F – V – F

b) V – F – F – V

c) F – V – V – V

d) V – V – V – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A Resolução CFM nº 1.480/97 dispõe que:

“Art. 1º A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

[...]

Art. 4º Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinhal e apneia.

[...]

Art. 6º Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

a) ausência de atividade elétrica cerebral, ou

b) ausência de atividade metabólica cerebral, ou

c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

[...]

Art. 9º Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clinico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.”

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.480/1997** – que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília 1997.