



Sociedade
Brasileira de
Anestesiologia

PROVA NACIONAL PARA MÉDICOS EM ESPECIALIZAÇÃO 2021 ME1 2021

LEIA ATENTAMENTE TODAS AS INSTRUÇÕES ABAIXO:

- 1) Não abra o caderno de questões antes da autorização oficial.
- 2) Seu cartão de respostas está identificado na parte superior com seu nome e número de matrícula na SBA. Confira agora todos os seus dados. O cartão de resposta deverá ser assinado pelo candidato, no verso da parte superior, com cuidado para não furá-lo ou rasgá-lo.
- 4) Não escreva na área assinalada como IDENTIFICAÇÃO no esquema ao lado.
- 5) As respostas devem ser marcadas na área da questão correspondente com caneta esferográfica azul ou preta (ponta grossa).

Marcação correta:

Marcações
incorretas:



- 6) O caderno de questões possui 40 (quarenta) questões de escolha simples (uma única opção correta). Leia as orientações sobre cada tipo de questão antes de respondê-la. Todas admitem apenas uma opção correta (A, B, C ou D).
- 7) Questões com mais de uma resposta assinalada, marcadas incorretamente ou com rasuras não serão consideradas.
- 8) Não dobre, amasse, molhe ou rasgue seu cartão de respostas.
- 9) O candidato poderá usar o caderno de questões como rascunho, podendo levá-lo consigo ao final da prova, após a devolução do cartão de respostas.
- 10) Somente serão permitidas perguntas referentes a possíveis erros gráficos, e essas dúvidas deverão ser dirigidas aos supervisores da prova. Evite perguntas sobre o conteúdo das questões.
- 11) A prova terá duração de duas horas.
- 12) Terá sua prova anulada, sendo automaticamente subtraída pelo fiscal, o médico em especialização (ME) que incorrer nos seguintes erros:
 - 12.1) usar ou tentar usar meios fraudulentos ou ilegais para responder à prova;
 - 12.2) for surpreendido dando ou recebendo auxílio para a execução da prova;
 - 12.3) utilizar-se de livros, dicionários, notas ou impressos que não forem expressamente permitidos, telefone celular, gravador, relógio receptor, máquina de calcular, aparelhos eletrônicos ou qualquer tipo de recurso que permita consulta ou comunicação externa ou entre os ME;
 - 12.4) afastar-se da sala, a qualquer tempo, sem autorização e acompanhamento de um fiscal ou portando o cartão de respostas;
 - 12.5) praticar qualquer outro ato contrário aos bons costumes que perturbe, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos ou incorra em comportamento indevido;
 - 12.6) descumprir as instruções contidas no caderno de provas, possibilitando, assim, a abertura de processo administrativo contra o infrator, a critério da Diretoria da SBA.

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Daniel Vieira de Queiroz (RJ)
José Henrique Leal Araújo (DF)
Leandro Fellet Miranda Chaves (MG)
Leopoldo Palheta Gonzalez (AM)
Marcelo Luis Abramides Torres (SP)

Paulo Sérgio Mateus Marcelino Serzedo (SP)
Roberto Henrique Benedetti (SC)
Vera Lúcia Fernandes Azevedo (BA)
Viviane França Martins (SP)

BOA PROVA!



1 - A regulamentação vigente do ato anestésico no Brasil determina que:**B**

- A. O diretor técnico do hospital se certifique das condições mínimas de segurança antes da realização das anestésias.
- B. Sejam disponibilizados meios para assegurar a normotermia em procedimentos com duração superior a 60 minutos.
- C. A avaliação pré-anestésica seja realizada obrigatoriamente antes da admissão hospitalar quando o procedimento cirúrgico for eletivo.
- D. A responsabilidade de decidir pela realização ou não do procedimento anestésico seja compartilhada entre o anestesiológico e o cirurgião principal da equipe.

2 - Compete à Diretoria da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA):**D**

- A. Eleger o Conselho Fiscal.
- B. Indicar nomes para os cargos administrativos da sociedade.
- C. Elaborar a prova para a obtenção do Título Superior em Anestesiologia (TSA).
- D. Recomendar à Assembleia dos Representantes as cidades que têm condições de sediar o Congresso Brasileiro de Anestesiologia (CBA).

3 - A principal fonte de radiação ionizante com potencial danoso ao anestesiológico é o(a):**B**

- A. Laser.
- B. Fluoroscopia.
- C. Ultrassonografia.
- D. Ressonância magnética.

4 - Você foi convidado(a) para revisar o protocolo de jejum pré-anestésico no seu hospital. A recomendação institucional atual é que seja administrada uma solução oral de 200 mL de água com maltodextrina a 12,5% às 6h da manhã a todos os pacientes sem fatores de risco para regurgitação gástrica. Sua recomendação é:**C**

- A. Retirar a maltodextrina de tal solução.
- B. Reduzir o volume da solução para 50 mL.
- C. Iniciar os procedimentos anestésicos a partir das 8h da manhã.
- D. Adicionar à solução proteína do soro do leite concentrada a 80%.

5 - Homem, 45 anos, 60 kg e 1,70 m, comparece ao ambulatório pré-anestésico e relata história prévia de intubação traqueal difícil. Diante disso, o anestesiológico planeja uma intubação traqueal com o paciente acordado e com o auxílio do broncofibroscópio. Nessa situação, a melhor técnica de bloqueio para se abolir o reflexo da tosse é a:**C**

- A. Injeção de lidocaína a 2% nos pilares amigdalinos.
- B. Injeção de lidocaína a 2% próxima ao forame infraorbitário.
- C. Instilação translaringea de lidocaína a 4% a partir da membrana cricotireóidea.
- D. Colocação de swab nasofaríngeo embebido com lidocaína a 4% por 10 minutos.

6 - Homem, 70 anos, 52 kg, 1,65 m, com história prévia de radioterapia na região cervical, é submetido à linfadenectomia cervical sob anestesia geral. O anestesiológico optou pela intubação orotraqueal assistida por broncofibroscopia associada à sedação com baixas doses de fentanil e midazolam, assim como anestesia tópica com lidocaína. Depois da introdução do aparelho com sucesso e visualização da carina, houve resistência à progressão do tubo traqueal (TT) armado número 6,5 mm. Nesse momento, deve-se:**C**

- A. Substituir o TT por um de menor calibre.
- B. Administrar bloqueador neuromuscular despolarizante.
- C. Recuar o TT, girá-lo no sentido anti-horário e, em seguida, reintroduzi-lo.
- D. Retirar o aparelho e reintroduzi-lo, através de uma cânula oral bloqueadora de mordida (Ovassapian).

7 - Com relação à posição operatória abaixo:



- A. A pressão nas veias encefálicas pode se tornar subatmosférica.
- B. Existe aumento do retorno venoso a partir da veia cava inferior.
- C. A ventilação estará dificultada pela compressão da base pulmonar pelas vísceras abdominais.
- D. A pressão nas artérias cerebrais estará mantida em relação à pressão arterial aferida nos membros superiores por mecanismos compensatórios cerebrais.

8 - A oximetria de pulso:

- A. Tem sua acurácia comprometida na anemia falciforme.
- B. Não diferencia a oxigenação do sangue arterial e venoso.
- C. Toma-se imprecisa em casos de elevações anormais de carboxi-hemoglobina e meta-hemoglobina.
- D. Tem seus valores alterados pela presença de concentrações elevadas de hemoglobina fetal em neonatos.

9 - Homem, 32 anos, 75 kg e 1,80 m, previamente hígido, é submetido à anestesia geral com intubação traqueal para ressecção hepática de hemangioma. Depois de 50 minutos, o paciente apresentou episódio súbito de hipotensão arterial (70×40 mmHg) e queda da $PETCO_2$ (30 mmHg). A gasometria arterial revelou uma $PaCO_2$ de 50 mmHg. Essa diferença alvéolo-arterial de CO_2 pode ser explicada por:

- A. Broncoespasmo.
- B. Intubação seletiva.
- C. Atelectasias pulmonares.
- D. Queda do débito cardíaco.

10 - A monitorização da profundidade anestésica:

- A. É altamente recomendada durante a anestesia geral balanceada.
- B. Facilita a titulação dos anestésicos e pode contribuir para a redução do delírium pós-operatório.
- C. Está associada à redução importante do consumo dos agentes anestésicos endovenosos, mas tem pouca influência no consumo dos inalatórios.
- D. Isoladamente ou em combinação com outras variáveis, como a pressão arterial média e o percentual da CAM, pode ter uma associação importante com os índices de mortalidade.

11 - A monitorização neuromuscular com uso de aceleromiografia:

- A. Tem como principal limitação permitir apenas a monitorização qualitativa.
- B. Tem como principal vantagem obter resultados mais precisos do que a mecanomiografia.
- C. Tem como principal vantagem ser um equipamento pequeno, portátil e de fácil utilização.
- D. Tem como principal limitação permitir apenas a monitorização da unidade nervo ulnar-músculo adutor do polegar.

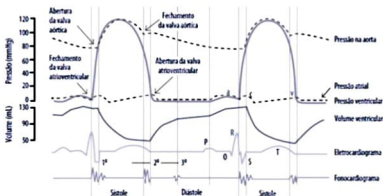
12 - Em relação aos fármacos que atuam no sistema nervoso autônomo:

- A. Os efeitos mais proeminentes dos anticolinesterásicos são os nicotínicos.
 B. A neostigmina e a piridostigmina são compostos amônio-quaternários que cruzam a barreira hematoencefálica.
 C. A resposta final de um órgão efetor a um agonista ou antagonista depende das suas concentrações plasmáticas.
 D. A fenilefrina mimetiza a atividade do sistema nervoso simpático por estimulação direta e indireta dos receptores adrenérgicos.

13 - A administração de noradrenalina no músculo cardíaco isolado leva ao aumento da força de contratilidade. Porém, o seu uso *in vivo* pode levar à manutenção ou até à queda do débito cardíaco. Uma das justificativas dessa resposta é pelo efeito reflexo nos mecanorreceptores arteriais que causam um:

- A. Lusitropismo positivo.
 B. Cronotropismo negativo.
 C. Dromotropismo positivo.
 D. Batmotropismo negativo.

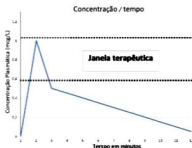
14 - A fase do ciclo cardíaco correspondente ao fechamento da valva aórtica e à abertura da valva atrioventricular é:



D 16 - Homem, 42 anos, 150 kg e 1,73 m, é submetido a cirurgia bariátrica sob anestesia geral. É hipertenso e portador de apneia obstrutiva do sono. Foram realizadas pré-oxigenação seguida de indução anestésica venosa e intubação traqueal com tubo 8 mm e, logo depois, foi instituída a ventilação mecânica. O paciente apresentou queda da SpO_2 mesmo com a confirmação do tubo traqueal em posição correta, ausculta pulmonar normal e FiO_2 adequada. Nessa situação:

- A. O tubo traqueal deve ser trocado por um de maior calibre.
- B. A utilização de um tempo I/E de 1:3 na ventilação mecânica consegue reduzir os episódios de queda da SpO_2 .
- C. A oxigenação poderia ser melhorada com a diminuição da pressão média das vias aéreas, que é conseguida com a redução da PEEP.
- D. A posição de Trendelenburg reversa, adotada durante a pré-oxigenação, melhora as trocas gasosas e previne episódios de queda da SpO_2 depois da indução anestésica.

17 - A figura abaixo representa um modelo tricompartmental da relação concentração/tempo de um hipnótico. Nesse caso, depois da administração de uma dose única em bólus, o rápido despertar de um paciente deve-se à:



- A. Depuração renal.
- B. Metabolização por esterases plasmáticas.
- C. Redistribuição a partir do sistema nervoso central.
- D. Saturação do sítio de ligação a proteínas plasmáticas.

D 18 - Você opta pela administração endovenosa contínua de um fármaco hipnótico. Que parâmetro farmacodinâmico deve ser considerado, objetivando um despertar acelerado?

- A. Ke_0 .
- B. Histerese.
- C. Janela terapêutica.
- D. Meia-vida sensível ao contexto.

A 19 - Homem, 75 anos, 90 kg e 1,60 m, é submetido à anestesia geral venosa total com doses clínicas habituais de remifentanil, propofol e cisatracúrio para prostatectomia radical videolaparoscópica. Hipertenso controlado em uso de losartana, apresenta exame físico e exames laboratoriais normais, à exceção de um valor de creatinina de 2 mg/dL. Ao final do procedimento, que durou cerca de 180 minutos, o paciente teve um despertar prolongado, que pode ser explicado pelo(a):

- A. Sensibilidade do cérebro envelhecido aos agentes venosos utilizados.
- B. Peso do paciente, que influencia na meia-vida sensível ao contexto do remifentanil.
- C. Comprometimento da função renal do paciente, que aumenta a meia-vida de eliminação do remifentanil.
- D. Volume central de distribuição e depuração dos fármacos utilizados, que é diretamente proporcional à idade.

C 20 - Homem, 65 anos, 70 kg e 1,72 m, é submetido à confecção de fistula arteriovenosa sob anestesia local e sedação. Hipertensão de longa data e portador de insuficiência renal crônica (depuração de creatinina pré-operatória de 40 mL/min), faz uso de valsartana, amlodipina, furosemida e espironolactona. A técnica escolhida foi infiltração com anestésico local e sedação, com infusão contínua de propofol associado a 35 mcg de dexmedetomidina em 10 minutos, seguido de manutenção com infusão contínua de 21 mcg/h. Depois de cerca de 75 minutos do início do procedimento, o paciente encontrava-se em sedação profunda, com pouca resposta ao comando verbal, porém, com parâmetros cardiovasculares e saturação periférica de oxigênio dentro dos limites da normalidade. Tal situação se deve ao fato da dexmedetomidina:

- A. Ter sido utilizada em doses elevadas para esse perfil de paciente.
- B. Ter uma eliminação prolongada por causa da baixa depuração renal.
- C. Apresentar maior fração de droga livre pela redução da sua ligação com proteínas plasmáticas em doença renal avançada.
- D. Apresentar maior ligação com os receptores alfa-2 adrenérgicos por sua extensa proliferação no sistema cardiovascular de pacientes portadores de doença renal crônica.

D 21 - Mulher, 35 anos, 49 kg e 1,60 m, programada para laparotomia para tratamento cirúrgico de úlcera gástrica perfurada. Possuía história de etilismo crônico e apresentava hemoglobina de 8 g/dL. A indução anestésica foi realizada com propofol, sufentanil e rocurônio. A manutenção foi feita com anestesia inalatória com sevoflurano a 1% em oxigênio e óxido nítrico. Manteve-se hemodinamicamente estável até a incisão cirúrgica, uma hora depois da indução, quando apresentou hipertensão, taquicardia e lacrimejamento. A conduta que poderia prevenir essa resposta hemodinâmica seria:

- A. Administrar 2 L de ringer lactato aquecido.
- B. Substituir o óxido nítrico por ar comprimido.
- C. Hemotransfunder com concentrado de hemácias.
- D. Aumentar a concentração administrada de sevoflurano.

22 - Mulher, 24 anos, 65 kg e 1,65 m, é submetida à redução cruenta de fratura no antebraço esquerdo. Depois da administração de 3 mg de midazolam, o anestesiológista realiza um bloqueio supraclavicular do plexo braquial guiado por ultrassonografia. Durante a injeção de cerca de 15 mL de lidocaína a 2%, ele detecta a presença de sangue na aspiração da agulha, quando a paciente refere a sensação de formigamento na língua e nos lábios. Depois da interrupção da injeção, qual a próxima conduta na profilaxia de eventual reação tóxica neurológica?

- B**
- A. Infusão de emulsão lipídica.
 - B. Estimular a hiperventilação.
 - C. Alcalinização do pH sanguíneo.
 - D. Administração de propofol em doses subanestésicas.

23 - Mulher, 40 anos, 62 kg e 1,65 m, é submetida à colecistectomia videolaparoscópica sob anestesia geral venosa total com doses habituais de remifentanil, propofol e rocurônio. Fazia uso regular de levotiroxina na dose de 75 mcg ao dia. Depois de cerca de dois minutos do início da cirurgia, o monitor de bloqueio neuromuscular evidenciava uma sequência de quatro estímulos de 0 e uma contagem pós-tetânica de 4. Esse fenômeno pode ser explicado pelo(a):

- D**
- A. Uso crônico de levotiroxina, que facilita o antagonismo do bloqueio neuromuscular.
 - B. Manutenção da anestesia com propofol, que potencializa o bloqueio neuromuscular.
 - C. Ausência de fadiga da junção neuromuscular, que é característica do bloqueio neuromuscular do rocurônio.
 - D. Modalidade de estimulação pós-tetânica, que acelera o processo de mobilização da acetilcolina pré-sináptica durante um curto período depois do tétano em bloqueios adespolarizantes.

B 24 - Mulher, 47 anos, 70 kg e 1,60 m, é submetida a mastectomia radical e esvaziamento axilar. É portadora de câncer de mama, hipertensão e diabética. Faz uso de losartana, metformina e toremifeno (antagonista do estrogênio). A técnica proposta foi o bloqueio peridural torácico contínuo associado à anestesia geral com sufentanil, propofol, infusão contínua de rocurônio e sevoflurano. A duração do procedimento cirúrgico foi de seis horas. Ao final da cirurgia, interrompeu-se a infusão do rocurônio. A monitorização do bloqueio neuromuscular não havia nenhuma resposta na sequência de quatro estímulos e duas respostas na contagem pós-tetânica. Foi administrado sugamadex na dose de 4 mg/kg. Depois de 20 minutos, a relação de T4/T1 permaneceu abaixo de 0,9. Isso é devido à(ao):

- A. Infusão contínua do rocurônio.
- B. Interação entre o sugamadex e o toremifeno.
- C. Tempo prolongado da anestesia geral inalatória.
- D. Associação da analgesia pendural com a anestesia geral.

25 - Um socorrista está realizando uma ressuscitação cardiopulmonar de um adulto vítima de parada cardiorrespiratória (PCR) em via pública. Depois de um choque aplicado pelo desfibrilador automático externo, o socorrista reiniciou imediatamente as compressões torácicas externas. Ele não verificou se a vítima já não estava mais em PCR logo após o choque porque:

- C**
- A. Apenas socorristas médicos devem checar se há pulso depois da desfibrilação.
 - B. A carga de um desfibrilador automático é monofásica, com onda de ação de início retardado.
 - C. Após uma desfibrilação bem-sucedida, um ritmo espontâneo pode não gerar perfusão adequada.
 - D. As pás do desfibrilador automático demoram alguns minutos para retomar a avaliação de ritmo elétrico.

26 - Menino, 5 meses e 6 kg, apresentou fibrilação ventricular durante indução anestésica inalatória. Nessa situação, a carga recomendada para a desfibrilação é de:

- B**
- A. 1 a 1,5 J.kg⁻¹
 - B. 2 a 4 J.kg⁻¹
 - C. 5 a 7 J.Kg⁻¹
 - D. 10 a 15 J.kg⁻¹

D 27 - Mulher, 25 anos, 70 kg e 1,65 m, foi submetida à herniorrafia inguinal sob raquianestesia. Dois dias depois do procedimento, apresentou quadro característico de cefaleia pós-raquianestesia. O bloqueio foi realizado em posição sentada, por via paramediana, com agulha de ponta biselada (Quincke) 27G e com bisel orientado perpendicularmente ao eixo longitudinal da coluna vertebral. Os fármacos administrados foram a bupivacaína hiperbárica associada ao fentanil. A mudança na técnica do bloqueio que poderia ter diminuído a chance da ocorrência da cefaleia seria a:

- A. Realização do bloqueio por via mediana.
- B. Realização do bloqueio em decúbito lateral.
- C. Administração de morfina em vez do fentanil.
- D. Orientação do bisel paralelamente ao eixo longitudinal da coluna vertebral.

28 - Mulher, 32 anos, 76 kg e 1,65 m, será submetida a cesárea em caráter de urgência. Relata ter almoçado há três horas. Faz uso de 40 mg de enoxaparina duas vezes ao dia, tendo realizado a última dose há 13 horas. A técnica anestésica de escolha é:

- B**
- A. Raquianestesia com agulha ponta de lápis.
 - B. Anestesia geral com intubação orotraqueal.
 - C. Administração de protamina 30 minutos antes da raquianestesia.
 - D. Raquianestesia com localização do espaço subaracnóideo guiado por ultrassonografia.

B 29 - Homem, 54 anos, 70 kg e 1,65 m, foi vítima de queimaduras extensas de segundo e terceiro graus no tronco e na cabeça há cinco dias e será submetido à escarotomia torácica. Apresenta sinais de via aérea difícil por causa de retrações e, portanto, é mantido na UTI em ventilação mecânica controlada a volume, com PEEP de 12 cmH₂O. Depois da administração de 100 mcg de fentanil, foi realizado o transporte até a sala de cirurgia com o paciente sob ventilação controlada manual com bolsa autoexpansível (AMBU) acoplada ao reservatório de oxigênio. Cerca de alguns minutos depois da chegada ao centro cirúrgico, durante o posicionamento do paciente na mesa de cirurgia, observaram-se queda acentuada da saturação arterial e dificuldade de ventilação manual pelo aumento da resistência à compressão da bolsa (AMBU). A primeira conduta a ser adotada deve ser:

- A. Restabelecer a PEEP de 12 cmH₂O.
- B. Reavaliar a posição do tubo traqueal.
- C. Proceder imediatamente à escarotomia.
- D. Administrar bloqueador neuromuscular despolarizante de ação rápida.

D 30 - Mulher, 82 anos, 96 kg e 1,60 m, foi submetida à endarterectomia de carótida à direita sob anestesia regional e sedação leve sem intercorrências. Apresenta histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica compensada e de endarterectomia carótida à esquerda há 30 dias sem complicações. Na sala de recuperação pós-anestésica, apesar de desperta e responsiva, cursou com episódios de dessaturação arterial à oximetria de pulso, o que levou a anestesiolologista a colher uma gasometria arterial que evidenciou valores de PaCO₂ de 75 mmHg, PaO₂ de 45 mmHg e pH de 7,27. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- A. Isquemia cerebral.
- B. Lesão do nervo frênico.
- C. Aumento do espaço morto.
- D. Denervação dos corpos carotídeos.

B 31- Homem, 45 anos, 72 kg e 1,67 m, médico anestesiolologista há 20 anos, é encaminhado pela chefia do serviço ao departamento de saúde do trabalhador com quadro de cansaço relacionado com longas jornadas de trabalho, lapsos de memória, perda de empatia pelos pacientes e alteração dos cuidados pessoais. A principal suspeita diagnóstica é:

- A. Drogadição.
- B. Síndrome de exaustão.
- C. Depressão psicogênica.
- D. Exposição ocupacional a agentes inalatórios.

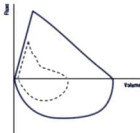
B 32 - Menino, 8 anos, 32 kg e 1,35 m, será submetido à timpanotomia para tubo de ventilação em regime ambulatorial. Na avaliação pré-anestésica, a mãe relata que, durante a coleta de exames sanguíneos, normalmente, a criança fica muito ansiosa, agitada e precisa ser contida. Essa criança deve receber:

- A. Anestesia geral venosa total e diazepam venoso, 0,1 mg/kg.
- B. Midazolam, 0,5 mg/kg, via oral, 30 minutos antes do procedimento.
- C. Morfina, 0,1 mg/kg, intramuscular, 30 minutos antes do procedimento.
- D. Indução e manutenção com agentes inalatórios e cetamina, 2 mg/kg, venosa.

B 33 - Menino, 10 meses e 10 kg, será submetido à correção de hipospádia. Ingeriu leite materno seis horas antes de sua chegada ao centro cirúrgico. Optou-se pela anestesia geral inalatória sob máscara facial associada ao bloqueio peridural caudal. Dois minutos depois do início da indução inalatória com sevoflurano a 5% em oxigênio a 50% com ar comprimido, sob respiração espontânea, a criança apresentou o seguinte quadro clínico: retração supraclavicular, colapso torácico, aumento das incursões respiratórias, taquicardia e saturação arterial periférica de oxigênio de 99%. A primeira conduta, nessa situação, é:

- A. Administrar adrenalina.
- B. Ventilar manualmente com pressão positiva.
- C. Reduzir a concentração administrada de sevoflurano.
- D. Realizar laringoscopia para aspiração da cavidade orofaríngea.

34 - O diagnóstico mais provável da alça de fluxo versus volume mostrado na linha pontilhada da figura abaixo é:



- A. Obstrução extratorácica.
 B. Doença restritiva pulmonar.
 C. Obstrução intratorácica de grandes vias.
 D. Doença obstrutiva das pequenas vias aéreas.

35 - Qual o fator controlador mais influente no aumento da frequência ventilatória?

- A. pH sanguíneo.
 B. Aumento dos íons H^+ no líquido cefalorraquidiano.
 C. Diminuição da PaO_2 no nível dos receptores do arco aórtico.
 D. Volume de estiramento dos alvéolos (reflexo de Hering-Breuer).

36 - Durante uma anestesia inalatória, o fluxo de gases frescos administrado ao paciente é de 3 L/min (1 L de oxigênio e 2 L de óxido nitroso) e o vaporizador está ajustado com sevoflurano a 3%. Ao observar os valores fornecidos pelo analisador de gases, nota-se que a concentração inspirada de sevoflurano é de 2,1% e a concentração expirada é de 1,5%. Qual a hipótese mais provável?

- A. Um aumento do *shunt* pulmonar.
 B. Um vazamento no circuito respiratório do aparelho de anestesia.
 C. O paciente ainda está em processo de indução da anestesia inalatória.
 D. O analisador de gases e/ou o vaporizador devem estar descalibrados, uma vez que a concentração inspirada de sevoflurano deveria ser bem próxima a 3%.

37 - Mulher, 39 anos, 60 kg e 1,65 m, é submetida a timectomia total por videotoracoscopia para tratamento de miastenia gravis. Está em uso regular de piridostigmina, 600 mg/dia, e prednisona, 40 mg/dia. A anestesia geral foi induzida com fentanil, 300 mcg, propofol, 120 mg, e rocurônio, 36 mg, sendo a manutenção realizada com sevoflurano de 2% a 5%. Ao término do procedimento, que durou 75 minutos, a relação T4/T1 no monitor de bloqueio neuromuscular mostrava 28% a despeito da administração de 2,5 mg de neostigmine e 1,5 mg de atropina. O que poderia ter sido feito para evitar essa complicação?

- A. Reduzir as doses do rocurônio.
 B. Substituir o rocurônio por doses equipotentes de cisatracúrio.
 C. Substituir a piridostigmine pela fisostigmine no pré-operatório.
 D. Repetir doses seriadas de neostigmine até que a relação T4/T1 se estabelecesse acima de 90%.

D 38 - Menina, 3 anos e 15 kg, foi submetida a amigdalectomia sob anestesia geral balanceada. Depois da extubação, apresentou laringoespasmo, que evoluiu para hipoxemia grave e assistolia. Nesse caso, durante a ressuscitação cardiopulmonar com mais de um reanimador, deve-se:

- A. Analisar o ritmo e o pulso a cada 3 a 5 minutos.
- B. Comprimir o tórax em uma profundidade de 6 cm.
- C. Manter uma relação compressão-ventilação de 30:2 enquanto não houver via aérea avançada.
- D. Administrar uma dose de 0,01 mg/kg de adrenalina por via intravenosa ou intraóssea já no primeiro ciclo.

C 39 - Mulher, 26 anos, 74 kg e 1,65 m, é submetida a abdominoplastia e lipoaspiração de flancos. A anestesilogista optou pela realização de bloqueio peridural no interespaço L3-L4, em decúbito lateral, com introdução de 6 cm de cateter. Foi administrado bôlus de 20 mL de ropivacaína a 0,75% com 100 mcg de fentanil. Em seguida, a paciente apresentou convulsões tônico-clônicas generalizadas. Nesse caso:

- A. A abordagem paramediana do espaço peridural reduz o risco de canulação das veias peridurais.
- B. O risco de intoxicação é menor quando o cateter é introduzido mais de 6 cm no espaço peridural.
- C. A utilização de doses fracionadas do anestésico local minimizaria o risco de intoxicação sistêmica.
- D. A probabilidade de injeção intravascular seria minimizada se a punção fosse realizada com a paciente na posição sentada.

C 40 - Homem, 50 anos, 85 kg e 1,70 m, tabagista inveterado, é submetido à revascularização miocárdica por toracotomia em virtude de obstrução coronariana triarterial. Portador de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus, encontra-se em uso de valsartana, propranolol, metformina e rosuvastatina. Relata histórico anestésico-cirúrgico de hernioplastia inguinal e vasectomia sem intercorrências. Após saída satisfatória da circulação extracorpórea e antagonismo farmacológico da heparinização plena, o paciente inicia quadro súbito de reação urticariforme generalizada, sibilância pulmonar, edema periorbitário bilateral e hipotensão arterial a despeito do uso concomitante de noradrenalina e dobutamina. O fator de risco mais comum que pode explicar a ocorrência desse fenômeno é:

- A. O uso de metformina.
- B. O uso de betabloqueadores.
- C. A história de vasectomia prévia.
- D. A história de tabagismo inveterado.