



314221

MODELO DE  
PROVA  
(VERSÃO)

C

**EXÉRCITO BRASILEIRO**  
**ESCOLA DE SAÚDE E FORMAÇÃO COMPLEMENTAR DO EXÉRCITO**

CONCURSO DE ADMISSÃO/2024  
PARA MATRÍCULA NO CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE/2025

**026. PROVA OBJETIVA**

**CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS MÉDICOS**

**ESPECIALIDADE: MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 60 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Certifique-se de que a letra referente ao modelo de sua prova é igual àquela constante em sua folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições.
- Caso haja alguma divergência de informação, comunique ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta azul ou preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 3 horas do início da prova.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

**AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.**

Nome do candidato

RG

Inscrição

Prédio

Sala

Carteira



## CONHECIMENTOS GERAIS

### MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL/SAÚDE COLETIVA

01. Considerando a heterogeneidade que caracteriza o País, tanto em relação às condições socioeconômicas e culturais, como em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, é correto afirmar, com relação ao perfil epidemiológico da população feminina, que
- (A) ele é bastante homogêneo em todo o País, não apresentando diferenças importantes de uma região para outra.
  - (B) a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está sobretudo relacionada com especificidades da biologia e da anatomia do corpo feminino.
  - (C) as primeiras tentativas de se incorporar a saúde da mulher às políticas nacionais de saúde, ocorridas nas primeiras décadas do século XX, caracterizaram-se por corresponderem a programas transversais, com alto impacto nos indicadores de saúde da mulher.
  - (D) as Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas, sobretudo, de dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.
  - (E) passou por importantes transformações nas últimas décadas, com a diminuição progressiva da mortalidade em geral e um aumento da taxa de fecundidade.
02. É correto afirmar, com relação a cânceres que acometem a população do sexo masculino, que
- (A) estudos científicos recentes sugerem que não há associação entre infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e o câncer de pênis.
  - (B) o câncer de bexiga, apesar de sua alta incidência nos homens, ocorre com mais frequência em mulheres.
  - (C) o tabagismo é considerado a segunda maior causa de câncer de bexiga.
  - (D) o câncer de testículo tem maior incidência em homens idosos, com idade superior a 60 anos.
  - (E) o câncer de próstata está associado ao histórico da doença na família, à obesidade e ao tabagismo.
03. De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, o “Método Canguru” é destinado a
- (A) incentivar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade do bebê.
  - (B) promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.
  - (C) reduzir o tempo de internação de bebês prematuros em unidades neonatais.
  - (D) orientar as mães sobre formas de carregar os recém-nascidos.
  - (E) estimular a prática de exercícios físicos durante o pré-natal.
04. Paciente de 15 anos, sexo masculino, é atendido na unidade de saúde, onde ocorre prestação do atendimento necessário, e percebe-se que foi vítima de violência sexual em ambiente intrafamiliar. No que se refere à notificação do caso ao Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN), assinale a alternativa correta.
- (A) A notificação deve ser feita imediatamente (em até 24 horas) ao Ministério da Saúde.
  - (B) A notificação deve ser feita no prazo de até uma semana.
  - (C) A notificação deve ser feita imediatamente (em até 24 horas) ao serviço de vigilância epidemiológica municipal.
  - (D) A notificação só pode ser feita com a autorização dos responsáveis pelo adolescente.
  - (E) Não há previsão de notificação para casos de violência sexual contra jovens do sexo masculino.
05. Assinale a alternativa que melhor representa a perspectiva central da Antropologia da Saúde, conforme o livro “Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico”.
- (A) Reduzir a complexa experiência da saúde e da doença a uma mera questão de acesso a serviços médicos e tecnologias de cura.
  - (B) Enfatizar a universalidade das definições de saúde e doença, independentemente do contexto cultural e social em que se manifestam.
  - (C) Considerar a saúde e a doença como categorias fixas e imutáveis, sem relação com as dinâmicas sociais e as diferentes concepções de bem-estar existentes nas sociedades.
  - (D) Analisar as relações entre saúde, doença e os diversos aspectos socioculturais da vida humana, incluindo crenças, valores, comportamentos e práticas sociais.
  - (E) Compreender a saúde e a doença como fenômenos exclusivamente biológicos, determinados por fatores genéticos e patógenos.
06. Assinale a alternativa que apresenta o exame utilizado no acompanhamento do controle metabólico do paciente diabético, que reflete os níveis médios de glicemia ocorridos nos últimos dois a três meses.
- (A) Hemoglobina glicada (HbA1c).
  - (B) Teste oral de tolerância à glicose (TOTG).
  - (C) Glicemia capilar em jejum.
  - (D) Urina 24 horas.
  - (E) Glicemia pós-prandial.

- 07.** O Ministério da Saúde preconiza que todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da pressão arterial (PA) nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada em duas medidas, com intervalo de um minuto, no mínimo. Se a média dos dois valores pressóricos obtidos for menor que 120/80 mmHg, recomenda-se nova verificação a cada
- (A) 6 meses.
  - (B) 1 ano.
  - (C) 3 meses.
  - (D) 3 anos.
  - (E) 2 anos.
- 08.** No Brasil, o câncer com maior incidência entre os homens é o de pele não melanoma. Em segundo lugar, o maior número de câncer na população masculina é o
- (A) da cavidade oral.
  - (B) de próstata.
  - (C) de estômago.
  - (D) de pulmão.
  - (E) colorretal (intestino grosso).
- 09.** O câncer de bexiga é uma neoplasia maligna silenciosa, com maior incidência em homens acima dos 40 anos. Seu principal fator de risco
- (A) é a obesidade.
  - (B) é o tabagismo.
  - (C) é o consumo excessivo de álcool.
  - (D) é o histórico familiar de câncer de bexiga.
  - (E) são infecções urinárias recorrentes.
- 10.** Alguns dos princípios que fundamentam a Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, são:
- (A) meritocracia, competitividade e focalização de serviços.
  - (B) hierarquia, impessoalidade e tecnocracia.
  - (C) eficiência, produtividade e racionalização de recursos.
  - (D) protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos.
  - (E) autonomia, cofinanciamento e gestão descentralizada.
- 11.** A “clínica ampliada” é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Dentre outras propostas, ela preconiza
- (A) o reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos.
  - (B) a limitação da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, minimizando o compartilhamento de informações sobre a abordagem terapêutica.
  - (C) a valorização da hierarquia médico-paciente, dada a importância da relação de respeito e confiança por parte do paciente com relação ao médico.
  - (D) a priorização do emprego de fármacos industrializados, minimizando a importância de abordagens terapêuticas alternativas.
  - (E) a ênfase no entendimento do papel do paciente como receptor de cuidados, sem considerar sua participação ativa no processo de saúde.
- 12.** Faz parte dos elementos essenciais para a organização do processo de trabalho no atendimento à demanda espontânea:
- (A) a recepção calorosa dos pacientes e fazendo o atendimento com base apenas na ordem de chegada.
  - (B) a aplicação de um sistema de triagem rígido, classificando pacientes apenas com base na gravidade da condição.
  - (C) a delegação de responsabilidades aos pacientes, incentivando-os a autoavaliarem a urgência de suas necessidades.
  - (D) a implementação de um sistema rígido de agendamento de consultas, priorizando pacientes com consultas pré-marcadas.
  - (E) a adoção de uma abordagem flexível e adaptável, ajustando o fluxo de atendimento de acordo com a dinâmica da demanda.

13. Paciente, empregado de um açougue, procura a unidade de saúde após ter sofrido corte na falange distal do terceiro quirodáctilo esquerdo durante manipulação de faca no trabalho. Informa que trabalha sem registro em carteira e que acidentes com cortes são muito comuns com os colegas de trabalho. Após a prestação do atendimento médico adequado, a conduta correta é
- (A) apenas notificar o caso ao SINAN, no prazo de até uma semana.
  - (B) não notificar o caso ao SINAN, por se tratar de trabalhador sem registro em carteira, mas solicitar à auditoria fiscal do trabalho, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), a verificação do ambiente e das condições de trabalho.
  - (C) notificar o caso ao SINAN e informar o serviço de vigilância do SUS para eventual fiscalização do ambiente e das condições de trabalho.
  - (D) denunciar o caso ao Ministério Público do Trabalho.
  - (E) não notificar o caso ao SINAN, por não se tratar de acidente de trabalho grave nem fatal, mas informar o serviço de vigilância do SUS para eventual fiscalização do ambiente e das condições de trabalho.
14. O Brasil enfrenta um cenário preocupante de dengue em 2024, com mais de 4 milhões de casos confirmados até o momento, segundo dados do Ministério da Saúde.
- Assinale a alternativa correta com relação a essa doença.
- (A) O período de transmissibilidade começa 1 dia antes do aparecimento da febre e vai até o 6º dia da doença.
  - (B) Os exames específicos para diagnóstico laboratorial são contagem de plaquetas e dosagem de albumina.
  - (C) O principal transmissor da doença é o mosquito *Aedes albopictus*.
  - (D) Os sintomas característicos da dengue clássica são febre alta, dor de garganta e tosse.
  - (E) As principais medidas de prevenção para evitar a transmissão da doença são o uso de repelentes e de telas nas janelas para impedir a entrada do mosquito.
15. A febre tifoide é uma doença de grande importância epidemiológica devido à sua alta morbimortalidade, especialmente em países em desenvolvimento com precárias condições de saneamento básico e higiene. No Brasil, está presente em todo o território nacional, com maior incidência nas regiões Norte e Nordeste. Com relação a ela, é correto afirmar que
- (A) ocorre exclusivamente por meio da ingestão de água ou de alimentos contaminados com fezes ou urina.
  - (B) alguns pacientes podem se transformar em portadores crônicos da doença e transmiti-la por até um ano.
  - (C) apresenta sazonalidade, com maior incidência durante o período do verão.
  - (D) nas crianças, a doença costuma ser mais grave do que nos adultos, sendo acompanhada frequentemente de diarreia.
  - (E) é uma doença bacteriana aguda, causada pela *Borrelia burgdorferi*.
16. A medida de tendência central mais apropriada para descrever a média de uma distribuição quando os dados são assimétricos é a(o)
- (A) desvio-padrão.
  - (B) mediana.
  - (C) variância.
  - (D) moda.
  - (E) média aritmética.

17. No campo da epidemiologia e da pesquisa em saúde, os estudos de coorte e os estudos caso-controle são duas abordagens fundamentais para investigar a relação entre exposições e doenças.

Com relação a esses dois tipos de estudo, é correto afirmar que

- (A) ambos os estudos são sempre retrospectivos.
- (B) ambos os estudos são sempre prospectivos.
- (C) estudos de coorte são sempre prospectivos, enquanto estudos caso-controle podem ser prospectivos ou retrospectivos.
- (D) estudos de coorte podem ser prospectivos ou retrospectivos, enquanto estudos caso-controle são retrospectivos.
- (E) estudos caso-controle são prospectivos, enquanto estudos de coorte são retrospectivos.

18. Trabalhador de uma fundição procura o serviço de saúde com queixa de tosse seca e persistente, dispneia aos mínimos esforços e perda de peso. Informa que uma das suas atividades é o jateamento de areia das peças fundidas. O médico suspeita de silicose.

De acordo com o Código de Ética Médica, é seu dever

- (A) esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde e denunciar o caso à auditoria fiscal do trabalho (Ministério do Trabalho).
- (B) limitar-se a informar o trabalhador sobre os riscos decorrentes das suas condições de trabalho e orientá-lo sobre as medidas preventivas necessárias.
- (C) esclarecer o trabalhador sobre os riscos das suas condições de trabalho, pedindo a ele que também alerte seus colegas de trabalho.
- (D) informar o trabalhador da suspeita diagnóstica, mas não a relacionar com suas condições de trabalho para evitar problemas legais.
- (E) esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde e comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

19. Trabalhador da construção civil sofre impacto de bloco de concreto que cai sobre seu corpo. Vem a falecer por choque hemorrágico devido ao esmagamento de órgãos internos. Na Declaração de Óbito, devem ser registradas, respectivamente, como causa básica, intermediária e imediata:

- (A) esmagamento de órgãos; choque hemorrágico; impacto causado por objeto.
- (B) choque hemorrágico; impacto causado por objeto; esmagamento de órgãos.
- (C) impacto causado por objeto; esmagamento de órgãos; choque hemorrágico.
- (D) choque hemorrágico; esmagamento de órgãos; impacto causado por objeto.
- (E) esmagamento de órgãos; impacto causado por objeto; choque hemorrágico.

20. Durante uma consulta de rotina, o médico percebe que seu paciente está tomando um medicamento específico que pode estar causando efeitos colaterais graves. O paciente, no entanto, insiste que o medicamento está funcionando bem para ele e se recusa a considerar a possibilidade de interrompê-lo ou trocá-lo por outro. A atitude mais adequada aos princípios éticos nesta situação é

- (A) respeitar a decisão do paciente e não insistir na mudança de medicamento, mesmo ciente dos possíveis riscos.
- (B) ignorar a opinião do paciente e prescrever um novo medicamento sem o seu consentimento.
- (C) encaminhar o paciente a outro médico para uma segunda opinião.
- (D) prescrever um medicamento adicional para tratar os efeitos colaterais do medicamento atual, sem discutir alternativas.
- (E) oferecer informações detalhadas ao paciente sobre os potenciais riscos do medicamento atual e as alternativas disponíveis.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

21. Um médico é chamado para ajudar a ressuscitar uma lactente de 4 meses, que havia sido internada em uma enfermaria com uma hipótese diagnóstica de bronquiolite; durante a noite, a mãe solicitou a enfermagem várias vezes por achar que a lactente estava mais cansada e com dificuldade de mamar no peito. Há poucos minutos, a mãe saiu no corredor gritando que a filha havia desmaiado. O médico entra no quarto e encontra um bebê com pulso presente, fraco e lento, com uma frequência cardíaca menor que 60 e com respiração agônica.

Quais são, respectivamente, a conduta imediata e a primeira droga a ser administrada?

- (A) Avaliar a via aérea, se necessário, realizar aspiração e iniciar ventilação com bolsa-valva-máscara, obter um acesso venoso e administrar epinefrina assim que o acesso for obtido.
- (B) Iniciar ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade, com 15 compressões para cada 2 ventilações, solicitar monitorização e acesso venoso e, assim que obtiver acesso venoso, administrar epinefrina.
- (C) Avalia a via aérea, se necessário, realizar aspiração e iniciar ventilação com bolsa-valva-máscara, solicitar monitorização e obtenção de um acesso venoso e avaliar se ventilação e oxigenação estão eficazes; se não melhorar ventilação, avaliar pressão arterial e, se houver hipotensão e sinais de choque, iniciar ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade; se não houver melhora da frequência cardíaca, administrar atropina.
- (D) Avaliar a via aérea, se necessário, realizar aspiração e iniciar ventilação com bolsa-valva-máscara, solicitar monitorização e obtenção de um acesso venoso e avaliar se ventilação e oxigenação estão eficazes; se a frequência cardíaca não melhora com a ventilação eficaz, avaliar pressão arterial e, se houver hipotensão e sinais de choque, iniciar ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade; se não houver melhora da frequência cardíaca, administrar epinefrina.
- (E) Iniciar ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade, com 15 compressões para cada 2 ventilações, solicitar monitorização e acesso venoso e, assim que obtiver acesso venoso, administrar atropina.

22. Criança de 5 meses, portadora de cardiopatia congênita ainda não operada, internada na UTI por uma desconpensão cardíaca, em uso de carvedilol, furosemida e xarope de cloreto de potássio. Subitamente a criança desmaia durante o banho no leito e o médico, após ser chamado, a encontra inconsciente, sem respirar e sem pulso palpável. O profissional chama ajuda, imediatamente inicia as compressões e solicita monitorização. O lactente é monitorizado conforme a fita a seguir:



Com relação à conduta inicial, hipótese diagnóstica e conduta a ser tomada posteriormente, assinale a alternativa correta.

- (A) Conduta inicial: correta. Hipótese Diagnóstica: Taquicardia Ventricular. Conduta: Desfibrilar com 2 a 4 Joules/kg, obter um acesso venoso e, após o 2º choque, caso se mantenha o mesmo ritmo, administrar epinefrina – 0,01 mg/kg a cada 3 a 5 minutos, aumentar a carga do choque até 10 J/kg e, caso não haja resposta após o 3º choque e a administração da primeira dose de epinefrina, administrar Amiodarona – 5 mg/kg em bolus ou Lidocaina 1 mg/kg, seguida de infusão contínua de 20 a 50 mcg/kg/min.
- (B) Conduta inicial: correta. Hipótese Diagnóstica: Taquicardia Ventricular. Conduta: Cardioverter com 0,5 a 1 Joule/kg, obter um acesso venoso e administrar amiodarona – 5 mg/kg em bolus. Coletar exames para avaliar a possível etiologia da PCR (Hs e Ts).
- (C) Conduta inicial: incorreta. Hipótese Diagnóstica: Taquicardia Ventricular. Conduta: Desfibrilar com 2 a 4 Joules/kg, obter um acesso venoso e administrar epinefrina – 0,01 mg/kg a cada 3 a 5 minutos, aumentar a carga do choque até 4 J/kg e, se necessário, administrar amiodarona – 5 mg/kg em 20 minutos.
- (D) Conduta inicial: incorreta. Hipótese Diagnóstica: Taquicardia Supraventricular. Conduta: Cardioverter com 0,5 a 1 Joule/kg, obter um acesso venoso e administrar adenosina e, se necessário, administrar amiodarona – 5 mg/kg em 20 minutos.
- (E) Condutas inicial: incorreta. Hipótese Diagnóstica: Atividade Elétrica Sem Pulso. Conduta: obter um acesso venoso imediato e administrar epinefrina associada à compressão torácica, manter a relação entre compressões e ventilação de 15 compressões para 2 ventilações e, no próximo ciclo, administrar gluconato de cálcio, pois o paciente deve apresentar hiperpotassemia associado ao uso do xarope de cloreto de potássio.

23. Uma lactente de 4 meses de vida com história de febre há 2 dias, exame de urina com Leucocitúria > 1 000 000 de leucócitos, hemograma com leucocitose de 24 000 e desvio à esquerda, coagulação exames não coletados, sonolenta alternando com irritabilidade, Glasgow modificado 14, tempo de enchimento capilar de 4 segundos após expansão volêmica de 40 mL/kg, PAM – 40 mmHg sem droga vasoativa, lactato de 35 mg/dL na entrada, saturação de 96% em ar ambiente.

Com base no caso clínico e nos novos critérios diagnósticos de sepse e choque séptico publicados no JAMA 2024 e reproduzidos a seguir, assinale a alternativa correta.

**Tabela 1. Escore de Sepse de Phoenix (Phoenix Sepsis Score – PSS) em crianças**

Variáveis	0 ponto	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Respiratório 0-3 pontos	PaO <sub>2</sub> :FiO <sub>2</sub> ≥ 400 ou SpO <sub>2</sub> :FiO <sub>2</sub> ≥ 292 <sup>b</sup>	PaO <sub>2</sub> :FiO <sub>2</sub> < 400 em qualquer suporte respiratório ou SpO <sub>2</sub> :FiO <sub>2</sub> < 292 em qualquer suporte respiratório <sup>c</sup>	PaO <sub>2</sub> :FiO <sub>2</sub> 100-200 e VMI ou SpO <sub>2</sub> :FiO <sub>2</sub> 148-220 e VMI <sup>b</sup>	PaO <sub>2</sub> :FiO <sub>2</sub> < 100 e VMI ou SpO <sub>2</sub> :FiO <sub>2</sub> < 148 e VMI <sup>b</sup>
Cardiovascular 0-6 pontos	Sem DVA <sup>d</sup> Lactato < 5 mmol/L	1 ponto cada até 3 1 DVA <sup>d</sup> Lactato 5 – 10,9 mmol/L	2 pontos cada até 6 ≥ 2 DVA <sup>d</sup> Lactato ≥ 11 mmol/L <sup>e</sup>	
<b>Idade<sup>f</sup></b>				
<b>Pressão arterial média, mmHg<sup>g</sup></b>				
até 1 m	> 30	17 – 30	< 17	
1 a 11 m	> 38	25 – 38	< 25	
1 a < 2 a	> 43	31 – 43	< 31	
2 a < 5 a	> 44	32 – 44	< 32	
5 a < 12 a	> 48	36 – 48	< 36	
12 a 17 a	> 51	38 – 51	< 38	
Coagulação 0-2 pontos <sup>h</sup>	Plaquetas ≥ 100 x 10 <sup>3</sup> /μLd RNI ≤ 1,3 D-dímero ≤ 2 mg/L FEU Fibrinogênio ≥ 100 mg/dL	1 ponto cada até 2 Plaquetas < 100 x 10 <sup>3</sup> /μL <sup>d</sup> RNI > 1,3 D-dímero > 2 mg/L FEU Fibrinogênio < 100 mg/dL		
Neurológico <sup>f</sup> 0-2 pontos	ECGlasgow > 10 Pupilas reativas	ECGlasgow ≤ 10 <sup>j</sup>	Pupilas fixas bilateralmente	
<b>Critério de Sepse de Phoenix</b>				
<b>SEPSE</b>	Infecção suspeitada e PSS ≥ 2 pontos			
<b>CHOQUE SÉPTICO</b>	Sepse com ≥ 1 ponto no escore cardiovascular			

PaO<sub>2</sub>: pressão parcial arterial de oxigênio; FiO<sub>2</sub>: fração inspirada de oxigênio; SpO<sub>2</sub>: saturação de pulso de oxigênio; VMI: ventilação mecânica invasiva; DVA: drogas vasoativas; RNI: razão normalizada internacional (tempo de atividade de protrombina do paciente/controlado; ECGlasgow: escala de coma de Glasgow).

a: O PSS pode ser calculado na ausência de algumas variáveis (lactato não medido ou sem medicações vasoativas usadas; nesse caso, usar pressão no escore cardiovascular). Obter exames de acordo com orientação médica. Idades não são ajustadas para prematuridade. Critérios não são aplicáveis a hospitalizações para nascimento, recém-nascidos com idade gestacional menor do que 37 semanas ou aqueles com 18 anos ou mais.

b: SpO<sub>2</sub>: FiO<sub>2</sub> usada apenas se SpO<sub>2</sub> ≤ 97%

c: Disfunção respiratória de 1 ponto aplica-se a qualquer paciente sob oxigenoterapia, alto fluxo, ventilação mecânica invasiva (VMI) e não invasiva (VNI) e inclui uma PaO<sub>2</sub>:FiO<sub>2</sub> < 200 e SpO<sub>2</sub>:FiO<sub>2</sub> < 220 em cças que não estão recebendo VMI. Para crianças sob VMI com PaO<sub>2</sub>:FiO<sub>2</sub> < 200 e SpO<sub>2</sub>:FiO<sub>2</sub> < 220, ver critério para 2 e 3 pontos.

d: Medicações vasoativas (DVA) inclui qualquer dose de epinefrina, norepinefrina, dopamina, dobutamina, milrinone e/ou vasopressores para choque

e: Variação de Lactato é de 0,5 a 2,2 mmol/L (arterial ou venoso)

f: Idade não é ajustada para prematuridade e o critério não se aplica a hospitalizações para nascimento, crianças com Idade pós-concepcional menor do que 37 semanas ou aqueles com 18 anos ou mais

g: Use medida da pressão arterial média (PAM), preferencialmente invasiva, se disponível ou não invasiva).

Se PAM invasiva não for disponível, usar a PAM calculada (1/3 x sistólica + 2/3 x diastólica) como alternativa

h: Valores coagulação: plaquetas: 150 a 450 x 10<sup>3</sup>/μL; D-dímero: < 0,5 mg/L; fibrinogênio: 180 a 410 mg/dL; RNI: baseado em referências locais

i: O sub escore de disfunção neurológica foi pragmaticamente validado em pacientes sedados e não sedados e naqueles recebendo ou não VMI

j: A Escala de Coma de Glasgow mede o nível de consciência baseado na resposta verbal, ocular e motora (variações 3-15, com um escore mais alto indicando melhor função neurológica).

(Shlapback LJ et al.<sup>6</sup>)

- (A) O Critério de Sepse de Phoenix se destina à triagem precoce e reconhecimento precoce de possível Sepse e Choque Séptico.
- (B) Deve ser considerado como Choque Séptico, pois preenche o Escore de Phoenix, e deve ser introduzido antibiótico rapidamente.
- (C) Deve ser considerado como uma infecção grave provável, evolução para Sepse e Choque Séptico pelo quadro clínico, apesar de não preencher o Escore de Phoenix. Tratar como tal, introduzir droga vasoativa e, eventualmente, repetir volume, até 60 mL/kg, repetir lactato e ampliar exames laboratoriais. Deve ser introduzido antibiótico rapidamente.
- (D) Não deve ser considerado como Choque Séptico, pois não preenche o Escore de Phoenix; deve-se manter a administração de volume, independentemente do número de vezes que seja necessário, para melhorar a perfusão periférica, e deve-se realizar a administração de antibiótico rapidamente.
- (E) Não deve ser considerado como Choque Séptico, pois não preenche o Escore de Phoenix, mas deve ser administrado antibiótico e, se houver melhora clínica, alta para casa.

24. Uma lactente de 11 meses com história de cansaço, vômitos pós-alimentares e febre baixa até 37,5 graus Celsius é internada na Unidade de Terapia Intensiva com uma hipótese diagnóstica de choque séptico após ter recebido expansões volêmicas de 40 mL/kg de cristalóide em 2 horas e antibioticoterapia no pronto-socorro. Ao exame físico, observa-se via aérea pérvia, expansibilidade pulmonar bilateral simétrica, uso de musculatura acessória, crepitações pulmonares bilaterais nas bases, saturação de 92% em máscara não reinhalante com fluxo de 15 litros de oxigênio por minuto, frequência respiratória de 55, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, extremidades frias, frequência cardíaca de 180 e pressão arterial de 75 x 55, hepatometria com fígado a 4 cm do rebordo costal direito, Glasgow de 14, pele pálida, sem manchas e com temperatura de 37,2 graus Celsius.

Com relação à classificação do tipo de choque e conduta a ser tomada, assinale a alternativa correta.

- (A) Choque Cardiogênico Compensado, Classificação de Insuficiência Cardíaca Congestiva Classe B e deve-se introduzir diurético de alça.
- (B) Choque Cardiogênico Compensado, Classificação de Insuficiência Cardíaca Congestiva Classe C e deve-se introduzir droga inotrópica e vasodilatadora como por exemplo Milrinona.
- (C) Choque Séptico Hipodinâmico Hipotensivo e deve-se introduzir droga vasopressora como por exemplo Noraepinefrina.
- (D) Choque Cardiogênico Hipotensivo, Classificação de Insuficiência Cardíaca Congestiva Classe D e deve-se introduzir Dobutamina associada a Epinefrina em dose baixa.
- (E) Choque Séptico Hiperdinâmico Compensado e deve-se introduzir droga inotrópica e vasodilatadora como por exemplo Epinefrina.

25. Uma criança de 5 anos está sendo transportada do pronto atendimento para a UTI, 20 kg, que está intubado e em ventilação mecânica, sendo transportado em um ventilador mecânico de transporte. Repentinamente, a saturação de oxigênio cai de 97% para 78%, e a criança fica cianótica. Inicialmente deve-se

- (A) aspirar as vias aéreas, pois o problema deve ser uma obstrução do tubo traqueal.
- (B) alterar os parâmetros ventilatórios, pois provavelmente o problema deve ser hipóxia, aumentando a fração inspirada de oxigênio para 100%.
- (C) ventilar a criança com bolsa-valva-máscara, em fração inspirada de oxigênio de 100%, para se poder avaliar melhor o paciente e detectar qual é o problema.
- (D) puncionar o tórax no segundo espaço intercostal, na linha hemiclavicular, na borda superior da costela inferior, com um cateter 18 a 20 French, pois o mais provável é que tenha ocorrido um pneumotórax.
- (E) reposicionar, exteriorizando o tubo, pois o problema deve ser deslocamento do tubo endotraqueal, com intubação seletiva.

26. Criança de 1 a 5 m dá entrada no pronto atendimento com história de febre há 5 dias e cansaço hoje. Ao exame físico apresenta: regular estado geral, descorada+, hidratada, acianótica, anictérica, sonolenta, taquidispneia moderada (batimento de asa de nariz e retração intercostal), FR-50, FC-130, PA 80 x 50, Sat 88% em ar ambiente, pulsos firmes (central e periférico) e tempo de enchimento capilar – 2 segundos. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente, bastante diminuído em base direita, e com estertoração crepitante à direita. A criança foi colocada na sala de emergência, monitorizada, ofertado oxigênio em máscara com reservatório, sem reinalação, 15 litros de oxigênio/min com melhora da saturação – 100%. Obtido acesso venoso periférico, e coletados exames: hemograma, PCR, hemocultura e solicitado radiografia tórax no leito.



Com relação à conduta inicial, hipótese diagnóstica e conduta a ser tomada posteriormente, assinale alternativa correta.

- (A) Conduta inicial: incorreta. Hipótese Diagnóstica: desconforto respiratório por doença de parênquima com estabilidade hemodinâmica. Conduta: introdução de antibioticoterapia logo após coleta da hemocultura e realização de sequência rápida de intubação e intubação para reduzir o trabalho respiratório.
- (B) Conduta inicial: incorreta. Hipótese Diagnóstica: insuficiência respiratória por doença de parênquima com estabilidade hemodinâmica. Conduta: logo após colocar a criança na sala de emergência e monitorizá-la, instalar uma cateter nasal de alto fluxo devido ao desconforto respiratório.
- (C) Conduta inicial: incorreta. Hipótese Diagnóstica: insuficiência respiratória por doença de parênquima com instabilidade hemodinâmica. Conduta: expansão com soro fisiológico logo após a obtenção do acesso venoso e realização de sequência rápida de intubação e intubação com cânula orotraqueal nº 4,5 com balonete.
- (D) Conduta inicial: correta. Hipótese Diagnóstica: desconforto respiratório por doença de parênquima com estabilidade hemodinâmica. Conduta: solicitar internação mantendo a criança com a máscara com reservatório sem reinalação.
- (E) Conduta inicial: correta. Hipótese Diagnóstica: desconforto respiratório por doença de Parênquima com estabilidade hemodinâmica. Conduta: introdução de antibioticoterapia logo após coleta da hemocultura e internação com máscara de Venturi 50% e solicitar USG tórax para avaliação de possível derrame pleural.

27. Assinale a alternativa correta acerca da pressão de suporte.

- (A) É um modo de ventilação com pressão positiva ciclado à pressão.
- (B) É vantajoso por fornecer um volume corrente constante.
- (C) É um modo de ventilação assistida limitada à pressão e ciclado a fluxo.
- (D) O pico de fluxo inspiratório independe do esforço realizado pelo paciente.
- (E) O tempo inspiratório é constante.

28. Dentre os modos de ventilação mecânica habitualmente utilizados em pediatria, qual deles tem se mostrado mais adequado, com base em evidências, para o desmame da criança em ventilação mecânica?

- (A) Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada associada à Pressão de suporte.
- (B) Assistência Ventilatória Ajustada Neuronalmente (Neurally Adjusted Ventilatory Assist ou NAVA).
- (C) Pressão de suporte.
- (D) Nenhuma das formas acima se mostra superior às outras no desmame da criança em ventilação mecânica.
- (E) Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada.

29. Uma criança de 2 anos de idade, que foi prematura de 26 semanas de idade gestacional e apresenta doença pulmonar crônica, fazendo uso de 0,5 l/minuto de oxigênio domiciliar, está sendo atendida. Tem história de tosse, congestão nasal e aumento do trabalho respiratório há 2 dias. Se apresentava com um quadro de falência respiratória aguda hipoxêmica e o médico optou por intubá-la em decorrência da hipoxemia grave e do aumento do trabalho respiratório. Sua radiografia de tórax mostra um infiltrado bilateral crônico (comparado a uma radiografia anterior), mas com um novo infiltrado à direita. Em ventilação mecânica, com pressão controlada com pico de pressão inspiratório de 28 cmH<sub>2</sub>O PEEP 8 cmH<sub>2</sub>O FR-35 rpm e FiO<sub>2</sub> 0,8. A sua saturação de oxigênio é de 96% e a pressão média da via aérea de 15 cmH<sub>2</sub>O. Quatro horas depois da intubação, ainda no PA aguardando o leito de UTI, é possível afirmar que ela preenche o critério para síndrome de desconforto respiratório agudo pediátrico (PARDS)?

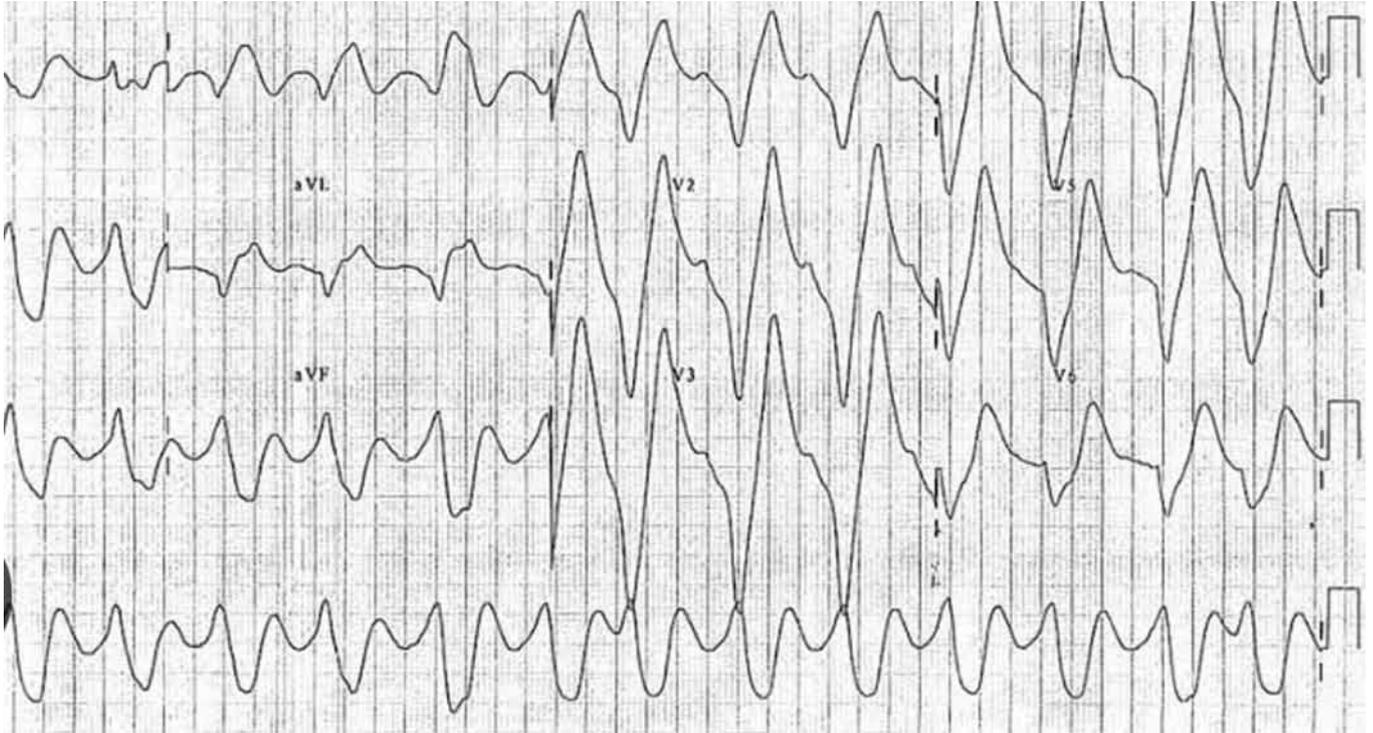
Fórmula do Índice de Saturação de Oxigênio  
=  $FiO_2 \times MAP \times 100 / SatO_2$

- (A) Ela preenche os critérios para o diagnóstico de PARDS com base no Índice de Saturação de Oxigênio entre 5 e 7,5.
- (B) Ela preenche os critérios de síndrome de desconforto respiratório agudo pediátrico (PARDS) e deveria ser ventilada com um gradiente de pressão menor que 15, pois existem evidências de que, quanto maior o gradiente, maior a mortalidade.
- (C) Ela preenche alguns critérios para síndrome de desconforto respiratório agudo pediátrico, porém não deve ser por não haver um novo infiltrado bilateral.
- (D) Ela preenche alguns critérios para síndrome de desconforto respiratório agudo pediátrico, porém não deve ser o caso, pois ela tem doença pulmonar crônica preexistente.
- (E) Ela preenche os critérios de PARDS e deve ser aumentada a PEEP até, no máximo 15, cmH<sub>2</sub>O; caso não ocorra melhora clínica, deve ser indicada a oxigenação de membrana extracorpórea.

30. Com relação ao uso da ventilação oscilatórias de alta frequência, é correto afirmar que é uma modalidade não convencional de ventilação mecânica que utiliza volumes correntes de
- (A) 4 a 6 mL/kg e frequência respiratória superior a 60 rpm (1 hertz), que, portanto, está indicada na síndrome de desconforto respiratório pediátrica (PARDS) independente da sua gravidade.
  - (B) 6 a 8 mL/kg e frequência respiratória superior a 150 rpm, que, portanto, está indicada na bronquiolite e asma quando ocorre uma retenção de gás carbônico excessiva.
  - (C) 0,5 a 1 mL/kg e frequência respiratória superior a 600 rpm, que, portanto, está indicada na síndrome de desconforto respiratório neonatal.
  - (D) 3 a 5 mL/kg e frequência respiratória superior a 480 rpm (8 Hertz), que, portanto, está indicada na síndrome de desconforto respiratório pediátrica (PARDS) associada a síndrome de escape de ar.
  - (E) 1 a 3 mL/kg e frequência respiratória superior a 180 rpm (3 Hertz), que, portanto, está indicada na síndrome de desconforto respiratório pediátrica (PARDS) moderada e grave e nas situações em que ocorre síndrome de escape de ar.
31. Uma criança de 7 anos, 25 kg, é internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) com hipótese diagnóstica de asma grave e com histórico de ser asmático com algumas internações anteriores, inclusive em UTI. No pronto-socorro, recebeu Salbutamol em spray – 4 puffs inicialmente, associado a Metilprednisolona – 50 mg, depois Salbutamol – 6 puffs e, na terceira vez, Salbutamol – 8 puffs, sem melhora significativa; chega ao uso de máscara com reservatório, não reinalante, com saturação 94%, mas mantendo desconforto respiratório grave.
- Ao chegar na UTIP, qual deve ser a conduta do médico intensivista, devido ao desconforto grave?
- (A) Administração de sulfato de magnésio endovenoso, 25 a 75 mg/kg, em 30 minutos, associado à instalação de um cateter nasal de alto fluxo.
  - (B) Intubação Orotraqueal utilizando sequência rápida de intubação com Midazolam, Cetamina e Rocurônio.
  - (C) Início imediato de ventilação mecânica não invasiva visando reduzir o trabalho respiratório sem sedar o paciente, pois o seu uso requer que ele esteja consciente.
  - (D) Iniciar imediatamente adrenalina intramuscular na dose de 0,01 mg/kg, repetindo a cada 5 minutos, até melhora do desconforto.
  - (E) Iniciar imediatamente terbutalina endovenosa 10 mcg/kg, em bolos rápido, em tempo inferior a 5 minutos, seguida de infusão contínua de 0,1 a 10 mcg/kg/minuto.
32. Criança de 2 anos internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica por pneumonia, que vinha sendo tratada na ceftriaxona, em uma enfermaria de pediatria, quando a criança inicia quadro de oligúria (menor que 0,3 mL/kg/hora nas últimas 24 horas), aumento da creatinina, que inicialmente era de 0,5 mg/dL e hoje se encontra 1,8 mg/dL, além de queda na contagem de plaquetas de 160 000 cels/mm<sup>3</sup> para 70 000 cels/mm<sup>3</sup> e queda da hemoglobina de 9 g/dL para 7 g/dL nas últimas 24 h. A criança está mais apática e com baixa ingesta oral.
- Assinale a alternativa que apresenta a causa mais provável para justificar esta evolução.
- (A) Provavelmente, trata-se de síndrome hemolítica urêmica associada ao pneumococo.
  - (B) Provavelmente, é um quadro séptico associado a uma insuficiência renal pré-renal decorrente de baixa ingesta oral.
  - (C) Pela classificação de pRifle (pediatric Risk, Injury, failure, loss, end stage renal disease), já se caracteriza uma injúria renal.
  - (D) Provavelmente, a alteração renal se deu pela nefrotoxicidade da ceftriaxona.
  - (E) Pela classificação de Kdigo (Kidney Disease Improving Global Outcomes), já se pode falar em doença renal estágio 2.
33. Um lactente de 4 meses e internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica com um quadro de diarreia, desidratação e febre, apresenta critérios clínicos de risco nutricional e suspeita de um quadro séptico.
- Frente ao quadro clínico descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.
- (A) Deve-se investigar uma possível alergia à proteína do leite de vaca, pois, aos 4 meses, normalmente se inicia a transição do leite materno para o leite de vaca, o que pode ter desencadeado o quadro diarreico. Assim sendo, ao se iniciar a oferta de terapia enteral, deve-se procurar por fórmulas que não sejam à base de proteína do leite de vaca e, preferencialmente, dietas oligoméricas. Uma alergia a proteína do leite de vaca justifica todo o quadro, inclusive a febre.
  - (B) A terapia enteral apresenta várias vantagens fisiológicas, metabólicas, de segurança e custo-benefício em relação à terapia parenteral. Assim sendo, deve-se manter a terapia enteral plena mesmo na vigência de perdas diarreicas por não absorção dos nutrientes.
  - (C) O mais importante é a hidratação e a introdução de antibioticoterapia devido à suspeita de um quadro séptico. A terapia nutricional deve ser deixada em segundo plano, pois não há nenhum prejuízo para a criança na manutenção de jejum por até 7 dias.
  - (D) É melhor poupar o trato gastrointestinal, entretanto, pela presença de risco nutricional, é necessário iniciar o aporte nutricional imediatamente e, assim sendo, deve-se iniciar com nutrição parenteral total imediata.
  - (E) É melhor hidratar, corrigir os distúrbios eletrolíticos e, após, tentar utilizar o trato gastrointestinal, mas se houver impedimento, como absorção inadequada dos nutrientes, deve-se manter uma oferta enteral bastante reduzida, nutrição trófica e associar a nutrição parenteral.

34. Com relação à nutrição parenteral em pediatria, é correto afirmar que
- (A) a glicose é o principal carboidrato e a principal fonte de energia utilizada na nutrição parenteral. Em geral, é muito bem tolerado pelas crianças, pois é muito rara a ocorrência de intolerância à glicose em pediatria, podendo-se chegar a taxas de infusão de glicose bastante elevadas, até 20 mg/kg/minuto, para se atingir as necessidades calóricas estimadas. Pode ocorrer um aumento na produção de CO<sub>2</sub> associado a uma oferta excessiva de glicose.
  - (B) as necessidades calóricas nas crianças variam com o peso, a estatura e a idade e podem ser calculadas se utilizando fórmulas desenvolvidas por Schofield ou pela Organização Mundial de Saúde para se ter uma estimativa do gasto energético em repouso. Estas fórmulas fornecem uma estimativa melhor que a calorimetria indireta, que não tem valor em pediatria.
  - (C) as emulsões lipídicas são constituintes importantes da nutrição parenteral, pois fornecem componentes com alta densidade calórica. Em geral, nas crianças, inicia-se com uma oferta de 1 g/kg/dia, com incrementos diários de 0,5 g/kg/dia, até se atingir uma oferta de 2 a 3 g/kg/dia.
  - (D) as necessidades de nitrogênio são ofertadas por meio de aminoácidos. As quantidades de aminoácidos específicos não apresentam variação para a faixa etária pediátrica devendo-se utilizar as mesmas formulações que são utilizadas em adultos. Em geral, inicia-se com oferta de 1 g/kg/dia, com incrementos de 0,5 a 1 g/kg, até atingir 2 a 3 g/kg/dia de proteína.
  - (E) as formulações de nutrição parenteral devem ser administradas preferencialmente por acessos venosos periféricos calibrosos, que devem ser utilizados apenas para a infusão da nutrição parenteral, ou seja, a via de acesso deve ser exclusiva para a administração da parenteral mesmo em pediatria, onde muitas vezes existe uma dificuldade de obtenção de acesso venoso.
35. Um lactente de 20 dias de vida, com rebaixamento do nível de consciência, com pesquisa de Glasgow demonstrando abertura ocular ao chamado, retirada em resposta ao toque e choro à dor, é internado na UTI pediátrica proveniente da sala de emergência com os seguintes exames laboratoriais: Na-110 mEq/L K-7,6 mEq/L CL-84mEq/L, Bicarbonato de sódio-15 mEq/L, Glicose-80 mg/dL. Logo após a monitorização, a enfermeira percebe uma movimentação da boca, com movimentos de sucção.
- Além da oferta de oxigênio, a terapia imediata mais apropriada é:
- (A) solicitar um eletroencefalograma, administrar um bloqueador neuromuscular de curta ou média duração e realizar intubação orotraqueal, pois o Glasgow se encontra menor ou igual a 8, o que indica necessidade de intubação e proteção da via aérea.
  - (B) solicitar um eletroencefalograma e administrar cloreto de sódio 3%, endovenoso, 3 a 5 mL/kg, em 15 a 30 minutos, ou utilizando a fórmula de correção de sódio e respeitando a velocidade de aumento de sódio de 12 mEq/L/24 h.
  - (C) solicitar um eletroencefalograma e administrar 2 mL/kg de glicose 25%, pois um neonato com crise convulsiva deve sempre receber glicose, já que ocorre um aumento do consumo de glicose pelo cérebro durante a crise convulsiva.
  - (D) solicitar um eletroencefalograma e administrar fenobarbital endovenoso, 10 mg/kg em 5 minutos, e depois pensar em corrigir os eletrólitos.
  - (E) tratar imediatamente a hiperpotassemia, que é a provável causa do rebaixamento do nível de consciência e também a condição mais grave deste neonato, pois é causa de parada cardiorrespiratória.

36. Uma criança de 2 anos e 3 meses está na UTI pediátrica com insuficiência respiratória grave por síndrome de desconforto respiratório pediátrico (PARDS), em ventilação de alta frequência, e veio com uma gasometria arterial com Ph-7,51 pCO<sub>2</sub>-22 pO<sub>2</sub>-71 Bic-24 Saturação-92% K-3,2. O médico optou por aumentar a frequência respiratória da ventilação de alta frequência oscilatória de 7 Hertz para 9 Hertz, pois o PCO<sub>2</sub> está baixo e a criança está em alcalose respiratória, e, ao mesmo tempo, prescreveu uma correção de potássio de 0,5 mEq/kg/hora em 2 horas, pois ela está em uso de furosemida e o potássio está baixo. Após 2 horas, a enfermagem chama o médico, pois a criança subitamente ficou muito pálida e o monitor está alarmado. Foi realizado o eletrocardiograma a seguir:



A criança tem pulso central presente, fraco e rápido e pressão arterial de 70 x 40 mmHg.

A respeito do caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A criança está taquicárdica e com sinais de instabilidade e hipotensão, então, deve-se optar por introduzir adrenalina contínua na dose de 0,1 mcg/kg/minuto e reavaliar em 15 minutos. A alteração hemodinâmica é uma complicação da utilização da ventilação de alta frequência oscilatória.
- (B) A criança apresenta uma taquicardia ventricular com pulso e está instável hemodinamicamente, portanto deve-se optar por realizar uma cardioversão sincronizada imediatamente, coletar exames e repetir a correção de potássio. O quadro é provavelmente decorrente da hipocalcemia que a criança apresenta.
- (C) Deve-se retornar imediatamente para a ventilação convencional, pois a instabilidade hemodinâmica deve ser decorrente da ventilação de alta frequência oscilatória, levando a um aumento na pressão média das vias aéreas com redução do retorno venoso e redução do débito cardíaco.
- (D) A criança apresenta uma taquicardia com desaparecimento da onda P e com onda T apiculada, o que sugere hiperpotassemia. Deve-se coletar nova gasometria e potássio e já introduzir gluconato de cálcio 0,5 a 1 mL/kg, solução polarizante e bicarbonato de sódio, para redução do potássio sérico, pois provavelmente, com alteração da frequência respiratória, ocorreu uma queda do pH e aumento do potássio; associado à correção de potássio, este aumentou muito, levando à alteração eletrocardiográfica e hemodinâmica.
- (E) A criança está taquicárdica e com alteração hemodinâmica. Deve-se então fazer uma expansão com cristalóide na dose de 20 mL/kg, pois a ventilação de alta frequência oscilatória leva a um aumento na pressão média das vias aéreas com redução do retorno venoso e redução do débito cardíaco, o que deve estar levando à instabilidade hemodinâmica.

37. Criança de 4 anos, sexo masculino, pesando 20 kg, dá entrada na UTI sonolenta e bastante pálida, com desconforto respiratório intenso. Inicialmente o médico solicita monitorização, inicia oxigênio na forma de máscara com reservatório, não reinalante, e solicita obtenção de um acesso venoso. A via aérea se mostra pérvia e a criança gemente, expansibilidade pulmonar bilateral e simétrica, uso de musculatura acessória com batimento de asa de nariz, retração intercostal, retração subdiafragmática e retração de fúrcula, saturação 94%, frequência respiratória – 65, ausculta com MV presente bilateralmente e crepitação em ambas as bases. A perfusão periférica é de 5 segundos, com extremidades frias, pulso radial muito fino, pulso braquial um pouco fino, PA 80 x 60, ausculta cardíaca com BRNF sem sopros, fígado – 3,5 cm RCD, doloroso à palpação. Do ponto de vista neurológico, com Glasgow de 10, Dextro – 95, sem manchas na pele, temperatura – 37,5 °C.

Quanto à classificação do perfil hemodinâmico deste paciente e à conduta a ser tomada, assinale a alternativa correta.

- (A) Quente e úmido, resistência vascular periférica normal e com congestão venosa; encontra-se ainda compensado, podendo-se beneficiar do uso de diuréticos e drogas inotrópicas como a dobutamina ou milrinona.
- (B) Frio e seco, ou seja, resistência vascular periférica aumentada e sem congestão venosa, devendo-se introduzir um vasodilatador sistêmico com nitroprusiato de sódio.
- (C) Quente e seco, ou seja, resistência vascular periférica normal e sem congestão venosa; assim consideramos a criança compensada, devendo-se apenas fazer restrição hídrica e introdução de diuréticos.
- (D) Quente e seco, resistência vascular periférica reduzida e sem congestão pulmonar, necessitando de droga vasoconstritora, como norepinefrina.
- (E) Frio e úmido, resistência vascular periférica aumentada e com congestão venosa; é o perfil hemodinâmico mais grave de todos, necessitando do uso de drogas inotrópicas e vasodilatadores, como dobutamina ou milrinona, e introdução de diuréticos após melhora da perfusão, podendo inclusive necessitar de suporte mecânico (ECMO ou Assistência Ventricular).

Leia o caso a seguir para responder às questões de números 38 e 39.

Uma criança de 3 anos e 2 meses, pesando 15 kg, dá entrada no pronto-socorro com história de dor abdominal e vômitos há 1 semana, já tendo passado por outro pronto-socorro há 2 dias e recebido ondansetrona e dipirona. Ao exame físico, encontra-se sonolenta, com respiração profunda e rápida, desidratada de algum grau, porém a mãe relata que a criança está urinando bastante e dor abdominal difusa à palpação. O médico do pronto-socorro faz uma hipótese diagnóstica de desidratação e dispepsia aguda, prescreve expansão com cristaloides, 20 mL/kg por 3 vezes em 1 hora, e solicita avaliação da UTI para internação, pois a criança se mantém muito sonolenta após as 3 expansões e ainda parece bem desidratada, apesar de diurese clara e abundante.

38. Qual exame deve ser pedido rapidamente e qual é a hipótese diagnóstica?

- (A) Hemograma, proteína C reativa, glicose, gasometria, eletrólitos, coprocultura e pesquisa de rotavírus e adenovírus, pois pode se tratar de uma gastroenterite aguda que, inicialmente, pode não se manifestar com diarreia.
- (B) Tomografia computadorizada de crânio devido ao rebaixamento do nível de consciência, que pode estar relacionado a um tumor de sistema nervoso central, provavelmente um craniofaringioma, que cursa com um quadro de diabetes insípido, razão pela qual a criança está com sinais de desidratação e mantém diurese presente.
- (C) Hemograma, proteína C reativa, glicose, gasometria, eletrólitos, ultrassonografia de abdome ou tomografia de abdome, pois pode se tratar de uma apendicite aguda.
- (D) Ureia e creatinina, eletrólitos, cálcio urinário, creatinina urinária, microalbuminúria, ultrassonografia de abdome para avaliar rins e vias urinárias, pois pode se tratar de uma tubulopatia renal.
- (E) Glicemia capilar, glicemia plasmática, eletrólitos, gasometria venosa, ureia e creatinina e cetonemia, pois deve se tratar de uma primodescompensação diabética com cetoacidose diabética.

39. Com base na hipótese diagnóstica, qual é a conduta e quais alterações laboratoriais ou radiológicas estariam relacionadas com a gravidade do quadro?
- (A) No caso de uma tubulopatia renal, deve-se manter a reposição de volume, mas associar a reposição de potássio, pois a hipopotassemia é uma causa de hipopotassemia grave que pode levar a uma parada cardiorrespiratória. A presença de hiponatremia também é um indicativo de gravidade do quadro e pode ser a causa da sonolência excessiva neste caso.
  - (B) No caso de uma primodescompensação diabética com cetoacidose diabética, na primeira hora, inicia-se a reposição de volume, que já foi iniciada, 50 mL/kg/hora, se houver instabilidade hemodinâmica, e 20 mL/kg/hora quando não há instabilidade. Na segunda hora, inicia-se a reposição de potássio 20 a 40 mEq/litro, se potássio < 6,5 mEq/L e paciente com diurese, corrige-se o bicarbonato, se pH 6,9 e bicarbonato < 5 mEq/L e se inicia a insulino terapia. Os sinais de gravidade são glicemia maior que 200, pH menor que 7,1 e bicarbonato menor que 5.
  - (C) No caso de uma gastroenterite aguda, deve-se manter a hidratação e introduzir antibiótico, pois a sonolência pode ser devida a uma prostração intensa, principalmente se o hemograma mostrar leucocitose e a proteína C reativa estiver aumentada; nos exames, pode haver hiponatremia, que justificaria a sonolência e está relacionada à gravidade do caso.
  - (D) Se a tomografia de crânio mostrar um craniofaringioma, é muito importante se iniciar o mais rapidamente possível a administração de DDAVP nasal ou endovenoso para o tratamento do diabetes insípido, que leva a um quadro de hipernatremia e pode levar a complicações neurológicas graves, como hemorragia intracraniana.
  - (E) No caso de uma apendicite aguda, a presença de perfuração intestinal e líquido livre na cavidade abdominal levaria à indicação de cirurgia o mais brevemente possível; indicam risco de evolução de complicações como sepse e choque séptico, íleo prolongado e obstrução intestinal por bridas.
40. Uma criança de 5 anos, 20 kg, é transferida para Unidade de Terapia Intensiva por um quadro de coma a esclarecer e, ao exame neurológico, se encontra com alteração pupilar, a qual está relacionada com que possível localização de uma lesão neurológica?
- (A) Pupilas mióticas com reflexo fotomotor presente – lesão diencefálica; pupilas médio fixas com reflexo fotomotor ausente – lesão mesencefálica; pupilas puntiformes com reflexo fotomotor presente – herniação uncal; pupilas anisocóricas – lesão de ponte.
  - (B) Pupilas mióticas com reflexo fotomotor presente – lesão mesencefálica; pupilas médio fixas com reflexo fotomotor ausente – lesão diencefálica; pupilas puntiformes com reflexo fotomotor ausente – lesão de ponte; pupilas anisocóricas – herniação uncal.
  - (C) Pupilas mióticas com reflexo fotomotor presente – lesão diencefálica; pupilas médio fixas com reflexo fotomotor ausente – lesão mesencefálica; pupilas puntiformes com reflexo fotomotor ausente – lesão de ponte; pupilas anisocóricas – herniação uncal.
  - (D) A avaliação do tipo de reação pupilar não tem nenhuma correlação com a localização anatômica da lesão neurológica.
  - (E) Pupilas mióticas com reflexo fotomotor presente – lesão diencefálica; pupilas médio fixas com reflexo fotomotor ausente – herniação uncal; pupilas puntiformes com reflexo fotomotor ausente – lesão de ponte; pupilas anisocóricas – lesão mesencefálica.
41. Dentre as principais causas de coma em pediatria, é correto afirmar que aquelas que se relacionam com maior mortalidade são os casos de
- (A) intoxicação.
  - (B) trauma.
  - (C) infecções.
  - (D) epilepsia.
  - (E) cardiopatias congênitas.

42. Com relação às intoxicações exógenas, assinale a alternativa correta no que diz respeito ao possível agente causador, ao quadro clínico e ao antídoto nas toxíndromes relacionadas.

- (A) A síndrome anticolinesterásica, causada por inseticidas organofosforados e alguns cogumelos, provoca efeitos muscarínicos com bradicardia, aumento de secreções respiratórias, miose, agitação, confusão mental, convulsões e tem como antídoto a atropina.
- (B) A síndrome extrapiramidal, causada por metoclopramida, haloperidol e bromoprida, provoca discinesia, distonia, hipotonia, miose e sinal da roda denteada e tem com possíveis antídotos a difenidramina ou biperideno.
- (C) A síndrome simpatomimética, causada por anfetaminas e cocaína, provoca agitação, hipertensão, hipotermia, miose, psicose, tremores e convulsão e não tem antídoto.
- (D) A síndrome hipnótico-sedativa/narcótica, causada por benzodiazepínicos, opioides ou barbitúricos, provoca hipotensão, hipertermia, midríase, depressão neurológica e hiporreflexia e tem como antídoto a naloxona para os opioides e o flumazenil para os benzodiazepínicos.
- (E) A síndrome anticolinérgica, causada por antidepressivos tricíclicos e algumas plantas, provoca delírio, hipertermia, miose, taquicardia, retenção urinária e alucinações e tem como antídoto o bicarbonato de sódio.

43. Com relação às queimaduras, assinale a alternativa correta.

- (A) Além da oferta de proteína (especialmente o aminoácido glutamina), glicose e lipídios, parece haver benefício na suplementação de micronutrientes como zinco e vitamina C. A glutamina age reduzindo o estado hiper-catabólico e tem efeito imunomodulador.
- (B) Queimaduras deflagram aumento importante na taxa metabólica e requerem suporte nutricional adequado. A nutrição deve ser introduzida o mais precocemente possível e com um aporte calórico de cerca de 1000 calorias para os lactentes, 1500 calorias para crianças de 6 a 12 anos e 2000 calorias para adolescentes.
- (C) A abordagem cirúrgica para desbridamento deve ser realizada dentro da primeira semana pós-queimadura. Não há evidências de que a abordagem mais precoce, em até 72 h, reduza a mortalidade das crianças vítimas de queimaduras.
- (D) Nas crianças, apenas as queimaduras com mais de 50% de superfície corpórea queimada requerem internação para hidratação endovenosa.
- (E) Pode-se classificar o paciente queimado, acometido com queimadura de segundo e terceiro grau, de acordo com a superfície corpórea queimada, como: pequeno queimado – menor ou igual a 50% da superfície corpórea total, médio queimado – entre 50 e 70% de superfície corpórea total e grande queimado – maior que 70% de superfície corpórea total.

44. Criança de 2 anos e 3 meses, 13 kg, é admitida na Unidade de Terapia Intensiva com hipótese diagnóstica de crise asmática grave. No pronto-socorro, já havia recebido 3 ciclos de Salbutamol – 4 puffs, 6 puffs e 8 puffs – sem melhora, metilprednisolona 25 mg endovenoso e sulfato de magnésio – 650 mg em 30 minutos. Instalado cateter nasal de alto fluxo – 20 L/minuto com FiO<sub>2</sub> 50%, mas mantendo desconforto respiratório moderado a grave, frequência respiratória – 55, saturação de oxigênio – 93% e retração intercostal e subdiafragmática, além de batimento de asa de nariz. Antecedente pessoal – nunca teve crise de broncoespasmo anterior; antecedente familiar – pais saudáveis, negam asma, rinite ou alergias, irmã mais velha escolar saudável, mas teve gripe há 1 semana. Quando questionada sobre engasgos recentes, a mãe relata que, há cerca de 4 dias, teve uma crise de tosse enquanto comia arroz integral, sete cereais, mas não tem certeza se engasgou ou pegou a gripe da irmã. Depois disso, com tosse esporádica e hoje cansaço.

No pronto-socorro, foi realizado o seguinte Rx de torax.



Quais são a hipótese diagnóstica e a conduta neste caso?

- (A) Hipótese diagnóstica: insuficiência respiratória por crise asmática. Conduta: tentar uso de salbutamol contínuo, utilizando um novo dispositivo chamado Aerogen, que consegue atingir melhores níveis do beta agonista nos pulmões, especialmente quando se utiliza o cateter nasal de alto fluxo.
- (B) Hipótese diagnóstica: insuficiência respiratória por crise asmática. Conduta: realizar ataque de salbutamol endovenoso – 10 mcg/kg em 10 minutos e iniciar infusão contínua – 0,1 mcg/kg/minuto, titulando rapidamente; se não houver melhora clínica, realizar intubação e iniciar ventilação mecânica invasiva.
- (C) Hipótese diagnóstica: insuficiência respiratória por aspiração de corpo estranho. Conduta: solicitar broncoscopia de urgência.
- (D) Hipótese diagnóstica: insuficiência respiratória por crise asmática. Conduta: tentar ventilação não invasiva e, se não houver melhora, realizar intubação e iniciar ventilação mecânica invasiva.
- (E) Hipótese diagnóstica: insuficiência respiratória por bronquiolite. Conduta: tentar ventilação não invasiva e, se não houver melhora, realizar intubação e iniciar ventilação mecânica invasiva.

45. Em uma criança gravemente doente e imunossuprimida, qual dos seguintes agentes etiológicos é a mais provável causa de infecção?
- (A) A *Neisseria meningitidis* é um patógeno que causa a meningite, mas raramente causa infecção em pacientes imunossuprimidos.
  - (B) As crianças imunossuprimidas são mais susceptíveis a infecções de um modo geral, entretanto, raramente são acometidas por bactérias comuns como o *Streptococcus pneumoniae*, que é um causador de pneumonia da comunidade.
  - (C) Em uma criança com neutropenia febril, os agentes mais comuns são os bacilos Gram negativos (*Escherichia coli*, *Klebsiella sp*, *Acinetobacter sp* e *Enterobacter sp*), bactérias Gram positivas (*Staphylococcus coagulase* negativo, *Streptococcus viridans* e *Staphylococcus aureus*). Os fungos raramente são agentes etiológicos em neutropênicos, mesmo nos que fazem uso de antibióticos prolongado. Os vírus também podem ser causadores de febre nesses pacientes.
  - (D) Nas crianças com infecção pelo vírus HIV, os episódios febris mais comumente estão associados a infecções bacterianas, sendo os sítios mais comuns: pneumonia, meningite, infecções urinárias e de partes moles.
  - (E) As crianças com anemia falciforme têm predisposição a infecções devido a déficit de opsonização e de função esplênica. Estes indivíduos tornam-se mais susceptíveis a infecções por bactérias não capsuladas, como, por exemplo, a *Pseudomonas aeruginosa*.
46. Criança de 2 anos e 8 meses, internada em uma enfermaria, no pós-operatório de uma neurocirurgia, com queixa de sonolência, tem história de tumor de tronco ressecado há 1 semana, sem a realização de derivação ventrículo peritoneal, pois o neurocirurgião achou desnecessário e optou por observar clinicamente a evolução da criança. Nas últimas 6 horas, está mais sonolenta. Foi avaliada pelo médico hospitalista, que solicitou uma tomografia de crânio, e encaminhada pelo técnico de transporte e transferência para UTI após o exame. No exame de entrada na UTI pediátrica: regular estado geral, descorada+, acianótica, anictérica, bradipneica, afebril, letárgica (sem abertura ocular ao chamado ou à dor, gemência aos estímulos dolorosos, resposta motora com retirada inespecífica à dor), FR – 16 irregular Sat – 92% em nebulização com oxigênio 5l/minuto, PA – 155 x 100 mmHg, FC – 65 bpm, pulsos firmes, tempo de enchimento capilar – 2 segundos.

Imagem da tomografia de crânio:



Com relação à conduta inicial, hipótese diagnóstica e conduta a ser tomada imediatamente, assinale a alternativa correta.

- (A) Conduta inicial: correta. Hipótese diagnóstica: hipertensão intracraniana por recidiva tumoral. Conduta: introdução de dexametasona 0,6 mg/kg/dia e acionar o neuropediatra com urgência.
- (B) Conduta inicial: incorreta. Hipótese diagnóstica: insuficiência respiratória por distúrbio do controle da respiração por hipertensão intracraniana. Conduta: monitorização cardíaca, ventilação com pressão positiva com bolsa-valva-máscara com reservatório para realização de sequência rápida de intubação, para evitar qualquer reação durante a intubação, usar COT nº 4,5 com balonete, normoventilar ou hiperventilação leve, chamar o neurocirurgião para derivação ventrículo peritoneal de urgência.
- (C) Conduta inicial: incorreta. Hipótese diagnóstica: hipertensão intracraniana. Conduta: monitorização cardíaca, realizar ventilação com pressão positiva com bolsa valva-máscara e proceder a intubação com COT nº 4,5 sem balonete. Após, administrar manitol 0,1 g/kg e chamar o neurocirurgião com urgência.
- (D) Conduta inicial: incorreta. Hipótese diagnóstica: hidrocefalia sem hipertensão intracraniana. Monitorização cardíaca, trocar a nebulização de oxigênio por uma máscara com reservatório não reinalante e manter a criança em observação na UTI.
- (E) Conduta inicial: correta. Hipótese diagnóstica: hipertensão intracraniana por hidrocefalia com estabilidade hemodinâmica. Conduta: solicitar avaliação do neuropediatra para avaliar tomografia e tomar conduta.

47. Dentre os cuidados no pós-operatório de crianças submetidas a cirurgias pediátricas e que são admitidas em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, a analgesia é sempre um dos fatores mais importantes a serem considerados na realização da prescrição.

Com relação à analgesia é correto afirmar:

- (A) deve-se evitar sempre o uso de morfina, independentemente do nível de dor devido aos efeitos colaterais, especialmente em cirurgias pediátricas abdominais.
- (B) são considerados medicamentos para a dor moderada a intensa: morfina, fentanil, metadona e etomidato.
- (C) os lactentes jovens necessitam de menor quantidade de analgésicos, pois têm menor quantidade de conexões nervosas e, portanto, tem menos dor.
- (D) são considerados medicamentos não opioides para o tratamento da dor leve: paracetamol, dipirona, ibuprofeno e tramadol.
- (E) recomenda-se o uso de tratamento analgésico levando-se em consideração o nível de gravidade da dor: dor leve ou dor moderada a grave.

48. No contexto do preenchimento do atestado de óbito, assinale a alternativa que apresenta opção mais adequada para o registro da causa da morte.

- (A) Tanto a causa imediata como as condições subjacentes devem ser registradas em uma ordem adequada. Parte I: linha (a) causa imediata que foi decorrente de algo que fica na segunda linha (b) e, depois, linha (c), até que, na linha (d), a causa básica que levou às anteriores.
- (B) A causa imediata da morte deve ser registrada na segunda linha de causas, visto que, na primeira linha, sempre se colocará parada cardiorrespiratória, que ocorre em todos os óbitos.
- (C) Não há necessidade de se registrar as doenças presentes, que podem ter contribuído com o óbito, mas que não levaram diretamente à causa do óbito. Corresponde à parte II das causas, mas o seu preenchimento não é obrigatório.
- (D) A causa imediata e as condições subjacentes devem ser registradas, mas não há necessidade de uma ordem específica.
- (E) Apenas a causa imediata da morte deve ser registrada, sem qualquer menção as condições subjacentes.

49. Na parada respiratória em pediatria, deve-se realizar

- (A) 40 a 60 ventilações por minuto, uma ventilação a cada 1 a 1,5 segundos.
- (B) 30 a 40 ventilações por minuto, uma ventilação a cada 1,5 a 2 segundos.
- (C) 12 a 20 ventilações por minuto, uma ventilação a cada 3 a 5 segundos.
- (D) 20 a 30 ventilações por minuto, uma ventilação a cada 2 a 3 segundos.
- (E) 10 a 20 ventilações por minuto, uma ventilação a cada 3 a 6 segundos.

50. Com relação aos aspectos epidemiológicos da morbimortalidade por acidentes em pediatria, é correto afirmar que

- (A) quanto mais fria a água, pior o prognóstico do lactente vítima de acidente de submersão, pois, nesta condição, se associa a hipotermia que é uma causa de manutenção da parada cardiorrespiratória.
- (B) tempos de submersão superiores a 2 minutos estão associados a piores prognósticos, no que diz respeito a lesões cerebrais mais graves e à possível evolução para morte cerebral.
- (C) o acidente de submersão é a causa mais comum de morte acidental em crianças de 1 a 4 anos e a segunda causa de morte no Brasil entre crianças e adolescentes do sexo masculino entre 5 e 14 anos.
- (D) as chances de sobrevivência em acidentes de submersão não têm relação com a presença de suporte básico e avançado de vida no local do acidente, mas sim com o tempo de resposta do serviço de emergência e o tempo para chegada no serviço de emergência.
- (E) o acidente de submersão em água salgada leva a quadros mais graves e um pior prognóstico neurológico, se comparado ao acidente em água doce.

51. Em um cenário de terapia intensiva pediátrica, uma criança de 11 meses é admitida, proveniente da enfermaria, com imunodeficiência grave e suspeita de infecção hospitalar. Quais são as medidas a serem tomadas para tratar e prevenir a propagação da infecção neste cenário?
- (A) Implementar protocolos rigorosos de higiene e desinfecção, garantir a higiene das mãos nos cinco momentos de assistência ao paciente, uso adequado de Equipamento de Proteção Individual pela equipe médica e toda equipe assistencial, uso de antibioticoterapia terapêutica de largo espectro para cobertura de bacilos Gram negativos, *Staphylococcus coagulase* negativo e *Staphylococcus aureus* e isolar o paciente.
  - (B) Implementar protocolos rigorosos de higiene e desinfecção, garantir a higiene das mãos nos cinco momentos de assistência ao paciente, uso adequado de Equipamento de Proteção Individual pela equipe médica e toda equipe assistencial, uso de antibioticoterapia terapêutica de largo espectro para cobertura de bacilos Gram negativos e *Staphylococcus aureus*, mas não é necessário isolar o paciente.
  - (C) Implementar protocolos rigorosos de higiene e desinfecção, garantir a higiene das mãos em todos os momentos de assistência ao paciente, uso de Equipamento de Proteção Individual pela equipe Médica e toda equipe assistencial, isolar o paciente, mas não é necessária a introdução de antibioticoterapia. Deve-se coletar exames laboratoriais e culturas e aguardar o resultado; só introduzir antibiótico se a criança apresentar sinais de sepse, após abertura de protocolo de sepse.
  - (D) A principal ação para evitar a propagação da infecção são os cinco momentos de higiene das mãos, que são: antes de tocar o paciente, antes de realizar procedimento limpo e asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após tocar o paciente e após tocar superfícies próximas ao paciente. As outras medidas tais como isolamento do paciente e introdução de antibióticos profiláticos são desnecessárias.
  - (E) Implementar protocolos rigorosos de higiene e desinfecção, garantir a higiene das mãos em todos os momentos de assistência ao paciente, sem necessidade de uso de Equipamento de Proteção Individual pela equipe Médica, uso de antibioticoterapia terapêutica de largo espectro para cobertura de bacilos Gram negativos e *Staphylococcus aureus* e é necessário isolar o paciente.
52. Com relação ao pacote de ações para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), que também é chamado "Bundle" de prevenção da PAV e é um *checklist* diário a ser aplicado à beira do leito, contendo as principais medidas de prevenção de infecção para o paciente sob ventilação mecânica, é correto afirmar:
- (A) uma das medidas que é considerada de muita importância é a higiene bucal com uso de pasta de dente sem iodo e água corrente, desde os neonatos, nos primeiros dias de vida, até os adolescentes.
  - (B) as maiores evidências destas medidas são presentes na população adulta e há poucas evidências na população pediátrica, mas são consideradas uma boa prática e devem ser inseridas no dia a dia das UTIs pediátricas.
  - (C) uma das recomendações que é preconizada em pediatria é a descolonização gástrica com o uso de antibióticos.
  - (D) uma das principais recomendações é o uso de tubos orotraqueais com balonete e aspiração *supracuff*, disponíveis em cânulas pediátricas com tamanho acima de 4,0. Além de manter a pressão do balonete maior do que 30 mmHg.
  - (E) uma delas o uso de decúbito elevado entre 45 e 90 graus visando reduzir o refluxo gastroesofágico e o risco de broncoaspiração.
53. O traumatismo cranioencefálico é uma das causas mais frequentes de atendimentos em unidades de emergência pediátrica e, muito frequentemente, leva à internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. As crianças apresentam alterações relacionadas à sua formação, que as predispõe a um aumento da morbimortalidade relacionada ao traumatismo cranioencefálico.
- A esse respeito, assinale a alternativa correta.
- (A) O crânio apresenta maior plasticidade e deformidade (ossos menos rígidos e suturas ainda abertas), possibilitando uma melhor distribuição da força do trauma entre o crânio, o cérebro e as veias corticais, reduzindo as chances de lesão.
  - (B) As crianças pequenas apresentam maior tonicidade da musculatura cervical, aumentando as chances de lesões encefálicas.
  - (C) Os traumas focais com fraturas no crânio, na maior parte dos casos, necessitam de intervenção cirúrgica. As fraturas de base de crânio são mais raras em crianças, mas podem estar associadas ao sinal de olhos de guaxinim.
  - (D) As regiões ainda não mielinizadas absorvem mais as forças do trauma e o couro cabeludo, que é altamente vascularizado, pode levar a hemorragias graves.
  - (E) As crianças apresentam a cabeça proporcionalmente maior e mais pesada em relação ao resto do corpo e, portanto, são mais susceptíveis a danos provocados pela inércia.

54. Em relação ao manejo do traumatismo cranioencefálico em pediatria, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de hipotermia terapêutica pode ser benéfico por reduzir o fluxo sanguíneo cerebral e, assim, auxiliar no controle da pressão intracraniana, mas apresenta efeitos indesejados como discrasias sanguíneas, distúrbios eletrolíticos, arritmias cardíacas e outros.
- (B) A monitorização de pressão intracraniana não deve ser realizada em crianças devido ao risco aumentado de sangramento do Sistema Nervoso Central e pelo risco de infecção associado ao procedimento.
- (C) A ressonância magnética é preferível à tomografia computadorizada na avaliação inicial das crianças com traumatismo cranioencefálico.
- (D) O uso de corticosteroides, em especial a dexametasona, é indicado e corresponde a um padrão de boas práticas em crianças com traumatismo cranioencefálico.
- (E) A hiperventilação é frequentemente benéfica para reduzir a pressão intracraniana em crianças com traumatismo cranioencefálico e praticamente não apresenta efeitos adversos.

55. A síndrome do bebê sacudido, uma das formas de violência física contra a criança, leva à necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Com relação a este tipo de maus-tratos, assinale a alternativa correta.

- (A) A síndrome do bebê sacudido ocorre em crianças menores do que 3 anos de idade, sobretudo, em crianças menores do que 6 meses, e acomete principalmente o sexo feminino.
- (B) É muito mais frequente em famílias com condições socioeconômicas ruins, mas pode acontecer em famílias mais abastadas, especialmente quando há história de alcoolismo e uso de drogas ilícitas.
- (C) Deve-se avaliar o fundo de olho à procura de hemorragias oculares decorrentes de chacoalhamento e também pesquisar fraturas em ossos longos, embora a ocorrência de fraturas e a observação de calos ósseos sejam raras.
- (D) O quadro clínico se caracteriza por rebaixamento do nível de consciência, sonolência, irritabilidade, vômitos, convulsões, apneia e coma.
- (E) A síndrome do bebê sacudido é definida como um tipo de traumatismo cranioencefálico por abuso. Um terço dos casos evolui a óbito e as sequelas neurológicas são raras.

56. Com relação à passagem de cateter venoso central em crianças, vários sítios podem ser utilizados. Correlacione os sítios com as vantagens, desvantagens e complicações de cada um deles e assinale a alternativa correta.

Sítio	Vantagens	Desvantagens	Complicações
1. Veia jugular interna direita	A. Sucesso alto	w. Tem risco de pneumotórax	I. Oclusão vascular
2. Veia jugular interna esquerda	B. Anatomia constante, menos perda acidental, mais confortável para o paciente, tem as menores taxas de infecção	x. Em lactentes gordinhos dificulta a localização de pontos de referência	II. Síndrome de Horner
3. Veia subclávia	C. Sem risco de lesões no tórax, acesso rápido, facilmente compressível, mais rápido em situações críticas como hipotensão, trauma e parada cardiorrespiratória	y. Dificuldade de manter limpo	III. Lesão do ducto torácico
4. Veia femoral	D. Mais retilínea, sucesso alto, menor risco de pneumotórax	z. Maior risco de lesões no tórax, não compressível	IV. Pneumotórax e hemotórax

- (A) 1 C z III – 2 B x II – 3 A y I – 4 D w IV
- (B) 1 A w I – 2 D y IV – 3 C x III – 4 B z II
- (C) 1 D x II – 2 A w III – 3 B z IV – 4 C y I
- (D) 1 B w III – 2 C y I – 3 D x II – 4 A z IV
- (E) 1 B y IV – 2 C z I – 3 D w II – 4 A x III

57. Com relação à punção arterial, na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, assinale a alternativa correta.
- (A) Para a cateterização da artéria radial, deve-se realizar o Teste de Allen modificado, que visa avaliar a presença de circulação colateral suficiente pela artéria ulnar.
  - (B) A canulação de uma artéria permite a medida contínua da pressão arterial mais fidedigna, porém, para minimizar os riscos, o sítio da canulação deve ser trocado a cada 48 h.
  - (C) Os maiores riscos relacionados à cateterização da artéria são a ocorrência de isquemia e perda do membro, sangramento, infecção, vasoespasmos, fístula arteriovenosa e embolia gasosa e gordurosa. Assim sendo, o cateter deve ser removido se houver sinais de complicação.
  - (D) Para que se tenha uma medida fidedigna, é importante zerar o transdutor a cada 8 a 12 horas ou em caso de mudança da posição da criança, pois o transdutor deve ser mantido sempre na altura em que a artéria estiver posicionada.
  - (E) As artérias de preferência e de menor risco para a colocação de um cateter arterial são a artéria radial, artéria braquial, artéria pediosa e artéria tibial posterior.
58. O acesso periférico em pediatria sempre causa muita preocupação para a equipe, devido a características inerentes a esta faixa etária. A esse respeito, é correto afirmar que
- (A) o acesso intraósseo deve ser lembrado precocemente em situações de PCR, choque hipotensivo e convulsão de difícil controle e, nesta última situação, mesmo antes de se tentar a via intramuscular ou intranasal.
  - (B) nos casos de PCR sem acesso venoso, o acesso intraósseo deve ser tentado antes mesmo de se tentar um acesso venoso periférico, caso se julgue que este acesso será difícil. Deve-se evitar a canulação intraóssea se houver infecção nos tecidos subjacentes.
  - (C) o acesso intraósseo deve ser utilizado em todas as situações em que a equipe de enfermagem tem dificuldade de punção do acesso periférico. Nele pode-se administrar qualquer fluido em qualquer idade.
  - (D) uma das complicações mais temidas em relação ao acesso intraósseo é o deslocamento da agulha e manutenção da infusão, com a formação de uma possível necrose e síndrome compartimental, porém isso só ocorre com infusão de drogas vesicantes como o bicarbonato de sódio e o gluconato de cálcio.
  - (E) o acesso intraósseo só deve ser tentado após 3 tentativas de punção venosa periférica em um período de 1 minuto e 30 segundos, pois os riscos de infecção são muito elevados.
59. Uma criança está sendo atendida na UTI em PCR e, após 2 minutos em RCP, apresenta ritmo organizado no monitor e tem pulso carotídeo presente. Deve-se
- (A) realizar a IOT imediata, já que a hipóxia é a principal causa de PCR na pediatria e ela poderá voltar a não ter pulso central palpável se demormos a fornecer O<sub>2</sub> de forma efetiva para esta criança.
  - (B) parar as compressões torácicas e avaliar a respiração para, se necessário, realizar um suporte ventilatório, já que a criança tem pulso e não é mais necessária a realização de compressões torácicas.
  - (C) realizar ventilações na frequência de 20 respirações por minuto, mesmo na reavaliação da PCR, pois esta bradicardia pode não ser sintomática.
  - (D) após a criança ser intubada, manter uma frequência respiratória de 12 a 20 respirações por minuto, mesmo que a FC esteja superior a 60 batimentos por minuto e a compressão tenha sido suspensa.
  - (E) verificar a frequência cardíaca, já que a bradicardia sintomática pode estar presente na reavaliação da PCR, se a FC estiver abaixo de 60 batimentos por minuto, com comprometimento hemodinâmico, é tratada em pediatria com compressão e ventilações.
60. O cuidado progressivo ao paciente tem os seguintes objetivos a seguir relacionados, **EXCETO**:
- (A) garantir a qualificação da atenção e a segurança do paciente nas unidades de cuidados intensivos e intermediários.
  - (B) garantir o cuidado progressivo por meio de acesso aos diferentes níveis da assistência na área pediátrica, por meio da disponibilização de unidade de cuidados intensivos e intermediários de forma integrada.
  - (C) apoiar a educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção ao paciente crítico ou gravemente doente.
  - (D) garantir que todos os médicos que atuam nas unidades de cuidados intensivos pediátricos tenham título de especialização em pediatria e a Certificação de Área de Atuação em Medicina Intensiva Pediátrica.
  - (E) organizar a atenção ao paciente crítico pediátrico para garantir seu acesso, acolhimento e resolubilidade dos problemas de saúde.





