



AVALIAÇÃO ESPECÍFICA MÉDICO TERAPIA INTENSIVA - PLANTONISTA ADULTO 2026/24

01. Um homem de 58 anos colapsa no pronto atendimento e é encontrado em parada cardiorrespiratória. O monitor mostra fibrilação ventricular, e a equipe inicia RCP de alta qualidade imediatamente. Após o primeiro choque, o ritmo permanece chocável. Considerando as diretrizes atuais, qual conduta é mais adequada na sequência imediata?

- A) Reiniciar RCP por 2 minutos e preparar novo choque, minimizando pausas. Essa conduta prioriza perfusão coronariana e cerebral enquanto se mantém a lógica do algoritmo para ritmos chocáveis.
- B) Administrar adrenalina antes do segundo choque. Isso deve ser priorizado porque o vasopressor substitui a necessidade de compressões contínuas nesse momento.
- C) Interromper a RCP para reavaliar pulso a cada 30 segundos. Essa estratégia permite identificar precocemente o retorno da circulação espontânea.
- D) Administrar bicarbonato de rotina após o primeiro choque. Essa medida é recomendada como parte obrigatória da sequência inicial de tratamento.

02. Uma mulher de 67 anos chega à UTI com pneumonia, hipotensão e lactato de 3,8 mmol/L. Após receber 30 mL/kg de cristalóide, mantém PAM de 58 mmHg, confusão mental e sinais de hipoperfusão. Neste caso, a próxima etapa terapêutica mais adequada é:

- A) Administrar furosemida para reduzir edema intersticial. Essa medida melhora a oxigenação e costuma reverter a hipotensão associada à sepse.
- B) Iniciar noradrenalina para atingir PAM \geq 65 mmHg. Após isso, a perfusão deve ser reavaliada continuamente, com eventual ajuste de volume, inotrópico e metas hemodinâmicas.
- C) Iniciar dobutamina como vasopressor de primeira linha. O inotrópico deve ser preferido, pois o choque séptico corresponde sempre a um quadro de baixo débito.
- D) Adiar qualquer vasopressor até completar 60 mL/kg de cristalóide. A expansão volêmica adicional deve preceder qualquer outra intervenção vasoativa.

03. Homem de 54 anos apresenta dor torácica típica há 60 minutos e ECG com supra de ST em parede anterior. A unidade não dispõe de hemodinâmica, e o tempo estimado até um centro com angioplastia primária é de 140 minutos. O paciente não possui contraindicações à trombólise. Qual estratégia é mais apropriada?

- A) Aguardar transferência para angioplastia primária, independentemente do atraso. O benefício da reperfusão mecânica sempre supera qualquer estratégia farmacológica.
- B) Prescrever apenas antiagregação plaquetária dupla e observação clínica. Essa abordagem é suficiente nas primeiras horas quando o paciente está estável.
- C) Realizar trombólise imediata e providenciar transferência subsequente para estratégia fármaco-invasiva. Essa conduta reduz o atraso até a reperfusão em cenário sem acesso oportuno à angioplastia primária.
- D) Iniciar heparina plena e analgesia, postergando reperfusão. A recanalização coronariana pode ser definida depois da avaliação enzimática.

04. Paciente com fibrilação atrial (FA) de resposta ventricular rápida (FC 170 bpm) apresenta hipotensão, dor torácica e alteração do nível de consciência. O ECG confirma FA, e não há dúvida diagnóstica. A conduta mais adequada neste caso é:

- A) Administrar betabloqueador endovenoso em dose plena antes de qualquer outra medida. Essa conduta reduz a frequência e costuma estabilizar rapidamente a hemodinâmica.



- B) Utilizar amiodarona oral e reavaliar em 6 horas. O controle farmacológico tardio é suficiente mesmo em paciente instável.
- C) Aplicar adenosina em bolus rápido. Esse fármaco é o mais adequado para reverter fibrilação atrial instável.
- D) Realizar cardioversão elétrica sincronizada imediata. A instabilidade hemodinâmica impõe reversão elétrica urgente como primeira escolha.

05. Paciente com injúria renal aguda por sepse evolui com oligúria, potássio de 6,3 mEq/L, pH 7,12 e edema pulmonar refratário. Apesar do tratamento clínico, mantém hipoxemia e instabilidade hemodinâmica. A equipe discute a indicação de terapia renal substitutiva. Qual alternativa está correta?

- A) Hipercalcemia refratária, acidose grave e sobrecarga volêmica com falha clínica constituem indicações clássicas de diálise. A decisão deve considerar urgência, risco iminente e falha das medidas conservadoras.
- B) A diálise só deve ser iniciada quando a ureia ultrapassar 200 mg/dL. Os critérios clínicos são secundários e não determinam início em UTI.
- C) A diálise deve ser evitada em sepse, porque piora a inflamação sistêmica e aumenta mortalidade. O melhor manejo é apenas restrição hídrica até recuperação espontânea.
- D) A terapia renal substitutiva está indicada apenas em insuficiência renal crônica. Na IRA, o tratamento dialítico não modifica desfecho.

06. Gestante de 34 semanas convulsiona e chega hipertensa grave, com cefaleia e escotomas. Após estabilização inicial, o quadro é altamente sugestivo de eclâmpsia. A equipe deve escolher a conduta prioritária para prevenir recorrência convulsiva e reduzir complicações maternas. Qual alternativa está correta?

- A) Fenitoína deve ser usada como primeira linha, pois é anticonvulsivante de amplo uso em neurologia. Seu perfil de segurança é superior ao magnésio em gestantes críticas.
- B) O sulfato de magnésio é a terapia de primeira linha na eclâmpsia. Seu uso reduz recorrência de convulsões e mortalidade materna.
- C) Benzodiazepínico contínuo por 48 horas deve ser mantido como estratégia principal. Essa conduta reduz recorrência convulsiva e melhora o prognóstico fetal.
- D) O controle pressórico isolado é suficiente na maioria dos casos. O uso de anticonvulsivante pode ser postergado se a PA diminuir adequadamente.

07. Paciente de 71 anos com pneumonia comunitária chega à UTI com lactato 4,6 mmol/L e PAM 54 mmHg após 30 mL/kg de cristalóide. Está confuso e com tempo de enchimento capilar lento, apesar de extremidades relativamente quentes. Neste caso a conduta imediata mais adequada é:

- A) Iniciar dobutamina como primeira droga e manter PAM baixa para evitar vasoconstrição. O choque séptico é sempre um quadro de baixo débito e deve ser tratado prioritariamente com inotrópico.
- B) Aumentar o volume para 60 mL/kg e reavaliar em 3 horas. A expansão volêmica adicional é sempre a melhor forma de restaurar perfusão em sepse.
- C) Iniciar noradrenalina titulada para PAM \geq 65 mmHg, com reavaliação dinâmica da perfusão. O volume e a necessidade de outras drogas devem ser ajustados conforme resposta clínica e hemodinâmica.
- D) Prescrever furosemida em bolus para reduzir edema intersticial e melhorar oxigenação. O vasopressor só deve ser considerado se a hipotensão persistir após diurese.

08. Paciente de 63 anos com dor torácica migratória e assimetria de pulsos apresenta dissecção aórtica tipo A. A PA é 210/120 mmHg e a FC 110 bpm. A equipe precisa reduzir rapidamente o estresse de cisalhamento antes



da cirurgia. Qual conduta está correta?

- A) Administrar vasodilatador primeiro para reduzir a pressão arterial rapidamente. O controle da frequência pode ser feito depois, sem impacto relevante na progressão da dissecação.
- B) Prescrever inotrópico para manter perfusão renal e evitar oligúria. O aumento do débito reduz o risco de ruptura por melhorar fluxo sistêmico.
- C) Iniciar anticoagulação plena para prevenir trombose do falso lúmen. A estabilização do trombo é parte do manejo pré-operatório.
- D) Iniciar betabloqueador para reduzir a frequência cardíaca e a velocidade de ejeção ventricular (dP/dt) e, se necessário, associar vasodilatador. Essa sequência reduz a força de cisalhamento e é a abordagem clássica inicial.

09. Paciente intubado por asma grave apresenta hipotensão, aumento das pressões de pico e hipercapnia. O ventilador mostra FR elevada, relação I:E inadequada e fluxo inspiratório baixo, sugerindo aprisionamento aéreo. A equipe precisa reduzir auto-PEEP e melhorar hemodinâmica. Qual alternativa está correta?

- A) Aumentar o volume corrente para 'abrir' as vias aéreas e reduzir resistência. Essa estratégia melhora retorno venoso e corrige hipotensão associada.
- B) Aumentar a frequência respiratória e reduzir o tempo expiratório para eliminar CO₂ mais rapidamente. Isso reduz hiperinsuflação por elevar a ventilação minuto.
- C) Reduzir a frequência respiratória, aumentar o fluxo inspiratório e prolongar a expiração, aceitando hipercapnia permissiva. Em casos de instabilidade por hiperinsuflação dinâmica, pode-se considerar desconexão breve do circuito.
- D) Elevar PEEP externa para valores altos sem titulação, igualando auto-PEEP. Essa medida sempre melhora mecânica ventilatória e hemodinâmica.

10. Paciente com dengue grave apresenta dor abdominal, aumento do hematócrito, plaquetopenia e sinais de choque. Evolui com extravasamento plasmático e risco de sobrecarga hídrica na fase de reabsorção. A equipe deve conduzir fluidos com reavaliação frequente. Qual alternativa está correta?

- A) Iniciar vasodilatador para reduzir extravasamento plasmático. A queda da pressão hidrostática reverte choque e reduz risco de derrames.
- B) Administrar diurético desde o início do choque para prevenir derrame pleural. O choque da dengue responde melhor a diurese precoce.
- C) Manter infusão contínua alta de cristalóide por 48 horas, independentemente de resposta clínica. A reposição agressiva é sempre segura.
- D) Usar reposição volêmica guiada por resposta clínica e hematócrito, evitando sobrecarga. Na fase de reabsorção, os fluidos devem ser reduzidos e a congestão tratada se necessário.

11. Mulher de 68 anos com sódio de 114 mEq/L apresenta convulsão e rebaixamento do sensorio. A suspeita é SIADH secundária à pneumonia. A equipe precisa corrigir sintomas sem induzir mielinólise pontina. Qual alternativa está correta?

- A) Tratar apenas com restrição hídrica por 48 horas. A convulsão deve ser controlada apenas com benzodiazepínico, sem correção específica do sódio.
- B) Prescrever diurético de alça isolado para elevar sódio rapidamente. A solução hipertônica deve ser evitada por risco cardiovascular.
- C) Administrar salina hipertônica em bolus para reverter sintomas neurológicos, elevando o sódio poucos mEq/L inicialmente. Em seguida, a correção deve ser lenta e monitorada para evitar sobrecorreção.



D) Corrigir rapidamente até sódio normal nas primeiras 6 horas. Essa normalização rápida elimina risco neurológico de forma definitiva.

12. Paciente com Hemorragia Subaracnoidea (HSA) aneurismática está em UTI após tratamento do aneurisma. Permanece euvolêmico, com PA controlada e sem sinais atuais de isquemia. O plantonista da unidade quer reduzir o risco de vasoespasmos e isquemia cerebral tardia. Qual alternativa está correta?

A) Prescrever nimodipino e monitorar o estado neurológico e a perfusão cerebral, mantendo euvolemia. O vasoespasmos deve ser tratado conforme protocolos específicos se surgirem sinais clínicos ou evidências objetivas.

B) Manter hipovolemia para reduzir pressão intracraniana. O uso de qualquer droga vasoativa cerebral deve ser evitado.

C) Iniciar heparina plena de rotina para prevenir vasoespasmos. A anticoagulação é parte do manejo profilático padrão.

D) Administrar corticoide em altas doses de forma rotineira. O benefício anti-inflamatório é suficiente para prevenir isquemia tardia.

13. Paciente com choque refratário, hiponatremia e hipercalemia, em uso crônico de prednisona suspensa recentemente, não responde de modo adequado à reposição volêmica e à noradrenalina. Há a suspeita de insuficiência adrenal aguda. Neste caso, assinale a alternativa correta:

A) Prescrever levotiroxina EV como terapia principal. A reposição tireoidiana é a medida central em todo choque refratário de origem endócrina.

B) Aguardar cortisol basal e teste de ACTH antes de qualquer terapia. O tratamento empírico deve ser evitado para não mascarar diagnóstico.

C) Administrar hidrocortisona EV em dose de estresse imediatamente, com reavaliação clínica posterior. A confirmação laboratorial pode ser feita depois, se o paciente estabilizar.

D) Administrar apenas fludrocortisona, pois a reposição mineralocorticoide isolada costuma ser suficiente. O uso de glicocorticoide aumenta risco de hiperglicemia.

14. Trabalhador rural chega com miose, broncorreia, bradicardia, fasciculações e insuficiência respiratória iminente. Há história de exposição a pesticida em pulverização. A equipe da unidade de terapia intensiva precisa instituir antídotos e suporte imediatamente. Qual alternativa está correta?

A) Administrar atropina titulada até controle de secreções e broncoespasmo, associando pralidoxima e suporte ventilatório. O tratamento é guiado pela clínica e pode exigir doses repetidas.

B) Administrar naloxona e observar resposta. Se houver melhora, confirmar intoxicação opioide e dar alta.

C) Administrar flumazenil para reverter depressão do SNC. O despertar rápido confirma o diagnóstico e encerra o tratamento.

D) Prescrever apenas hidratação venosa e antiemético. A síndrome colinérgica costuma regredir espontaneamente em poucas horas.

15. Paciente politraumatizado ventilado apresenta dor intensa e taquicardia, apesar de sedação leve. Há risco de delírium e hipotensão caso a sedação seja intensificada indiscriminadamente. Com o objetivo de melhorar analgesia e reduzir eventos adversos, qual a alternativa correta?

A) Evitar opioide e utilizar apenas dipirona, pois opioides são sempre contraindicados na UTI.

B) Administrar bloqueador neuromuscular para impedir manifestação motora da dor. A paralisia substitui de



forma segura a necessidade de analgesia.

C) Aumentar apenas benzodiazepínico para 'acalmar' o paciente. Essa estratégia trata a dor de forma indireta e reduz delirium.

D) Priorizar analgesia com opioide titulado, associando abordagem multimodal e metas de sedação leve. Essa estratégia reduz delirium e melhora segurança do desmame e da mobilização.

16. Paciente de 24 anos, diabético tipo 1, chega à UTI com vômitos, dor abdominal, respiração de Kussmaul, glicemia de 540 mg/dL e cetonemia positiva. Está desidratado, taquicárdico e com PA limítrofe, mas sem choque franco. A equipe discute qual medida deve ser priorizada logo após a avaliação inicial e coleta laboratorial. Qual alternativa está correta?

A) Iniciar bicarbonato de sódio imediatamente, independentemente do pH. A reposição volêmica pode ser feita depois, quando o pH estiver mais próximo do normal.

B) Prescrever solução glicosada a 5% logo na admissão, porque a glicemia cairá rapidamente com hidratação. A glicose precoce previne hipoglicemia induzida por tratamento.

C) Administrar insulina em bolus antes de qualquer volume. A expansão volêmica inicial pode agravar acidose por diluição do bicarbonato.

D) Iniciar reposição volêmica com cristalóide isotônico, porque a expansão intravascular precoce corrige hipoperfusão e auxilia na redução da glicose. A insulina será fundamental, mas a hidratação vem primeiro na maioria dos casos.

17. Paciente com pancreatite aguda grave apresenta necrose pancreática à tomografia, sem sinais objetivos de infecção. Está com febre baixa, mas sem gás em necrose, sem choque séptico e com hemoculturas negativas. O chefe de equipe da UTI debate iniciar antibiótico profilático. Qual alternativa está correta?

A) Antibiótico profilático está indicado em toda necrose pancreática, porque reduz mortalidade e abscesso. O ideal é iniciar ainda na admissão.

B) Febre baixa já confirma infecção da necrose. O antibiótico deve ser mantido por pelo menos 14 dias independentemente da evolução clínica.

C) Antibiótico profilático de rotina não é recomendado em necrose pancreática estéril. O antimicrobiano deve ser reservado à suspeita ou confirmação de infecção.

D) Antifúngico profilático é obrigatório em toda pancreatite necrosante. Essa medida previne colonização da necrose por Candida.

18. Homem de 36 anos chega à emergência com febre, cefaleia intensa, rigidez de nuca e rebaixamento do sensório. A tomografia está em andamento porque há dúvida sobre hipertensão intracraniana, mas a suspeita clínica de meningite bacteriana é alta. O plantonista discute aguardar punção lombar e imagem antes de iniciar antibiótico. Neste caso, assinale a alternativa correta:

A) O tratamento pode ser adiado até avaliação especializada, se o paciente estiver hemodinamicamente estável. A antibioticoterapia precoce não muda desfechos.

B) O uso de corticoide torna desnecessário o antibiótico nas primeiras horas. A dexametasona isolada controla a doença.

C) É obrigatório aguardar líquido em todos os casos, porque antibiótico prévio inviabiliza diagnóstico microbiológico.

D) O antibiótico deve ser iniciado prontamente quando a suspeita clínica é forte, sem atraso desnecessário por exames. A coleta de culturas e procedimentos deve ser organizada sem comprometer o tempo terapêutico.

19. Paciente de 28 anos dá entrada após colisão automobilística, Glasgow 6, anisocoria e sinais de possível hipertensão intracraniana. Está hipoxêmico, agitado e com PA em limite inferior. A equipe precisa priorizar medidas iniciais que protejam o cérebro secundariamente. Qual alternativa é a mais adequada?

- A) Suspender sedação e analgesia para observar melhor a evolução pupilar. A avaliação neurológica contínua deve prevalecer sobre conforto e proteção fisiológica.
- B) Induzir hiperventilação profunda e prolongada para todos os pacientes com TCE grave. Essa estratégia reduz pressão intracraniana sem efeitos deletérios sobre perfusão cerebral.
- C) Administrar glicose hipertônica como terapia padrão inicial. A hiperglicemia é protetora no trauma craniano grave.
- D) Priorizar prevenção de hipóxia e hipotensão, com via aérea definitiva e estabilização hemodinâmica. Essas medidas reduzem lesão secundária e antecedem decisões neurológicas mais complexas.

20. Paciente idoso em falência multiorgânica refratária tem prognóstico extremamente limitado, sem resposta a suporte avançado. A família solicita medidas máximas 'até o fim', mas a equipe identifica futilidade e risco de distanásia. Não há diretivas antecipadas documentadas, e o paciente está incapaz. Qual alternativa é mais adequada?

- A) Transferir o paciente para outro serviço e encerrar acompanhamento. Essa estratégia elimina responsabilidade ética da equipe.
- B) Suspender suporte imediatamente sem diálogo, por decisão unilateral. A família não deve ser informada para reduzir sofrimento emocional.
- C) Manter toda escalada terapêutica indefinidamente, pois desejo familiar é absoluto. A equipe não deve discutir proporcionalidade para evitar conflito.
- D) Realizar comunicação estruturada, esclarecer prognóstico e propor plano de cuidados proporcional, documentando decisão compartilhada. Evitar obstinação terapêutica é compatível com ética médica e boa prática clínica.