

## ESPECIALIDADE: MEDICINA INTENSIVA



VERSÃO  
A

### COMANDO DA AERONÁUTICA

#### EXAME DE ADMISSÃO AOS CURSOS DE ADAPTAÇÃO DE MÉDICOS, DENTISTAS E FARMACÊUTICOS DA AERONÁUTICA (CCC 2010)

01	D	<p>A alternativa correta pode ser comprovada mediante os seguintes excertos:</p> <p>“(...) os médicos constituem a linha da frente da medicina aeronáutica e são, como tal, os primeiros responsáveis pelo apoio ao pessoal navegante.”</p> <p>“A sua tarefa na assistência ao pessoal navegante compreende o ensino e demonstração da fisiologia de voo, a detecção precoce de alterações recuperáveis que possam interferir na aptidão para o voo ou com a otimização da condição física e psicológica para o desempenho das missões, o aconselhamento em termos de adequação das condições de cada tripulante às missões, a suspensão temporária da atividade aérea em casos de incapacidades súbitas e breves, a orientação (e acompanhamento de todo o processo) para o Hospital ou o Centro de Medicina Aeronáutica de situações não passíveis de intervenção em nível da Base Aérea.</p> <p>“Este estatuto de <i>Flight Surgeon</i> visa, sobretudo, influenciar todo o pessoal navegante que com ele convive diariamente a adotar estilos de vida baseados em medidas preventivas que conduzam à preservação do máximo das suas capacidades e da respectiva aptidão”.</p>
02	A	<p>A alternativa correta encontra respaldo no seguinte trecho: “A vida aeronáutica militar, pela sua especificidade, pelo risco inerente à operação nos limites da aeronave e do organismo humano, pela necessidade de aumentar a operacionalidade nos pressupostos de mais alto, mais rápido e mais longe, impunha a necessidade de melhor gestão dos recursos humanos, de maior apoio ao pessoal envolvido nas operações, de mais investigação no âmbito da adequação da interface homem-máquina, de mais e melhor treino, da vivência de situações simuladas, de ambientes equivalentes/próximos da operacionalidade real, da exposição em situações de segurança à altitude, acelerações, circunstâncias de menor ou alterada estimulação sensorial etc”.</p>
03	B	<p>Prerrogativa significa “Concessão ou vantagem com que se distingue uma pessoa ou uma corporação; privilégio, regalia; Faculdade ou vantagem de que desfrutam os seres de um determinado grupo ou espécie; apanágio, privilégio.”, significado que não é mencionado no texto.</p>
04	D	<p>Na alternativa correta temos o emprego da expressão sem dúvida, que torna evidente a opinião dos autores. Nas demais alternativas, temos apenas informações passadas pelos autores, sem, contudo, opiniões próprias.</p>
05	B	<p>Em alguns casos, o travessão é usado para substituir as vírgulas e/ou os parênteses. Nesse caso, o autor poderia optar por parênteses também. Os termos seguintes retomam a expressão “um outro conhecimento”.</p>
06	C	<p>A alternativa apresenta o mesmo número de fonemas e de letras. Deve-se destacar que, embora o X de “extrema” seja pronunciado como /s/, há um fonema. Nas demais alternativas, há ocorrências de dígrafos vocálicos, quando as letras m e n não representam consoantes, mas tão-somente indicam que a vogal anterior é nasal. São exemplos – conhecimento (dígrafo e dígrafo vocálico); circunstâncias, ambiente (2 dígrafos vocálicos), incapacidade (1 dígrafo vocálico).</p>
07	D	<p>O nono parágrafo emprega o verbo <u>surge</u>, o qual se refere à expressão <u>o conceito de “flight surgeon”</u>, no início do 8.º par.: “O conceito de <u>“flight surgeon” surge</u> nesta sequência, com a necessidade sentida da presença de médico especialista nesta área do conhecimento junto das tripulações.” (...) “Mas <u>surge também</u></p>

		pela necessidade...”.
<b>08</b>	<b>C</b>	Temos uma oração desenvolvida. As demais estão incorretas, pois apresentam, orações reduzidas de infinitivo.
<b>09</b>	<b>B</b>	Temos um particípio em função de nome (ligados) que requer um complemento nominal: ligados a quê? À medicina preventiva.
<b>10</b>	<b>A</b>	Não há emprego de conjunções/locuções conjuntivas de valor aditivo, fato que ocorre nas demais alternativas.
<b>11</b>	<b>B</b>	São todas oxítonas. Considera-se sílaba tônica a mais “forte”. Classificam-se de acordo com a posição da sílaba tônica – oxítona (a sílaba tônica é a última); paroxítona (sílabas tônica é penúltima) e proparoxítona (a sílaba tônica é a antepenúltima). Independentemente de acento gráfico, todas as palavras da língua apresentam sílaba tônica e átona; as trissílabas e polissílabas apresentam, também, as subtônicas.
<b>12</b>	<b>A</b>	O elemento destacado introduz uma oração subordinada substantiva objetiva direta. Trata-se de uma conjunção integrante, cuja função é introduzir uma oração que completará o sentido do verbo <u>pretender</u> e introduz uma oração subordinada substantiva objetiva direta. Nas demais alternativas, temos pronomes relativos introdutórios de oração subordinada adjetiva.
<b>13</b>	<b>C</b>	Se trata de um adjunto adverbial de modo: de modo/maneira impune. Nem todo advérbio em -mente apresenta sentido de modo.
<b>14</b>	<b>A</b>	A expressão destacada vem após um verbo de ligação.
<b>15</b>	<b>D</b>	O verbo é pronominal, ou seja, o pronome é parte integrante do verbo. As letras A, B e C acompanham verbos transitivos diretos.
<b>16</b>	<b>C</b>	O único sufixo formador de advérbios em português é –mente, que se anexa a bases adjetivas. Na alternativa (C), temos a base adjetiva IMPUNE acrescida do sufixo –MENTE.
<b>17</b>	<b>B</b>	O pretérito perfeito exprime os processos verbais concluídos e localizados em um momento ou período definido do passado (foram, permitiram); o futuro do pretérito expressa processo posterior ao momento passado a que nos estamos referindo; pode expressar dúvida ou incerteza em relação a um fato passado, hipótese, como é o caso (sujeitaria). O pretérito imperfeito tem várias aplicações: pode transmitir uma idéia de continuidade de processo que no passado era constante ou freqüente, como é o caso (elevava).
<b>18</b>	<b>C</b>	Nesse contexto, a preposição poderia ser substituída por outras, tais como: ‘devido a’, ‘por causa de’ etc. A preposição é a palavra invariável que atua como conectivo entre palavras ou orações, estabelecendo sempre uma relação de subordinação. Isso significa que, entre os termos ou orações ligadas por uma preposição, haverá uma relação de dependência. Em alguns casos, as preposições não apenas conectam termos da oração, mas também evidenciam diferença de sentido entre as frases.
<b>19</b>	<b>D</b>	O sujeito composto é aquele que apresenta mais de um núcleo nominal (núcleo do sujeito) sem preposição: <u>A saúde das tripulações, o meio desenvolvido, a familiaridade com os ambientes.</u> Nas demais alternativas, temos apenas um núcleo.
<b>20</b>	<b>A</b>	O pronome destacado desempenha função de <u>objeto direto</u> , complemento do verbo <u>relacionar</u> , da mesma forma que o complemento do enunciado, que complementa o sentido do verbo <u>ameaçar</u> , sem preposição.
<b>21</b>	<b>D</b>	A terapia supranormal não demonstrou melhora de mortalidade, estando inclusive associada a complicações cardiovasculares. As ditas variáveis calculadas (como resistências vasculares e índices de trabalho ventricular) estão associadas a erros sistemáticos, devendo ser avaliadas de forma secundária. A evolução clínica pode ser bastante diferente daquela dita “típica”, sendo bastante comum o achado de estados de choque misto, por exemplo, na miocardiopatia séptica, em que se associam perfis de choque séptico e cardiogênico. A resposta correta é a D, pois este grupo de pacientes foi um dos poucos em que se demonstrou benefício com o uso de

		CAP (nível de evidência II, grau C)
22	B	As medidas estáticas das pressões de câmaras têm curvas ROC próximas da paridade, sendo péssimos preditores de resposta à infusão de volume, mesmo em voluntários normais. A resposta do IC a infusão de volume, ou seja, elevando-se quando é feito o desafio com volume, é um alvo terapêutico efetivo, assim também como a medida de SvO <sub>2</sub> , sendo ambos mais úteis que PVC e PAPO, visto que informam sobre uma resposta na oferta e no consumo de O <sub>2</sub> aos tecidos. Portanto a resposta FALSA é a B, pois mesmo analisada de forma sequencial, a PVC (ou Pressão do Átrio Direito) se correlaciona mal com a resposta de melhora de oferta de O <sub>2</sub> aos tecidos. O Consenso Brasileiro de Sepsis (AMIB 2003) define uma recomendação grau D (de baixa evidência) para o uso da PVC/PAPO que equivalha ao melhor Débito Cardíaco e Volume Sistólico, ou seja, não de forma isolada.
23	C	A síndrome da Sepsis grave e do choque séptico ocorre devido a resposta inflamatória do hospedeiro a agressão da endotoxina bacteriana. O uso inicial de droga vasoativa direciona a alvos específicos não é uma conduta adequada, devendo ser precedida pela agressiva e criteriosa reposição volêmica. O diagnóstico desta síndrome somente através do exame clínico tem pobre valor preditor de prognóstico e menos ainda de diagnóstico. O lactato é de fato um bom marcador de gravidade e prognóstico, sendo um indicador muito sensível e precoce de disfunção metabólica tecidual nos estados de choque (Surviving Sepsis Campaign – 2008).
24	D	Trata-se de IAM de parede inferior (supra em DII, DIII e avF), sendo que a imagem em espelho em parede anterior (infra em V1 a V4) pode representar comprometimento de VD – explicando a hipotensão. A trombólise está indicada, havendo ainda tempo útil (2 horas de evolução), a angioplastia primária teria indicação prioritária caso fosse imediatamente disponível e se se tratasse de choque cardiogênico por IAM de parede anterior.
25	B	O uso profilático de antiarrítmicos nas SCA não está associado a melhor prognóstico, podendo ter efeitos deletérios (pro-arrítmicos e inotrópicos negativos). A dopamina como vasopressor primário está associada a risco elevado de arritmias. Entre as terapias de reperfusão, a angioplastia primária tem o melhor benefício nos casos de choque cardiogênico.
26	A	A salina normal, ou soro fisiológico, pode induzir uma acidose hiperclorêmica, ainda que de significado clínico discutível. A solução de Ringer lactato por outro lado, tem conteúdo hipotônico em relação ao plasma (275 mOsm), não estando associada a acidose hiperclorêmica. O uso de Dextran, sobretudo de maior peso molecular esteve associado a distúrbios de coagulação significativos. A albumina humana utilizada para reposição volêmica em estados de choque não está associada a maior mortalidade nos pacientes sépticos, como evidenciado pelo estudo SAFE (Surviving Sepsis Campaign)
27	B	A restrição volêmica não é benéfica ao paciente com edema cerebral, sendo que a restrição volêmica pode agravar a situação, por poder resultar em redução da pressão de perfusão cerebral. A SvO <sub>2</sub> inferior a 55% indica que pode haver inadequada oferta de O <sub>2</sub> aos tecidos, podendo ser uma indicação de reposição volêmica. Uma PVC > 25 mmHg, como dado isolado, não é uma contra-indicação formal para reposição volêmica, visto que a PVC é um pobre preditor de resposta a infusão de volume, por outro lado, PVC de 8 a 12 é um alvo na ressuscitação inicial no paciente séptico, de acordo com o Surviving Sepsis Campaign.
28	C	A dobutamina é um estimulante Beta-1 e Beta-2 adrenérgico e alfa-1 adrenérgico, não estando associada a arritmia cardíaca nas doses usuais. A dopamina não tem efeitos “protetores renais” em doses dopaminérgicas, sendo que seu uso com esta finalidade é contra-indicado (recomendação forte pelo Surviving Sepsis Campaign).
29	B	O cálculo da oferta de O <sub>2</sub> é dado pela seguinte fórmula: $10 \times DC \times CaO_2$ , sendo DC o débito cardíaco e CaO <sub>2</sub> o conteúdo arterial de O <sub>2</sub> , que por sua vez resulta do seguinte: $1.34 \times Hb \times SaO_2 + (0,003 \times PaO_2)$ . É simples observar que variações da PaO <sub>2</sub> têm pouca influência no resultado, o que se explica pelo fato de que o maior volume de O <sub>2</sub> transportado pelo sangue é carregado pela Hemoglobina saturada. A PAPO não determina o cálculo da DO <sub>2</sub> .
30	B	O Bicarbonato de Sódio é conduta adequada no tratamento de acidose e hipercalemia conhecidas em paciente em PCR, assim como pode ser utilizado na PCR após mais de 10 minutos de RCP adequada, significando

		suporte avançado secundário completo (recomendação nível IIB pelo ACLS – AHA). O uso de bicarbonato de sódio no controle da acidose na hipercapnia protetora no paciente em SARA pode ser feito em $\text{pH} < 7,2$ . Seu uso na correção da acidose associada a estados de hipoperfusão (choque) é contraindicado. Portanto a assertiva correta é que há <b>PREJUÍZO</b> em utilizá-lo nos pacientes em acidose hipoperfundidos.
<b>31</b>	<b>A</b>	O uso da PVC como alvo terapêutico precoce (pacote de 6 horas), embora polêmico, recomenda níveis entre 12 a 15 mmHg nos pacientes em ventilação mecânica. Níveis mais elevados não contraindicam de forma absoluta a reposição, já que podem haver outros alvos que podem ser alcançados com desafios de volume cautelosos (como a Saturação venosa central $> 70\%$ ). O uso de colóides não mostrou evidente vantagem na mortalidade deste grupo de pacientes.
<b>32</b>	<b>C</b>	Este paciente tem sinais de SIRS + foco infeccioso (pneumonia associada a ventilação mecânica + sinais de disfunção orgânica ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 200 e diurese diminuída), não havendo porém hipotensão com necessidade de uso de droga vasopressora, portanto trata-se de uma Sepses pulmonar grave.
<b>33</b>	<b>A</b>	A reposição volêmica tendo como alvos precoces a $\text{PAM} > 65$ mmHg e o controle adequado do foco infeccioso, via antibioticoterapia precoce e coleta de culturas precoce, são centrais no chamado “pacote de 6 horas” do SSC/ILAS. O uso de dobutamina se inclui neste pacote com a finalidade de melhorar a Saturação venosa central, como indicador de melhor perfusão tecidual.
<b>34</b>	<b>C</b>	O uso de dobutamina em todos os paciente em uso de noradrenalina não faz parte das recomendações da Surviving Sepsis Campaign, embora possa ser recomendável. A chamada oferta supranormal de $\text{O}_2$ , através do uso de doses elevadas de Dobutamina está contraindicada, sendo que há recomendação forte neste sentido. A Dobutamina deve ser considerada nos pacientes cuja $\text{SvcO}_2$ permaneça $< 70\%$ mesmo após reanimação volêmica adequada e correção da anemia.
<b>35</b>	<b>C</b>	Os mecanismos compensatórios nas fases iniciais do choque hipovolêmico podem manter o DC normal através do aumento da FC e aumento da resistência vascular periférica (como parte da resposta cardiocirculatória ao aumento do tônus simpático). O dado mais importante na progressão do estado de choque é a inadequação entre a oferta de $\text{O}_2$ aos tecidos, resultando em maior extração de $\text{O}_2$ , com conseqüente redução da Saturação Venosa Central ( $\text{SvcO}_2$ ).
<b>36</b>	<b>A</b>	Este paciente não possui mais indicação para trombólise, pois tem mais de 10 horas de evolução. O uso de soro glicosado é contraindicado, pois a hiperglicemia e hiponatremia induzidas são muito deletérias para o prognóstico. A pressão arterial deve ser controlada de forma muito cautelosa, podendo ser mantida nos níveis iniciais apresentados, visto que o uso de hipotensores pode levar a aumento da lesão isquêmica secundária.
<b>37</b>	<b>B</b>	A hipovolemia pode levar a hipoperfusão cerebral com piora da lesão secundária. A hipotermia tem sido proposta como medida terapêutica, embora a evidência ainda esteja evoluindo. A normocapnia é essencial para manter a perfusão cerebral, evitando dano isquêmico secundário e a hipernatremia na faixa apresentada, isoladamente não apresenta risco maior, sendo menos deletéria que a hiponatremia.
<b>38</b>	<b>B</b>	A PCR não foi presenciada pelo prestador de atendimento, sendo, portanto indicada a RCP por dois minutos para então determinar o ritmo com o desfibrilador disponível. A abordagem da via aérea com intubação oro-traqueal é uma decisão inadequada, visto que no paciente adulto a causa mais frequente de PCR é a FV/TV sem pulso.
<b>39</b>	<b>D</b>	“MONA saúda todos os pacientes” é o aforismo mnemônico do ACLS. Este paciente apresenta quadro típico de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), devendo ser atendido segundo o protocolo de $\text{O}_2$ suplementar, AAS e analgesia com Nitratos (SL ou IV) e Morfina caso necessário. O ECG de 12 derivações é mandatório e deve ser pedido de pronto, mas o uso imediato de beta-bloqueador e a indicação precipitada de estreptoquinase não se seguem. A obtenção de dados clínicos com o paciente e os familiares é muito importante para determinar se há contraindicações para a trombólise, mas esta não deve ser a conduta isolada, menos ainda o uso de sedativos.
<b>40</b>	<b>B</b>	A coleta de hemoculturas é passo inicial precoce importante e essencial na condução do paciente com sepsis grave/choque séptico e deve ser colhida dentro da primeira hora da abordagem do paciente (Surviving Sepsis Campaign). Hemoculturas podem ser colhidas mesmo no paciente em uso de antibióticos, visto que podem

		detectar germes resistentes ao esquema em uso. Podem ser colhidas durante picos febris, sendo que nestes casos a positividade pode ser maior, sobretudo na vigência de endocardite bacteriana.
<b>41</b>	<b>D</b>	A TC sugere um AVC isquêmico extenso em território de cerebral média a esquerda. Apesar de a paciente apresentar GCS de 3 e pupilas médias e fixas, não se pode afirmar que se trata de possível ou provável morte encefálica visto que as condições hemodinâmicas, a hipotermia e a provável intoxicação exógena sozinhas explicariam o quadro, conferindo potencial reversibilidade com medidas de suporte. Somente após estas ações poder-se-ia falar em ME.
<b>42</b>	<b>D</b>	Este paciente apresenta provavelmente uma SARA (PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> e Rx compatíveis com a hipótese). Dentre as alternativas somente a Pressão de Plateau < 30 cmH <sub>2</sub> O teve nível de evidência elevado na redução da mortalidade neste grupo de pacientes, sendo parte da chamada estratégia protetora de ventilação pulmonar. (Surviving Sepsis Campaign)
<b>43</b>	<b>A</b>	Apesar da aparente “estabilidade” anterior as manobras, o aumento da pressão intratorácica com a elevação do PEEP provavelmente reduziu o retorno venoso, levando a queda do volume sistólico e da PAM, com taquicardia compensatória. A medida mais adequada é a reposição de volume. O uso de inotrópicos – dobutamina – pode induzir ainda maior hipotensão e taquicardia pelos efeitos alfa adrenérgicos. O uso de drogas vasopressoras pode ser adequado após a reposição volêmica rápida.
<b>44</b>	<b>B</b>	O Delta de pressão de pulso foi validado inicialmente justamente como preditor da resposta hemodinâmica ao PEEP. O Delta de pressão sistólica tem sensibilidade e especificidade menor e a PVC não possui valor preditor algum nestes casos. O delta de PVC tem sido proposto para avaliar o potencial de responsividade a volume em pacientes em ventilação espontânea.
<b>45</b>	<b>C</b>	Utilizar o IRVS como objetivo terapêutico é inadequado, visto ser um parâmetro secundariamente calculado, dependente de diversas medidas hemodinâmicas. Apesar de o DO <sub>2</sub> provavelmente se encontrar aquém das necessidades (620 ml/min), o aumento do IC com uso de dobutamina deve ser precedido por uma melhor oferta de volume, visto que esta intervenção é tempo dependente e a paciente mostra sinais evidentes de inadequada reanimação inicial, especificamente: Pressões de câmaras ainda baixas e SvO <sub>2</sub> < 65% (VO <sub>2</sub> 257 ml/min e TeO <sub>2</sub> 41%). O lactato elevado não se deve ao Ringer infundido, senão evidencia grave disfunção metabólica com elevada mortalidade associada.
<b>46</b>	<b>D</b>	A redução do nível de consciência, ou mesmo o estado confusional e pouco cooperativo, são contraindicações para o uso da VNI, visto que o resultado raramente é adequado e há evidência de morbidade e mortalidade aumentadas para pacientes submetidos a VNI nestas condições. A ventilação invasiva é mandatória nestes casos.
<b>47</b>	<b>C</b>	O índice de Tobin (f/Vt) é um excelente preditor de insucesso de desmame quando acima de 100, indicando taquipnéia superficial (shallow breathing), sendo o indicador mais amplamente utilizado nos protocolos de descontinuação de ventilação mecânica. Um P <sub>0</sub> , 1 elevado (Pressão inspiratória inicial) indica drive neurológico exacerbado, que pode ser secundário a ansiedade ou dor, podendo ser controlado com uso de analgesia/sedação adequadas. O teste diário em todos os pacientes estáveis, com uso de ventilação espontânea em tubo T, distingue adequadamente os pacientes que apresentam condições de desmame ventilatório. O uso de Pressão de Suporte com PEEP decrescente não é superior, sendo demonstrada maior permanência em ventilação mecânica e aumento de morbidade nos pacientes submetidos a este tipo de abordagem.
<b>48</b>	<b>D</b>	A indicação de produtos derivados de sangue deve ser criteriosa, dados os riscos associados e o aumento de morbidade e mortalidade observado nas populações de pacientes mais transfundidos. Uso de plaquetas deve ser restrito a casos extremos como o da alternativa. O uso do plasma fresco congelado deve ser restrito a condições de deficiência conhecida (caso dos anticoagulantes orais) ou provável (caso da diluição pela maça reposição com cristalóides no trauma). Níveis de Hb de 9 mg/dl não são indicação de transfusão de concentrado de hemáceas em pacientes críticos, mesmo naqueles com fatores de risco relativos, como os pacientes com isquemia coronariana.
<b>49</b>	<b>C</b>	A disfunção renal no paciente séptico carrega um risco prognóstico muito elevado, sendo a creatinina um marcador tardio da injúria renal, mas suas elevações estão associadas a maior mortalidade. A FeNa ajuda a

		determinar o comprometimento tubular estabelecido, na forma de necrose tubular aguda, sendo que valores < 1% estão associados a componentes ditos “pré-renais”, que são mais passíveis de melhora com medidas de suporte hemodinâmico. A indicação de diálise no paciente séptico pode ser feita por diversos motivos, incluindo hipervolemia, acidose grave, hipercalemia, entre outros. Níveis elevados de uréia não devem ser esperados para esta indicação. O uso de diuréticos em todo paciente com PVC > 18 mmHg e com oligúria não é adequado, visto que a PVC é um pobre preditor de adequação da volemia, podendo levar a hipovolemia com subsequente piora da perfusão tecidual.
50	D	As ondas T apiculadas no ECG são indicadores de hipercalemia grave, demandando condutas agressivas. A hipocalcemia pode gerar hiperexcitabilidade neuromuscular, como no sinal de Chvostek, podendo evoluir para tetania. A hipocalcemia está associada a reduzida peristalse intestinal. A hiponatremia é o distúrbio hidroeletrólítico mais comum na terapia intensiva, com compromisso neurológico importante e riscos associados na sua correção.
51	B	O uso excessivo e liberal do acesso venoso central está associado a significativa morbidade e mortalidade na população de pacientes críticos. O acesso central não é necessário em todo paciente crítico, e deve ser avaliado caso a caso, sendo que existem alternativas, como os catéteres centrais de inserção periférica (PICC). Nos casos de pacientes em choque, sobretudo hipovolêmico e no trauma, o acesso venoso preferencial é o periférico. Não há recomendação para troca programada de catéter venoso com a finalidade de reduzir a ICSAC, os catéteres devem ser retirados assim que não mais necessários. A realização do teste de Allen modificado é recomendável antes de realizar um acesso arterial em membro superior
52	B	As recomendações da AHA para o ACLS de 2005 colocam a intubação orotraqueal como procedimento não essencial para suporte avançado de vida. O uso de mecanismos de acesso a via aérea alternativos é estimulado (Máscara laríngea, tubo de lúmen duplo traqueo-esofágico). A fixação do tubo orotraqueal deve ser feita com dispositivos desenhados para este fim e o acompanhamento da pressão do cuff traqueal é indicador de qualidade de cuidado, estando associado a menor incidência de complicações na extubação. A verificação da Intubação adequada deve associar a ausculta de cinco pontos com o uso de um dispositivo detector, como detectores de CO2 expirado ou obturador esofágico.
53	C	O controle de temperatura do paciente neurológico crítico através somente de termômetros axilares simples ou contínuos, para mantê-la abaixo de 38 graus, é inadequada, visto que a temperatura cerebral pode ser até 2 graus mais alta, implicando em lesão secundária. Temperaturas maiores que 37,5 graus não devem ser permitidas, sendo preferencial o uso de termômetros esofageanos. O sódio plasmático elevado nem sempre representa diabetes insipidus, porém é a hipótese primária para estes pacientes. O uso de DDAVP e a correção de distúrbios de sódio nestes pacientes deve ser criteriosa. O uso de hiperventilação “terapêutica” para PaCO2 < 30 mmHg é contraindicado para controle de HIC, devendo ser utilizada de forma muito limitada. A monitorização da Saturação Jugular de O2, que deve ser mantida acima de 65%, é mandatória nestes casos. A hiperglicemia é deletéria e deve ser controlada de forma cuidadosa e estrita, ou seja evitando hiperglicemia > 250 mg/dl ou menor que 80 mg/dl.
54	D	A estratégia protetora na ventilação mecânica da SARA define o uso de Pplat < 30 cmH2O, estando associada a redução de mortalidade nestes pacientes. Nenhuma outra intervenção medicamentosa teve resultado benéfico. O uso de antibióticos de amplo espectro não é mandatório nestes pacientes.
55	C	O auto-PEEP, ou hiperinsuflação dinâmica, não é fisiológico, sendo induzido pela ventilação a pressão positiva e podendo ser deletério ao paciente, mas não necessariamente, visto que em pacientes cardiopatas com adequada volemia, o aumento da pressão intratorácica, reduzindo a Pressão transmural do miocárdio pode ter efeitos benéficos, aumentando o IC. A sua detecção pode ser feita através da manobra da oclusão da válvula expiratória no final da inspiração, de forma que o fluxo de ar seja zero, permitindo a equalização das pressões e evidenciando a pressão alveolar real, a qual representa a pressão efetiva exercida pelo volume de ar que permaneceu no pulmão ao final da expiração.
56	B	A presença de componente restritivo (broncoespasmo, inflamação, secreção) na árvore respiratória implica em que o tempo expiratório deve ser adequado, de forma que a frequência deve ser baixa, com relação I:E alta para permitir completa expiração evitando a hiperinsuflação dinâmica. Da mesma forma o Vt resultante na Pressão Controlada não deve ser demasiado alto, sendo necessária constante vigilância da mecânica e dos parâmetros, visto que com a melhora do quadro de resistência e complacência o Vt aumentará. O PaCO2 nestes pacientes deve ser tolerado em níveis mais altos, visto que objetivar sua “normalização” irá submete-los

		a ventilação potencialmente lesiva e a distúrbios acido-básicos (alcalose metabólica) que adicionam morbidade.
<b>57</b>	<b>C</b>	O uso de FiO2 1,0 é deletério para estes pacientes. O recrutamento alveolar, embora muito utilizado, ainda não tem evidência clara na literatura. Um Vt de 8 ml/Kg e uma Pplat de 40 cmH2O é inadequado, a estratégia protetora define Vt de 6 ml/Kg, Pplat < 30 cmH2O, permitindo hipercapnia e objetivando SaO2 >= 88% e FiO2 de <0,6.
<b>58</b>	<b>B</b>	A hiponatremia é o distúrbio mais comum, sendo encontrado em tanto quanto 40% dos pacientes em algum momento na UTI. O paciente neurocrítico é especialmente sensível aos distúrbios de sódio e às tentativas excessivamente rápidas de sua correção.
<b>59</b>	<b>C</b>	A hipercalemia reserva um risco elevado, devendo ser abordada de forma sistemática e agressiva. A detecção dos efeitos de maior risco deve ser feita pelo ECG, que demonstrando alterações de repolarização específicas (onda T apiculada, alargamento de QRS, bradicardia) indica atitudes paralelas visando proteção miocárdica imediata e de curto prazo (cálcio IV), mobilização do potássio (Solução polarizante, nebulização com beta-miméticos) e remoção do potássio (furosemide, resinas de troca, hemodiálise).
<b>60</b>	<b>A</b>	A descompressão cirúrgica nos pacientes com hipertensão intra abdominal não está indicada em todos os pacientes com PIA > 15 mmHg. A recomendação mais atual sugere esta ação nos pacientes com PIA > 20 mmHg ou se < 15 mmHg, com evidente isquemia ou comprometimento perfusional intra abdominal, desde que não responsivos a terapia clínica máxima. O padrão ouro de medida de PIA beira-leito é a pressão intravesical. A indicação de descompressão cirúrgica não deve ser tardia, a espera de 24 horas em quadro como o descrito é inadequada. Nos pacientes vítimas de trauma, a reposição volêmica agressiva (> 6 litros em 8 horas) nas primeira 24 horas é forte preditor de risco de desenvolver a síndrome.