



PROVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

**MEDICINA DE**  
**EMERGENCIA**

2 0 2 5

**Caderno de Questões**

[www.abramede.com.br](http://www.abramede.com.br)



PROVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

# MEDICINA DE EMERGENCIA

2 0 2 5

## Instruções

---

- 1.Você está recebendo uma prova que consta de 100 (cem) questões tipo múltipla escolha.
- 2.O Caderno de Questões está numerado sequencialmente, totalizando 42 páginas, sendo que a questão de número 100 terminará na página 40.
- 3.Você está recebendo também 1 (um) Cartão Resposta que não será substituído sob qualquer hipótese. Por isso, antes de assiná-lo, verifique se o seu nome e código de inscrição estão corretos.
- 4.Para responder, deve-se preencher totalmente o espaço usando somente caneta azul ou preta, conforme modelo que consta no próprio Cartão Resposta.
- 5.Não rasure seu Cartão Resposta. Antes de assinalar uma alternativa, certifique-se de que corresponde à opção desejada.
- 6.Somente serão permitidas perguntas relacionadas a eventuais erros gráficos do Caderno de Questões e essas dúvidas deverão ser dirigidas ao fiscal da prova. Não serão aceitas perguntas sobre o conteúdo das questões.
- 7.Ao término da prova, não esqueça de devolver o Caderno de Questões e o Cartão Resposta.
- 8.A prova tem duração de 5 (cinco) horas, incluindo o tempo para preenchimento do Cartão Resposta.

1. Paciente de 33 anos, previamente hígido, é admitido no Departamento de Emergência após ter feito uso de 10 “carreiras” de cocaína nas últimas 2 horas. Apresenta-se em agitação psicomotora importante, agredindo os profissionais de saúde e com sudorese profusa; com taquicardia em ritmo sinusal com frequência cardíaca de 138 bpm, pressão arterial de 180 × 70 mmHg, frequência respiratória de 28 irpm, sem uso de musculatura acessória, saturação periférica de oxigênio de difícil aferição devido à agitação psicomotora e acesso venoso garantido; temperatura axilar de 39,8 °C. A equipe opta por indicar intubação em sequência rápida. Sobre o manejo do quadro, marque a alternativa correta:

- a) O uso da cetamina é absolutamente contraindicado.
- b) O uso de esmolol por via endovenosa como pré-otimização deve ser preconizado.
- c) Succinilcolina é a medicação de escolha como bloqueador neuromuscular.
- d) Deve-se priorizar o controle da temperatura com benzodiazepínicos na pré-otimização.

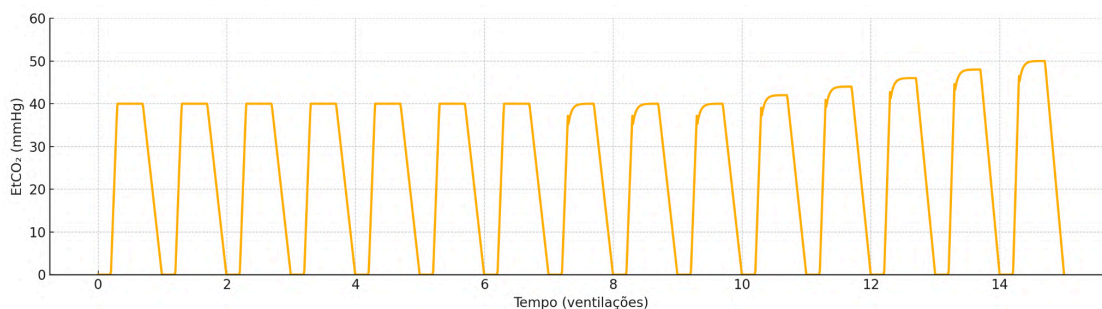
2. Paciente de 36 anos, em sua 35ª semana de gestação, com relato de crise convulsiva tônico-clônica generalizada em domicílio com cerca de 2 minutos de duração, é admitida com rebaixamento importante do nível de consciência há cerca de 2 horas, irresponsiva a estímulos verbais e com retirada inespecífica aos estímulos dolorosos. Além disso, apresentava-se com respiração ruidosa, secreção em orofaringe e pupilas pouco reativas. Suas extremidades eram quentes; tinha pressão arterial de 170 × 110 mmHg, com frequência cardíaca de 115 bpm, frequência respiratória de 22 irpm, saturação periférica de oxigênio de 92% em máscara não reinalante 10L/minuto. Abdome globoso, com útero gravídico acima da cicatriz umbilical, normotônico, sem contrações efetivas e sem sangramento transvaginal ou perda de líquido. Marque a alternativa correta em relação à indicação de manejo de via aérea no caso descrito:

- a) Intubação orotraqueal em sequência rápida deve ser optada com utilização de succinilcolina como bloqueador neuromuscular.
- b) A infusão de sulfato de magnésio deve ser postergada até a fase pós-intubação orotraqueal, assim como a infusão de hidralazina por via endovenosa.
- c) Intubação acordado é a técnica de escolha nessa paciente associada a uma pré-oxigenação otimizada.
- d) Dispositivos supraglóticos de primeira geração devem ser escolhidos, caso haja dificuldade de ventilação com bolsa-válvula-máscara.

3. Considerando as intensas frentes frias e enchentes que atingiram o Rio Grande do Sul em maio de 2024 e levando em conta a vulnerabilidade das áreas afetadas pelas enchentes, marque a alternativa verdadeira, em relação à hipotermia acidental:

- a) Em pacientes com hipotermia grau I, deve-se suspender a ingestão de líquidos e alimentos, pelo risco de arritmias e instabilidade hemodinâmica associadas à condição.
- b) A principal estratégia de aquecimento para pacientes com hipotermia leve é o banho de ducha quente, para reaquecimento inicial.
- c) Em pacientes com temperatura central < 30°C e parada cardiorrespiratória por ritmo chocável, deve-se aplicar apenas um choque até o reaquecimento acima dessa temperatura.
- d) Achados como pupilas fixas e dilatadas, *rigor mortis* aparente ou *livedo reticularis* contraindicam a ressuscitação cardiopulmonar.

4. Avaliando a curva de capnografia, assinale a alternativa que define a melhor conduta conforme o que está ocorrendo.



- Otimizar a sedação e a analgesia, pois o paciente iniciou ventilações espontâneas.
- Iniciar broncodilatadores inalatórios, pois se trata de um broncoespasmo.
- Reposicionamento do tubo; trata-se de uma seletivação do tubo.
- Aspiração do tubo; trata-se de uma rolha e obstrução total do dióxido de carbono expirado no fim da expiração.

5. Homem de 54 anos, com história conhecida de etilismo crônico, é levado ao Departamento de Emergência após ferimento por arma branca durante briga em bar. Está consciente e hemodinamicamente estável. Ao exame físico, apresenta telangiectasias, ginecomastia e abdome globoso com circulação colateral, percussão maciça em flancos e sem sinais de irritação peritoneal. Ferimento de 2 cm em sétimo espaço intercostal anterior esquerdo. A avaliação com ultrassom demonstra presença de líquido anecóico difuso na cavidade abdominal, deslizamento pleural bilateral e derrame pleural bibasal. Com base nesse caso, assinale a conduta mais apropriada:

- Realizar exploração local digital.
- Realizar lavado peritoneal diagnóstico.
- Realizar drenagem torácica em selo d'água.
- Encaminhar para tomografia de tórax e abdome com contraste.

6. Homem de 70 anos, tabagista, é admitido após queda de escada com dor torácica intensa e dispneia. Ao exame: consciente, frequência respiratória de 26 irpm, saturação de oxigênio de 92% em ar ambiente, frequência cardíaca de 108 bpm, pressão arterial de 135×80 mmHg. A tomografia computadorizada de tórax evidencia fraturas múltiplas dos arcos costais de 4° a 8° em dois pontos cada, com pneumotórax laminar. Gasometria arterial: pH de 7,38; pressão parcial de dióxido de carbono de 44 mmHg; pressão parcial de oxigênio de 68 mmHg em ar ambiente. O manejo mais adequado neste momento é:

- Intubação orotraqueal precoce e ventilação mecânica invasiva, indicadas por risco iminente de falência ventilatória, decorrente do movimento paradoxal.
- Oxigenoterapia e administração de opioides endovenosos, associados a bloqueio interescalênico, devido à contraindicação à fisioterapia e pela ausência de risco de paralisia diafragmática dessa abordagem.
- Analgesia multimodal com associação de bloqueio do plano eretor da espinha e analgesia sistêmica, suporte de oxigênio e fisioterapia.
- Início de ventilação não invasiva para estabilizar a parede torácica, associada à analgesia venosa de resgate (opioides com *Patient-Controlled Analgesia* [PCA]), por ter superioridade analgésica em relação a bloqueios.

7. Paciente de 45 anos com sequela de acidente vascular cerebral isquêmico ocorrido há 6 meses, portadora de traqueostomia e gastrostomia. Após estabilização por quadro de pneumonia grave, com necessidade de sedação e conexão à ventilação mecânica, há um problema com a conexão do ventilador mecânico de transporte, durante a desconexão e reconexão, na transferência entre macas. Ela começa a apresentar um sangramento vivo intenso vindo da traqueostomia. A cânula é retirada acidentalmente durante a tentativa de iniciar a aspiração da via aérea, demonstrando sangramento pulsátil vindo do óstio da traqueostomia. Qual principal hipótese diagnóstica e principais medidas?

- a) Hemoptise brônquica de origem infecciosa; intubação orotraqueal, seletivando o tubo.
- b) Fístula traqueo-inomada; reposicionar a cânula de traqueostomia e hiperinsuflar o balonete lentamente, até 50 mL.
- c) Falso trajeto da cânula traqueal; solicitar avaliação da equipe da cirurgia geral.
- d) Fístula traqueoesofágica; realizar endoscopia digestiva alta.

8. Sobre o uso do fentanil na sequência rápida de intubação:

- a) O seu uso está contraindicado em toda a sequência rápida de intubação.
- b) Doses elevadas de fentanil estão associadas com a rigidez torácica.
- c) A indicação do fentanil é a analgesia durante a laringoscopia.
- d) O fentanil deve ser administrado rapidamente para prevenção de eventos adversos.

9. Um paciente de 45 anos chega ao Departamento de Emergência hospitalar relatando que, após tratamento dentário, teve “inchaço” importante e dor no pescoço. Chega em insuficiência respiratória franca, com edema cervical importante, especialmente à direita. É tomada a decisão de abordar a via aérea imediatamente. Sobre isso, assinale a alternativa correta:

- a) A cricotireoidostomia como estratégia primária deve ser considerada nesse caso.
- b) A abordagem com fibroscopia com o paciente acordado é recomendada nesse caso.
- c) É imprescindível a utilização do ultrassom *point-of-care* para correta localização da membrana cricotireoidea.
- d) Na falha de intubação orotraqueal, ao realizar cricotireoidostomia como resgate, a incisão mediana deve ter 4 a 5 cm a partir da cartilagem tireoidea.

10. Homem de 42 anos, morador da zona rural de Rondônia, portador de paracoccidiodomicose, admitido no Departamento de Emergência apresentando quadro de dor abdominal, confusão mental e hipotensão. Refere história de fadiga, fraqueza, anorexia, náuseas e episódios de diarreia há 2 meses. Ao exame físico, febril (38,3°C), com glicemia capilar de 120 mg/dL, hiperpigmentação em lábio e pressão arterial de 85 × 60 mmHg a despeito de administração de 3 L de solução cristalóide. Queixa-se de vertigem durante a avaliação dos sinais vitais na posição ortostática. A avaliação laboratorial revela Na<sup>+</sup> 130 mEq/L e K<sup>+</sup> 5,3 mEq/L. Assinale a alternativa correta:

- a) O início do tratamento requer confirmação laboratorial.
- b) A combinação de noradrenalina e dobutamina está indicada.
- c) A administração de corticoide endovenosa é mandatória.
- d) Administrar novos bolus de cristalóides.

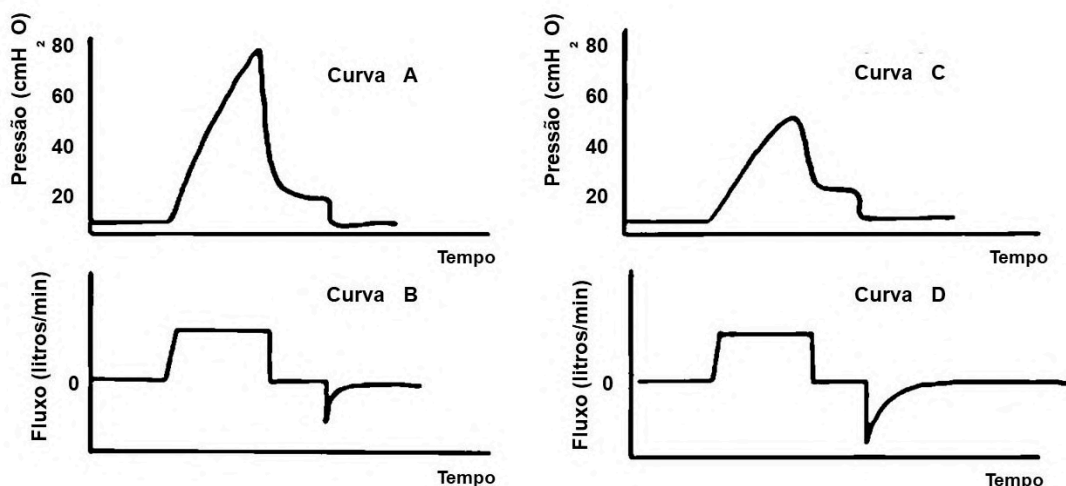
11. Criança previamente hígida, com quadro súbito de rebaixamento do nível de consciência, bradicardia, sudorese e vômitos; com leucocitose, hiperglicemia, disfunção de ventrículo esquerdo e presença de linhas B bibasais ao ultrassom *point-of-care* se associam mais provavelmente a qual dos diagnósticos a seguir:

- a) Cetoacidose diabética.
- b) Intoxicação por descongestionante nasal.
- c) Escorpionismo grave.
- d) Dengue grave.

12. O serviço aeromédico serve para atender e/ou transportar pacientes e tem diversas particularidades, seja em relação à formação da equipe, ao cuidado com o paciente ou ao voo em si. Sobre esse assunto, assinale a alternativa correta:

- a) Ambulâncias tipo E sempre são consideradas de Suporte Avançado.
- b) As alterações de pressão geralmente são muito significativas no voo de helicóptero.
- c) O conhecimento de procedimentos de emergência em voo é incentivado, ficando o treinamento a critério da unidade aérea.
- d) O diferencial do serviço aeromédico é a velocidade; portanto, intervenções devem ser realizadas preferencialmente a bordo da aeronave, durante o deslocamento.

13. O gráfico a seguir mostra as curvas de ventilação mecânica de um paciente admitido no Departamento de Emergência com dispnéia e sibilância. As curvas A e C representam a curva de pressão em função do tempo, e as curvas B e D representam a curva de fluxo em função do tempo, em distintos momentos de sua evolução clínica. Assinale a alternativa correta:



- a) Trata-se de um paciente com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica, em modo assisto-controlada à pressão.
- b) Na curva D, ocorre o fenômeno de *auto-PEEP*.
- c) Na curva C, ocorre uma pausa expiratória.
- d) Na curva A, a resistência de vias aéreas está aumentada.

**14.** Você está ventilando um paciente do sexo masculino, de 1,74 m de altura, com sepse pulmonar no Departamento de Emergência. O paciente está sedado em RASS -5, bem acoplado à ventilação mecânica em ventilação controlada a volume, com volume corrente de 420 mL, pressão expiratória positiva final de 8 cmH<sub>2</sub>O, pressão de pico de 35 cmH<sub>2</sub>O, pressão de platô de 32 cmH<sub>2</sub>O, frequência respiratória de 20 irpm, fluxo de 60 L/minuto, fração inspirada de oxigênio de 50%, com gasometria arterial com pH de 7,22/ pressão parcial de dióxido de carbono de 46 mmHg/ oxigênio de 75 mmHg/ saturação periférica de oxigênio de 93%/ HCO<sub>3</sub> de 16 mEq/L/ Lactato 4.2 mmol/L. O fisioterapeuta fez as manobras de titulação de pressão expiratória positiva final com 50% de fração inspirada de oxigênio. Durante as manobras, a pressão arterial manteve-se constante em 120 × 80 mmHg à custa de norepinefrina a 0,1 mcg/kg/minuto. Escolha a melhor estratégia de ventilação para o caso:

	<b>Volume corrente (mL)</b>	<b>Pressão expiratória positiva final</b>	<b>Driving pressure</b>	<b>SpO2 (%)</b>
a)	420	10	18	100
b)	420	12	15	96
c)	420	14	12	96
d)	420	16	12	94

**15.** Em relação ao uso da ventilação não invasiva em diferentes cenários clínicos, assinale a alternativa que apresenta indicação apropriada e o modo ventilatório corretamente selecionado:

- Paciente com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica, acidose respiratória e comprometimento do nível de consciência; indicada ventilação não invasiva em pressão positiva contínua na via aérea, com pressão positiva inspiratória nas vias aéreas e pressão expiratória positiva nas vias aéreas não ajustáveis.
- Em paciente com insuficiência respiratória hipoxêmica secundária à pneumonia extensa, a ventilação não invasiva no modo pressão positiva aérea em dois níveis demonstrou menor necessidade de intubação e necessidade de suporte intensivo.
- Paciente com insuficiência respiratória aguda em edema agudo pulmonar cardiogênico, sem hipercapnia; a ventilação não invasiva em pressão positiva contínua na via aérea, com ajuste progressivo de fração inspirada de oxigênio, é indicada.
- Paciente com crise asmática grave, hipoxemia moderada e taquipneia intensa; é indicada ventilação não invasiva em pressão positiva contínua na via aérea com pressão expiratória positiva final elevada, para reduzir trabalho respiratório e promover recrutamento alveolar.

**16.** Homem de 36 anos é retirado de incêndio em ambiente fechado após longa tentativa de acesso por equipe de resgate; chega ao hospital referindo cefaléia e vômito. Tem fuligem nasal, FR de 22 irpm, FC de 102 bpm, PA de 125 × 80 mmHg e SpO2 de 99% em ar ambiente.

Dentre as opções qual a conduta inicial mais apropriada?

- Iniciar o oxigênio a 100% com máscara não reinalante e solicitar carboxi-hemoglobina arterial.
- Aguardar gasometria arterial antes de iniciar qualquer terapia.
- Iniciar a oxigenoterapia apenas se a saturação cair abaixo de 94%, pelo risco de carbonarrose.
- Observar clinicamente e repetir a oximetria seriada, pois não há sinais de insuficiência respiratória ou instabilidade.

**17.** Paciente de 45 anos, vítima de queda de andaime. Trauma contuso, localizado em hemitórax à direita, provocando fraturas de sete arcos costais (3º ao 9º), alinhadas, ipsilateral ao trauma. A tomografia de tórax inicial não evidenciou hemotórax ou pneumotórax, e o paciente recebeu alta com analgesia potente. Cinco dias após, retorna ao Departamento de Emergência com quadro de taquidispneia, febre (39°C), hipóxia (saturação periférica de oxigênio de 88% em ar ambiente), taquicardia (frequência cardíaca de 135 bpm) e hipotensão (pressão arterial de 70 × 35 mmHg). Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Choque hipovolêmico por hemorragia oculta, não identificada no atendimento inicial.
- b) Choque obstrutivo por pneumotórax hipertensivo de desenvolvimento tardio.
- c) Choque séptico secundário à pneumonia, complicação do trauma torácico contuso.
- d) Choque cardiogênico por disfunção miocárdica tardia secundária à contusão cardíaca.

**18.** Durante uma expedição ao Aconcágua (mais alta montanha da América Latina), um homem de 34 anos, previamente hígido, apresenta fadiga intensa, ataxia de marcha e confusão mental progressiva no terceiro dia após atingir 4.800 m de altitude. A equipe de resgate observa hipoxemia à oximetria de pulso, sem alterações à ausculta pulmonar. Considerando os mecanismos fisiopatológicos da altitude, qual das abordagens está corretamente indicada para esse paciente?

- a) Iniciar acetazolamida oral imediatamente e manter observação na mesma altitude por 24 horas antes de iniciar a descida.
- b) Administrar furosemida intravenosa para redução do edema cerebral e, portanto, redução da pressão intracraniana.
- c) Manter o paciente em repouso absoluto na mesma altitude, hidratação venosa e observação clínica por 48 horas, iniciando a descida apenas se houver piora clínica evidente.
- d) Iniciar dexametasona e oxigênio suplementar imediatamente e proceder à descida, mesmo que apenas parcial, com o menor esforço físico possível.

**19.** Paciente de 21 anos, sexo masculino, é admitido 30 minutos após ter sido vítima de acidente automobilístico em um centro de trauma nível I. O paciente era o motorista de carro e sofreu impacto do tronco sobre a direção após uma colisão frontal em uma avenida. Ele não usava cinto de segurança. Em avaliação inicial: fala frases desconexas, frequência respiratória de 22 irpm, saturação periférica de oxigênio de 96% em ar ambiente, AR: MV+, SRA, não utilizada musculatura acessória, frequência cardíaca de 104 bpm, pressão arterial de 110 × 64 mmHg. Com membros quentes, negava dor abdominal; sua pelve era estável. A equipe optou por realizar o toque retal, que não descreveu presença de sangue ou fragmentos ósseos. Escala de coma de Glasgow em 12 (AO3 RV4 RM5). Em ectoscopia: ele apresenta estigmas de trauma em abdome e membro superior esquerdo, queixando-se de dor em ombro esquerdo. Sobre a indicação de realização de exames de imagem neste paciente, marque a alternativa correta:

- a) Raio X de tórax e de pelve são os exames iniciais de escolha.
- b) Tomografia de abdome com contraste e raios X de membro superior esquerdo estão indicados.
- c) Angiotomografia de crânio é o exame de escolha nesse contexto.
- d) Tomografia de abdome com contraste oral é o exame de escolha.

**20.** A ouvidoria de um serviço de atendimento pré-hospitalar de emergência recebe uma reclamação oriunda de um serviço hospitalar, dizendo que o médico regulador negou o envio de uma viatura para realizar o transporte de um paciente internado para a realização de exame complementar externo, visto que a instituição não contava com aquele exame, e houve recusa do serviço de referência em receber o paciente. A reclamação também critica o atendimento do médico regulador, dizendo que ele foi grosseiro e desrespeitoso com o solicitante. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta:

- a) Caso a instituição disponha de Comissão de Ética e Comissão de Prontuários, ambas podem auxiliar na apuração da conduta do médico regulador.
- b) Para sua defesa, o médico regulador conta apenas com os dados contidos no prontuário preenchidos por ele e, eventualmente, com alguma testemunha.
- c) O médico regulador poderia ter utilizado o recurso de “vaga zero” para realizar a transferência do paciente para local com os recursos necessários, caso o atraso na realização do exame gerasse risco de morte.
- d) O médico regulador pode ser responsabilizado, pois o serviço pré-hospitalar móvel de emergência deve respeitar o princípio da integralidade, sendo utilizado para realizar exames complementares conforme a necessidade da rede.

**21.** Quanto ao manejo do traumatismo cranioencefálico:

- a) Em pacientes vítimas de politrauma associado ao traumatismo cranioencefálico, a hipotensão permissiva é uma estratégia de escolha durante o manejo hemodinâmico.
- b) O uso de succinilcolina é contraindicado na intubação do paciente com traumatismo cranioencefálico, devido ao aumento da pressão intracraniana causado pelas fasciculações.
- c) A profilaxia anticonvulsivante está indicada para pacientes de alto risco, reduzindo o risco de convulsões, tanto na fase aguda (primeiros 7 dias após o trauma) quanto nas crises tardias.
- d) Febre e hipertermia estão associadas a piores desfechos no traumatismo cranioencefálico. O controle pode ser feito com antipiréticos e/ou métodos físicos de resfriamento.

**22.** Paciente do sexo feminino, 20 anos, encontrada desacordada em ambiente de trabalho. Apresenta-se torporosa, em choque (pressão arterial de 70 × 50 mmHg, frequência cardíaca de 135 bpm, pulso filiforme, sudorese fria). Glicemia capilar em 98 mg/dL. Foi realizado ultrassom *point-of-care* com técnica do protocolo RUSH. Marque a alternativa correta de acordo com o contexto, os achados ultrassonográficos e o tipo de choque:

- a) A presença de sinal de McConnell em mulher em idade fértil com ventrículo esquerdo hiperdinâmico sugere choque hemorrágico.
- b) Pulmão com presença de *lung-sliding*, relação ventrículo direito/esquerdo preservada e veia cava inferior com colapsabilidade > 50% inferem choque obstrutivo por pneumotórax.
- c) Presença de imagem anecoica em espaço de Morrison, pulmões com padrão de linhas “A” e ventrículo esquerdo hiperdinâmico, nesse contexto, denotam um choque hipovolêmico, possivelmente hemorrágico.
- d) Colapso sistólico do ventrículo direito, colapso diastólico do átrio direito e veia cava inferior > 2 cm sem colapsabilidade denotam choque obstrutivo por embolia pulmonar.

**23.** Paciente de 34 anos, previamente hígido, é admitido na sala de trauma após acidente de motocicleta. Está consciente, com escala de coma de Glasgow 15, queixa-se de perda de força e sensibilidade abaixo do nível mamilar. Ao exame: PA de 72 × 40 mmHg, FC de 46 bpm, SpO2 de 98% em AA, pele seca e quente. Não há sinais de hemorragias externas ou distensão abdominal. E-FAST corresponde à imagem a seguir. Raio X de coluna torácica evidencia fratura-luxação em T2.

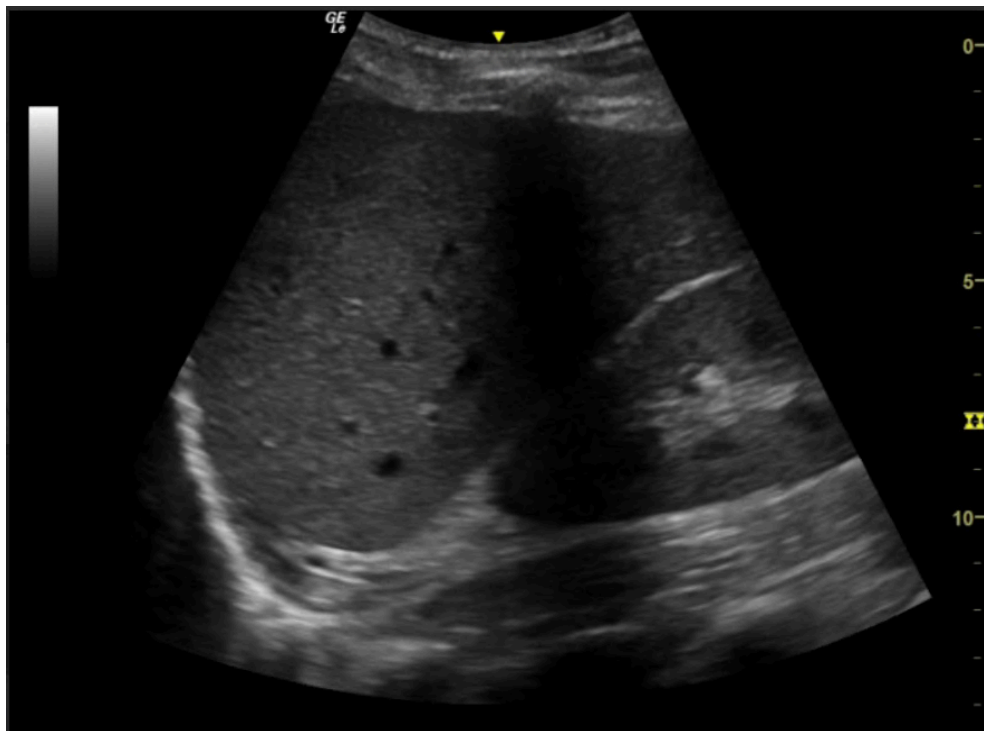


Imagem do E-FAST: janela quadrante superior direito.

Com base no caso, assinale a alternativa correta:

- a) A presença de hipotensão e bradicardia torna o diagnóstico de choque hipovolêmico improvável, sendo conduta obrigatória iniciar vasopressores imediatamente, evitando a administração de fluidos.
- b) A fratura de coluna torácica alta indica risco de choque medular, com predomínio de hipertonia simpática e vasoconstricção periférica.
- c) A hipotensão num paciente politraumatizado nunca deve ser interpretada inicialmente como choque neurogênico até que o componente oculto de hipovolemia e hemorragia sejam totalmente excluídos.
- d) A fisiopatologia do choque neurogênico envolve estímulo vagal excessivo por lesão medular, devendo ele ser tratado prioritariamente com atropina e restrição de fluido.

**24.** A síndrome compartimental é uma complicação grave das lesões de extremidades. O atraso no tratamento em poucas horas pode levar a dano muscular e neuronal permanente. Sobre esse tema, qual resposta está correta?

- a) O primeiro sinal clínico presente é a parestesia, seguida da dor e da paralisia.
- b) Um dos sinais de maior sensibilidade para o diagnóstico é a piora da dor devido à mobilização passiva do membro.
- c) O diagnóstico é clínico, porém, para a tomada de conduta cirúrgica, deve-se esperar exames laboratoriais, como a dosagem de creatinofosfoquinase.
- d) O diagnóstico é clínico, exames laboratoriais devem ser solicitados para quantificar a extensão da lesão e evolução para rabdomiólise.

**25.** Sobre o manejo de dor oncológica, qual das seguintes afirmações melhor descreve o conceito de “dor total” e sua implicação no tratamento da dor em pacientes com câncer?

- a) A dor total refere-se à intensidade da dor física experimentada pelo paciente oncológico, sendo o alívio desse componente o único objetivo do tratamento eficaz.
- b) O conceito de dor total engloba as dimensões física, emocional, social e espiritual da dor, reconhecendo a complexidade da experiência dolorosa e a necessidade de uma abordagem interdisciplinar para o alívio completo do sofrimento do paciente.
- c) A dor total é um termo utilizado para descrever a tolerância aos opioides, indicando que o paciente atingiu o máximo de alívio possível com a medicação otimizada.
- d) O tratamento da dor total em um ambiente de emergência prioriza a administração de opioides fortes por via intravenosa, independentemente da causa ou do tipo da dor, com o objetivo de garantir o controle rápido do sintoma.

**26.** Paciente de 68 anos, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrilação atrial, internado por hemorragia digestiva alta. Recebe três unidades de concentrado de hemácias em 6 horas. Durante a última unidade, evolui com dispneia súbita, hipoxemia (saturação de oxigênio 83%), crepitações bibasais e infiltrado bilateral ao raio X. Pressão arterial 100 × 65 mmHg, temperatura 38,3°C. BNP: 180 pg/mL. Sem turgência jugular ou edema periférico. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) TRALI; suspender transfusão e fornecer suporte ventilatório.
- b) TACO; suspender transfusão e administrar diurético por via endovenosa.
- c) Reação anafilática; suspender transfusão e administrar adrenalina intramuscular.
- d) Sepses associada à transfusão; suspender transfusão e iniciar antibióticos.

**27.** Ao longo do último ano, foram registrados diversos casos de intoxicação grave por arsênio, relacionados à presença intencional da substância em alimentos. Sobre esse tema, assinale V ou F nas afirmações a seguir e, ao final, marque a alternativa que apresenta, na ordem correta, as respostas:

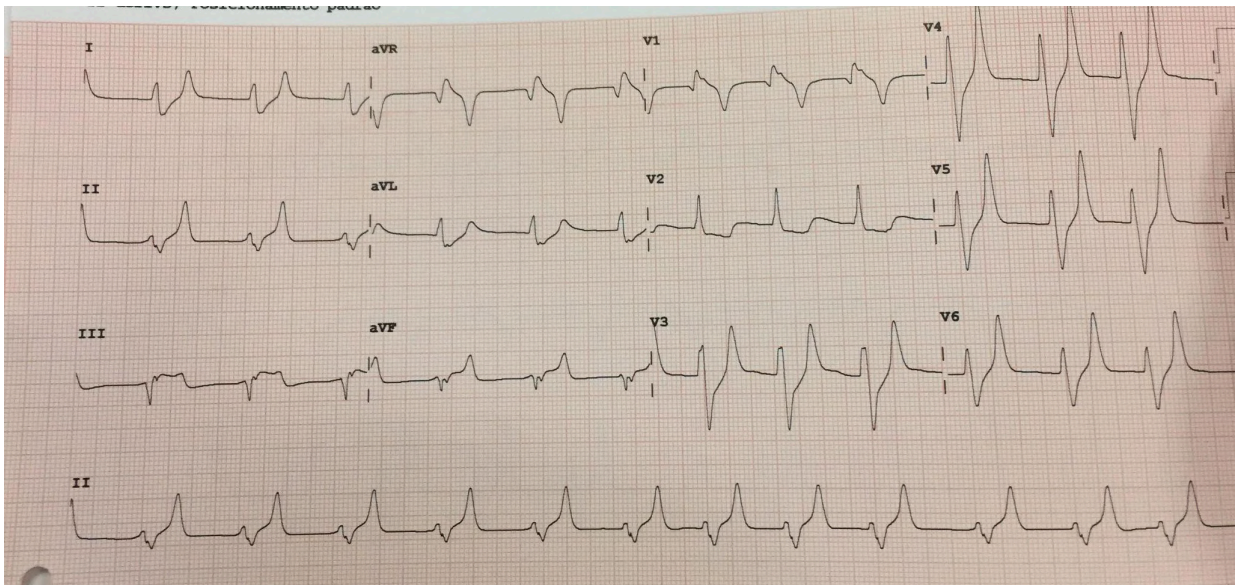
- ( ) A intoxicação por ingestão de arsênio causa quadro clínico semelhante ao cólera, com diarreia com aspecto de “água de arroz”.
- ( ) Em caso de suspeita de intoxicação por arsênio, a terapia de quelação não deve ser iniciada nos pacientes sintomáticos até que haja comprovação laboratorial.
- ( ) A irrigação intestinal com polietilenoglicol é uma alternativa para acelerar a eliminação da substância, já que o carvão não tem eficácia bem estabelecida.
- ( ) Durante o manejo, há indicação de realização de raio X de abdome, no intuito de visualizar material radiopaco. A não visualização exclui a intoxicação.
- ( ) As alterações eletrocardiográficas mais comuns são alargamento do QT e arritmias, principalmente *torsados de pontes* e fenômeno de ondas T e U alternantes.
  - a) V-V-V-F-F.
  - b) V-F-V-F-V.
  - c) F-V-V-F-V.
  - d) F-F-F-V-V.

28. Assinale a alternativa correta quanto às miopericardites:

- A ausência de alterações segmentares na avaliação ecocardiográfica à beira do leito afasta a possibilidade de síndrome coronariana aguda, corroborando para o diagnóstico de miopericardite.
- Para o diagnóstico, os pacientes passam por uma triagem feita pelo ecocardiograma que deve obrigatoriamente ser confirmada pela ressonância magnética.
- A anticoagulação é um pilar no tratamento da miocardiopatia periparto. Heparina e varfarina são opções terapêuticas seguras durante a lactação.
- Biomarcadores, como troponina, podem estar elevados e possuem valor prognóstico em casos de miopericardite.

29. Paciente do sexo masculino de 48 anos, portador de linfoma de Burkitt, sem outras comorbidades prévias ao diagnóstico hematológico, comparece ao serviço para a segunda sessão de quimioterapia. Após a triagem para procedimento foi imediatamente encaminhado ao Departamento de Emergência. Admitido com queixas de astenia, fadiga progressiva, náuseas e vômitos abundantes, além de diminuição do volume urinário hoje; um episódio diarréico isolado. Nega febre em domicílio, sem queixas respiratórias. Ao exame físico, apresenta-se com mucosas secas, porém normotenso, sem alteração na perfusão tecidual. Taquipneico (FR 25 irpm); afebril e sem outras alterações relevantes no exame físico. Exames laboratoriais (coletados no dia anterior a sessão):

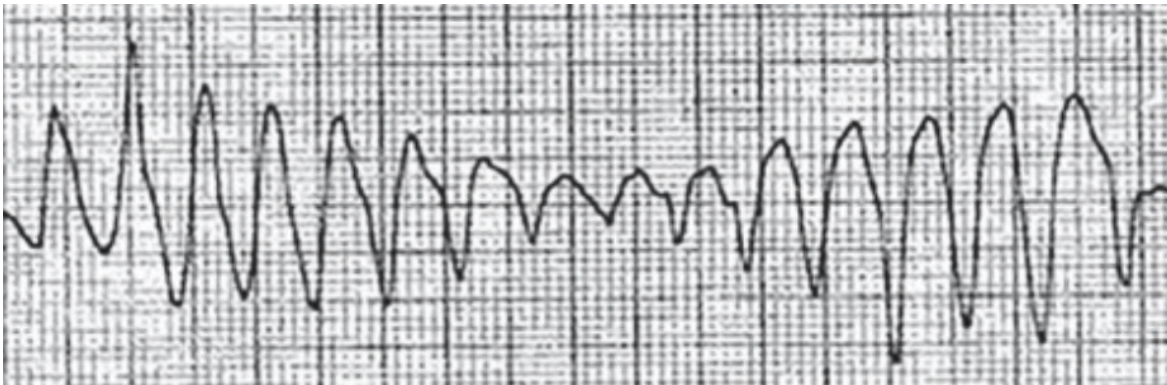
- pH: 7,32 / PaCO<sub>2</sub> 30mmHg / HCO<sub>3</sub>: 18 mEq/L / Excesso de base: -6.
- Hemoglobina: 8,5 g/dL / Leucócitos: 1.500 células/mm<sup>3</sup> / Neutrófilos: 1.000 células/mm<sup>3</sup>.
- Potássio: 6,5 mEq/L / Fósforo: 5,0 mg/dL / Ácido úrico: 9,2 mg/dL.
- Cálcio iônico: 3,5 mg/dL (referência: 4,0 a 5,1 mg/dL).
- Creatinina: 2,0 mg/dL / Ureia: 85mg/dL
- Albumina: 3,5 g/dL / Razão Normalizada Internacional: 1,0 / Bilirrubinas totais: 0,6mg/dL
- Aspartato aminotransferase: 20 U/L. / Alanina aminotransferase: 35U/L.



Com base nos dados acima, qual é o diagnóstico mais provável?

- Cardiotoxicidade por quimioterápicos.
- Síndrome de lise tumoral clínica e laboratorial.
- Neutropenia febril devido a foco urinário, com insuficiência renal aguda e acidose metabólica.
- Doença renal crônica com injúria renal aguda sobreposta por toxicidade quimioterápica.

**30.** Paciente 52 anos, etilista com histórico de miocardiopatia dilatada, chega ao Departamento de Emergência consciente, porém sudoreico, com início dos sintomas de tontura há 30 minutos. Apresenta esse traçado eletrocardiográfico:



Conforme o quadro acima, qual o melhor manejo para o paciente?

- a) Cardioversão elétrica sincronizada com 100 J, seguida de infusão de amiodarona na dose de 150 mg em 30 minutos.
- b) Desfibrilação com 200 J, seguida de infusão de sulfato de magnésio 2 g em 10 a 30 minutos.
- c) Cardioversão elétrica sincronizada com 100 J, seguida de amiodarona 150 mg em 30 minutos e 900 mg em 24 horas.
- d) Desfibrilação com 200 J, seguida de amiodarona 150 mg em 30 minutos e 900 mg em 24 horas.

**31.** Sobre o quadro de insuficiência respiratória aguda em pacientes com síndrome de Guillain-Barré, marque a alternativa correta:

- a) Quadros de evolução motora mais rápida têm maior risco de progressão para insuficiência respiratória aguda.
- b) Insuficiência respiratória aguda geralmente acontece antes da perda de força motora das extremidades.
- c) Presença de dissociação proteino-celular no Líquor indica pior prognóstico.
- d) Disautonomias cardiovasculares contraindicam o uso de succinilcolina.

**32.** Paciente 23 anos, encontrado confuso, com vômitos e taquipneico em via pública, estável hemodinamicamente, sem outras alterações no exame físico. Resultado de exames coletados à admissão:

- pH: 7,01 / PaO<sub>2</sub>: 90 mmHg / PaCO<sub>2</sub>: 17 mmHg / HCO<sub>3</sub>: 6,0 mEq/L.
- Lactato sérico: 15 mmol/L.
- Ânion gap: 44 mmol/L.
- Potássio: 5,4 mEq/L.
- Glicemia capilar: 227 mg/dL.

Sobre o caso, marque a correta:

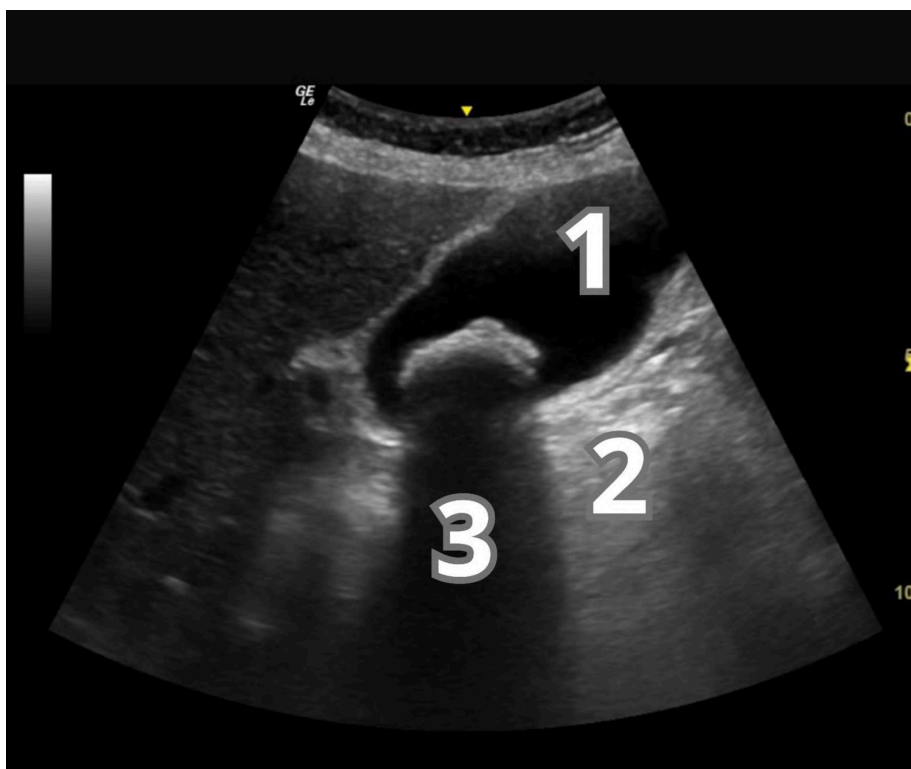
- a) A cetoacidose diabética pode ser descartada como causa direta.
- b) A cetoacidose alcoólica pode ser descartada nesse caso.
- c) A acidose láctica como causa direta pode ser descartada.
- d) A acidose tubular renal como causa direta pode ser descartada.

**33.** Um homem de 35 anos sofreu um acidente de barco no rio Tocantins, após queda da embarcação com impacto direto da região pélvica contra um obstáculo submerso. Durante o transporte para o hospital local, foram infundidos 1.000 mL de solução cristalóide. Ao chegar ao Departamento de Emergência, o paciente apresenta-se pálido, consciente, mas agitado e com dor intensa na região pélvica. O exame físico revela uma crepitação à mobilização da pelve. Não há hemorragias visíveis. Na admissão, os sinais vitais são: PA 95/60 mmHg, FC 120 bpm, FR 22 irpm, SpO2 96% em ar ambiente e tempo de enchimento capilar de 3 segundos. Ultrassonografia focada no trauma (FAST): negativa para líquido livre intra-abdominal.

Qual a conduta mais apropriada neste momento?

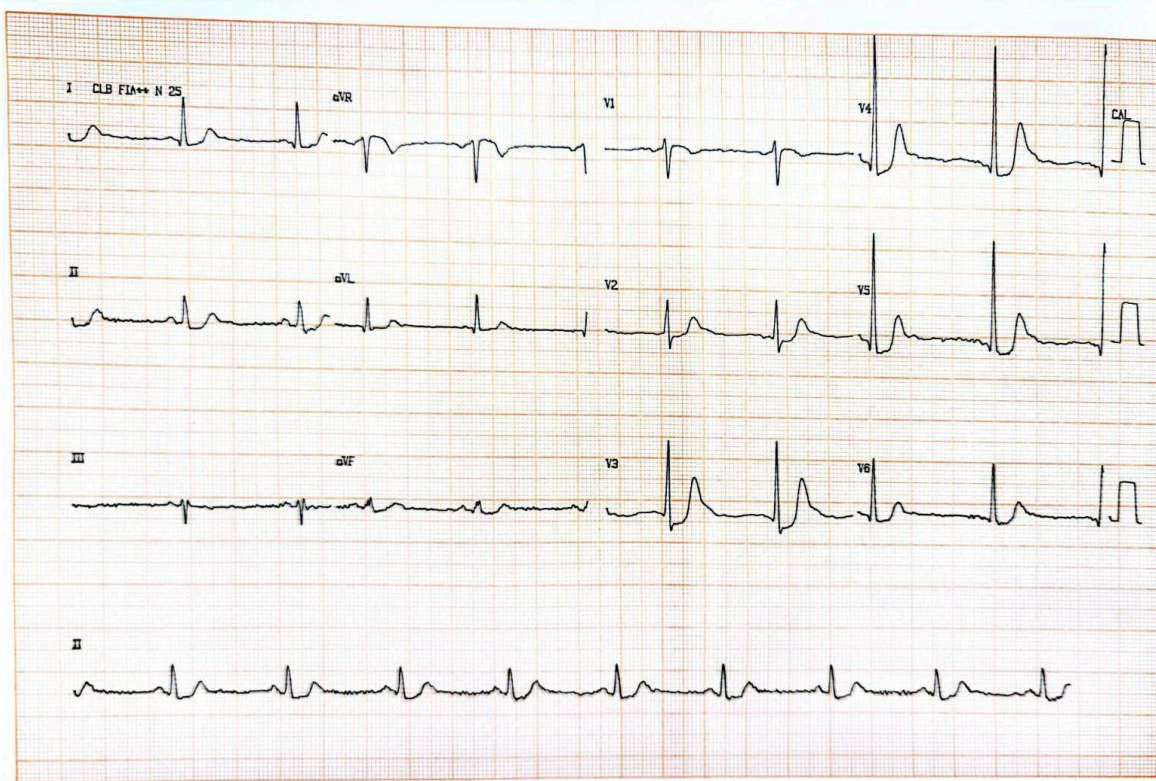
- a) Administrar 1 g de ácido tranexâmico intravenoso e aplicar um estabilizador pélvico, enquanto se aguarda a queda da pressão arterial sistólica abaixo de 90 mmHg, para considerar a transfusão de hemocomponentes.
- b) Priorizar a estabilização da fratura pélvica com um cinto pélvico e manter a infusão de cristaloides, visto que o paciente não apresenta hipotensão franca que justifique transfusão imediata.
- c) Ativar o Protocolo de Transfusão Maciça com base no padrão de lesão de alto risco e nos sinais de choque compensado, iniciando a transfusão balanceada de concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e plaquetas.
- d) Iniciar a transfusão de concentrado de hemácias e plasma fresco congelado na proporção de 1:1, enquanto se aguarda a correção da acidose metabólica e da hipotermia para otimizar a coagulação.

**34.** Considerando a imagem a seguir, identifique os conceitos representados em 1, 2 e 3:



- a) 1 = estrutura anecóica; 2 = reforço acústico posterior; 3 = sombra acústica.
- b) 1 = sombra hipoecogênica; 2 = estrutura hiperecótica; 3 = reforço acústico posterior.
- c) 1 = estrutura hipodensa; 2 = hiperdensidade relativa; 3 = realce hipocaptante.
- d) 1 = líquido no espaço de Morrison; 2 = rim com hidronefrose; 3 = cálculo coraliforme.

**35.** Homem de 64 anos, hipertenso, tabagista, é atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência por dor torácica opressiva iniciada há 30 minutos. Encontra-se lúcido, sudorético, com pressão arterial 118 x 76 mmHg, frequência cardíaca de 86 bpm, saturação de oxigênio de 97% em ar ambiente. O eletrocardiograma obtido no atendimento pré-hospitalar é o seguinte:



Para esse caso, assinale a alternativa com a melhor conduta para a equipe pré-hospitalar:

- a) Administrar terapia de dupla antiagregação plaquetária e conduzir o paciente direto para a hemodinâmica do hospital.
- b) Administrar terapia de dupla antiagregação plaquetária e levar para o Departamento de Emergência mais próximo para eletrocardiograma seriado e dosagem de troponina.
- c) Administrar terapia de dupla antiagregação plaquetária e conduzir o paciente para o Departamento de Emergência de um hospital com hemodinâmica para eletrocardiograma seriado e dosagem de troponina.
- d) Conduzir o paciente para o Departamento de Emergência mais próximo para eletrocardiograma seriado e dosagem de troponina.

**36.** Sobre o uso da naloxona e do flumazenil para o manejo das intoxicações por opioides ou por benzodiazepínicos, respectivamente, marque a alternativa correta:

- a) Flumazenil é a droga de escolha para teste terapêutico em jovens vítimas de intoxicação por drogas desconhecidas.
- b) Flumazenil é a droga de escolha para manejo dos quadros de intoxicação por benzodiazepínicos em usuários crônicos.
- c) A naloxona deve ser infundida com muita cautela em pacientes usuários crônicos pelo risco elevado de morte associado à abstinência de opioides.
- d) A frequência respiratória é um marcador clínico de indicação e de resposta ao uso da naloxona.

**37.** Uma paciente de 30 anos, com antecedente de hipertensão e proteinúria na gestação, procura o Departamento de Emergência com cefaleia intensa, turvação visual e epigastria no 10º dia pós-parto de primeira gestação. Após alguns minutos, ela apresenta uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada. A PA é de 165/105 mmHg. Qual a primeira conduta para essa paciente?

- a) Administrar hidralazina 5 a 10 mg por via endovenosa em *bolus* e, se necessário, repetir a dose a cada 20 a 30 minutos para controle da pressão arterial.
- b) Iniciar infusão de sulfato de magnésio com dose de ataque de 4 g por via endovenosa em 20 minutos, seguida de manutenção, monitorando reflexos tendinosos e frequência respiratória.
- c) Realizar uma tomografia computadorizada de crânio de urgência para descartar acidente vascular cerebral ou outras causas neurológicas da convulsão.
- d) Administrar nifedipina 10 mg por via oral e, se a pressão arterial não reduzir, considerar a administração de labetalol 20 mg por via endovenosa.

**38.** Casal de jovens começou a se sentir mal algumas horas após almoço na casa de um parente. O quadro iniciou-se com náuseas, vômitos, diarreia, midríase e vertigem. Medicados com sintomáticos na Unidade de Pronto Atendimento, evoluíram com disfagia e paralisia diafragmática, tendo sido intubados 12 horas após o início dos sintomas. Sobre o relato, marque a opção correta:

- a) Trata-se provavelmente de uma intoxicação por alimentos contaminados por pesticidas organofosforados.
- b) Trata-se provavelmente de uma infecção intestinal grave, causada por *Escherichia coli* produtora de toxina Shiga.
- c) Trata-se provavelmente de afecção causada pela ingestão de alimentos contaminados pela toxina do *Clostridium botulinum*.
- d) Trata-se provavelmente de ingestão de taioba-brava, e os sintomas se devem à alta concentração de oxalato de cálcio.

**39.** Durante a avaliação de um lactente vítima de atropelamento em baixa velocidade, é observado tempo de enchimento capilar prolongado, letargia e coloração pálida. A criança apresenta sinais vitais dentro dos limites da normalidade para a faixa etária, e o FAST realizado à beira do leito é negativo. Considerando o manejo do trauma na população pediátrica e os aspectos fisiológicos específicos, qual das condutas a seguir está mais adequada?

- a) Solicitar tomografia de abdome com contraste, pois um exame FAST negativo em crianças tem alto valor preditivo negativo para descartar lesões intra-abdominais clinicamente relevantes.
- b) Iniciar expansão volêmica com cristalóide aquecido em *bolus* de 40 mL/kg, seguido de ácido tranexâmico na dose única de 30 mg/kg, mesmo sem critérios de sangramento evidente, em virtude do risco aumentado de hiperfibrinólise nessa faixa etária.
- c) Manter observação clínica apenas, pois a ausência de sinais de fratura, FAST negativo e estabilidade hemodinâmica excluem a necessidade de investigação laboratorial ou por imagem mais aprofundada.
- d) Administrar cristalóide aquecido em *bolus* de 20 mL/kg e dosar enzimas hepáticas, considerando que mesmo em FAST negativo a associação com elevação de aspartato aminotransferase/alanina aminotransferase aumenta sensibilidade para detecção de lesões intra-abdominais significativas.

**40.** Paciente admitido no Departamento de Emergência com febre de 38,5°C e sem outros sintomas aparentes. Em tratamento de neoplasia de pulmão, está no 10º dia após a quimioterapia. Durante a avaliação inicial, recebeu antibioticoterapia parenteral de amplo espectro na primeira hora. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem foco infeccioso evidente, com estratificação de risco nas escalas MASCC alta e CISNE baixa e contagem total de leucócitos em 500 cel/mm<sup>3</sup>. Considerando o cenário e as informações do texto, qual é a conduta mais apropriada?

- a) Manter antibióticos de amplo espectro por via endovenosa e realizar internação hospitalar.
- b) Realizar observação e exames complementares, manter antibioticoterapia até a identificação do agente causador.
- c) Descalonar para tratamento empírico com amoxicilina + clavulanato de potássio e ciprofloxacino via oral; reavaliar clinicamente em 72 horas ou antes, se houver deterioração.
- d) Administrar fator estimulador de colônias de granulócitos o mais rapidamente possível

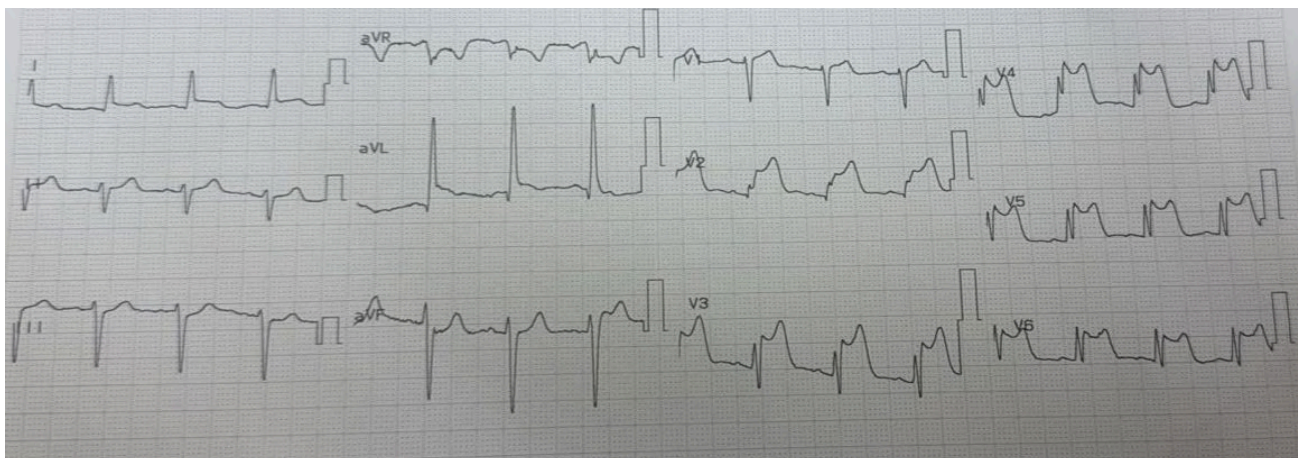
**41.** Você está de plantão em um hospital terciário e recebe um paciente de 54 anos com quadro de hemorragia digestiva alta, com seguintes sinais vitais: frequência cardíaca de 113 bpm; pressão arterial de 105 × 54 mmHg; frequência respiratória de 22 ipm; saturação periférica de oxigênio de 92% em ar ambiente, glicemia de 135 mg/dL. Paciente em acompanhando com gastroenterologista em uso de propranolol 80 mg/dia e espironolactona 100 mg/dia. No momento, o paciente consegue falar sem dificuldades, apresenta último episódio de hematêmese há 30 minutos, em domicílio. Quais medidas têm comprovado a diminuição de mortalidade?

- a) Terlipressina e ceftriaxona.
- b) Ácido tranexâmico por via endovenosa e pantoprazol por via endovenosa.
- c) Transfusão maciça 1:1:1.
- d) Endoscopia digestiva alta em menos de 6 horas.

**42.** Paciente vítima de uma perfuração por arma de fogo na região cervical direita. Ao exame, apresentava-se com dois orifícios paratraqueal direito, sendo um anterior e outro posterior. É trazido pela ambulância básica em prancha rígida e colar cervical. Está bastante agitado, com FC 140 bpm, PA 80 × 40 mmHg, SpO<sub>2</sub> 87% em máscara não reinalante a 15 L/minuto, FR 40 irpm. Sangramento importante em cavidade oral e déficit neurológico em hemicorpo esquerdo. Qual a melhor conduta?

- a) Realizar a intubação orotraqueal em sequência rápida com o colar cervical; iniciar seis concentrados de hemácias, seis plasma frescos congelados e um *pool* de plaquetas; acionar equipe de neurocirurgia com urgência.
- b) Retirar o colar cervical; sentar o paciente; aspirar as vias aéreas; iniciar seis concentrados de hemácias, seis plasmas frescos congelados e uma aférese de plaquetas, ácido tranexâmico 1 g por via intravenosa, cálcio 2 g por via intravenosa; acionar equipe da cirurgia geral.
- c) Preparar para um duplo *setup* na intubação orotraqueal em sequência rápida com o colar cervical, iniciar quatro concentrados de hemácias, dois plasmas frescos congelados, duas unidades de plaquetas, ácido tranexâmico 1 g por via intravenosa, cálcio 2 g por via intravenosa; acionar equipe da cirurgia geral.
- d) Preparar um duplo *setup* na intubação orotraqueal; retirar o colar cervical; iniciar quatro concentrados de hemácias, quatro plasmas frescos congelados, quatro unidades de plaquetas, ácido tranexâmico 1 g por via intravenosa, cálcio 2 g por via intravenosa; acionar equipe da cirurgia do trauma.

**43.** Paciente do sexo masculino, 65 anos, hipertenso, diabético e dislipidêmico, é admitido no Departamento Emergência com história de ter apresentado, há cerca de 16 horas, quadro com dor precordial, diaforese e dispneia. Ao exame, sonolento, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, saturação periférica de oxigênio de 90% com presença de estertores finos em ambos os hemitórax, frequência cardíaca de 110 bpm, pressão arterial sistólica de 80 mmHg. Exames iniciais evidenciam lactato de 3 mmol/L.



O eletrocardiograma da admissão é o da imagem acima. Entre as opções a seguir, qual corresponde ao estágio de gravidade apresentado por esse paciente com relação ao choque cardiogênico conforme a classificação da SCAI (*Society for Cardiovascular Angiography and Interventions*)?

- a) Estágio A
- b) Estágio B
- c) Estágio C
- d) Estágio D

**44.** Paciente de 56 anos, trazido à emergência devido à sepse de foco urinário. Foram iniciadas fluidoterapia, coleta de culturas e antibioticoterapia empírica. Evoluiu com choque refratário e necessidade de altas doses de vasopressores. O emergencista decidiu pela passagem de um acesso venoso central guiado por ultrassom. Após insonação dos sítios possíveis de punção, foi optado por um acesso venoso na topografia da veia subclávia. Sobre esse procedimento guiado por ultrassom, podemos afirmar que:

- a) O acesso venoso central na topografia da veia subclávia é realizado exclusivamente na janela infraclavicular e pode ser puncionado nos eixos longitudinal e transversal, porém exige uma curva de aprendizado maior que a da veia jugular.
- b) O teste das microbolhas é considerado positivo para confirmação de posicionamento central do cateter, quando o sinal do redemoinho é detectado no átrio direito em tempo menor que 2 segundos após a injeção do soro agitado.
- c) É importante a insonação de rotina do sítio da veia cava superior após passagem do acesso venoso central realizado na topografia da veia subclávia para confirmar o posicionamento da ponta do cateter.
- d) O sítio de punção da veia subclávia guiado com ultrassom deve ser evitado por ser um procedimento com elevado risco de complicações mecânicas, como o pneumotórax e de migração cefálica do cateter.

**45.** Você está na praia e percebe que um adulto jovem está se afogando a poucos metros de você e se dirige até o local onde ele está para prestar socorro. Ao alcançá-lo, você percebe que ele está inconsciente. Você percebe que uma equipe com mais dois socorristas aguarda para dar continuidade no atendimento fora da água. O paciente está inconsciente e sem pulso. Qual a melhor abordagem?

- a) Iniciar ventilação ainda dentro da água (boca a boca), aspirar vias aéreas e promover intubação orotraqueal assim que possível, mantendo ressuscitação cardiopulmonar na proporção de duas ventilações a cada 15 compressões; permanecer na cena até que todo o atendimento avançado possa ser realizado.
- b) Iniciar ventilação assim que o paciente estiver sobre superfície rígida, posicionar colar cervical precocemente, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar na proporção duas ventilações a cada 15 compressões e orientar deslocamento do atendimento móvel o mais rapidamente possível para o intra-hospitalar para continuidade do tratamento.
- c) Iniciar ventilação ainda dentro da água (boca a boca), promover manobra de compressão abdominal (Heimlich) para remover a água dos pulmões assim que possível e iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar na proporção duas ventilações a cada 30 compressões.
- d) Iniciar ventilação assim que o paciente estiver sobre superfície rígida, preferencialmente colocando a vítima com a cabeça abaixo do nível do corpo; aspirar vias aéreas; iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar na proporção 2 ventilações a cada 15 compressões e adrenalina por via endovenosa 3 a 5 minutos, aumentando progressivamente as doses em caso de ausência de resposta.

**46.** Um paciente de 29 anos dá entrada no Departamento de Emergência com história de febre e cansaço de início há 3 dias. Sinais vitais: saturação periférica de oxigênio de 70% em ar ambiente, frequência respiratória de 40 irpm; pressão arterial de 120 x 80 mmHg; frequência cardíaca de 124 bpm. Após instalar cateter nasal a 4 L/minuto, apresenta saturação periférica de oxigênio de 94%, frequência respiratória de 26 irpm, frequência cardíaca de 90 bpm, pressão arterial de 110 x 90 mmHg. Refere diagnóstico recente de HIV e tuberculose, mas não iniciou tratamento ainda. Raio X de tórax apresenta infiltrado intersticial bilateral e simétrico, com caverna em ápice pulmonar direito. Negou sintomas neurológicos, incluindo cefaleia, défices focais ou rigidez de nuca. Sobre a melhor conduta, é correto afirmar:

- a) Manter oxigenoterapia proposta; prednisolona 40 mg via oral a cada 12 horas; sulfametoxazol + trimetoprima por via intravenosa; RHZE imediatamente; iniciar terapia antirretroviral após 7 dias, pelo risco de síndrome inflamatória da reconstituição imune.
- b) Iniciar ventilação não invasiva; prednisolona 40 mg via oral a cada 12 horas; sulfametoxazol + trimetoprima por via oral; não iniciar RHZE pelo risco de síndrome inflamatória da reconstituição imune; iniciar terapia antirretroviral imediatamente.
- c) Manter oxigenoterapia proposta + prednisolona 40 mg por via oral a cada 12 horas + sulfametoxazol + trimetoprima por via intravenosa + RHZE imediatamente + iniciar terapia antirretroviral 24 horas após o início do tratamento de tuberculose.
- d) Iniciar ventilação não invasiva; não fazer corticoide; sulfametoxazol + trimetoprima por via intravenosa; RHZE imediatamente + iniciar terapia antirretroviral após 7 dias pelo risco de síndrome inflamatória da reconstituição imune.

**47.** Assinale como verdadeiro (V) ou falso (F) as seguintes afirmativas sobre fraturas e luxações. Ao fim, escolha a alternativa correta:

- ( ) Para fraturas expostas, a classificação de Gustilo-Anderson é a mais utilizada na prática clínica e auxilia o prognóstico tardio.
  - ( ) A luxação de ombro posterior pode passar despercebida em mais de 50% dos casos na incidência anteroposterior do raio X.
  - ( ) O atraso na redução da luxação de quadril pode levar à necrose avascular da cabeça do fêmur.
  - ( ) O médico emergencista deve evitar o alinhamento de membro grosseiramente desalinhado pelo risco de lesão neurovascular.
- a) F-V-V-V.
  - b) V-F-V-V.
  - c) F-V-V-F.
  - d) V-F-V-F.

**48.** Sobre mordeduras por mamíferos, marque a CORRETA:

- a) No caso de mordedura por mamíferos domésticos de interesse econômico (bovinos, suínos, equinos) passíveis de observação, mas o soro antirrábico é indicado.
- b) Mordeduras por gatos possuem altas taxas de infecção, portanto, nesses casos, é indicada profilaxia com antibiótico principalmente em acidentes nas extremidades.
- c) Caso seja encontrado morcego no mesmo ambiente onde a pessoa dormiu, na ausência de lesão, o paciente não deve receber profilaxia com vacina e soro antirrábico.
- d) As principais doenças envolvidas nas mordeduras por humanos são HIV, hepatites B e C e tétano. A profilaxia pós-exposição de HIV é indicada rotineiramente nesses casos.

**49.** Em um Departamento de Emergência referenciado, você recebe um paciente de 61 anos, cirrótico, regulado devido a um quadro de hemorragia digestiva alta de origem varicosa. O hospital em questão não apresentava Serviço de Endoscopia Digestiva Alta e, devido à gravidade do quadro, foi optado pela passagem de um balão gastresofágico cerca de 72 horas antes. Paciente é admitido em estado grave, sedado em Escala de Agitação-Sedação de Richmond -3, em ventilação mecânica com parâmetros mínimos e saturação periférica de oxigênio de 95%, ausculta pulmonar normal e sem alterações patológicas bilateralmente. Hipotensão com pressão arterial 92 × 47 mmHg em uso de noradrenalina a 0,3 mcg/kg/minuto, ausculta cardíaca normal, sem alterações patológicas; É notável também a presença de enfisema subcutâneo cervical, ao ultrassom point-of-care *lung sliding* preservado bilateralmente. Balão esofágico encontra-se bem acoplado, tracionado com 2 L de soro fisiológico como contrapeso, e o manômetro demonstra pressão de 50 mmHg no balão esofágico. Hemoglobina atual encontra-se em 8,1 g/dL. Sobre o manejo definitivo do quadro, marque a alternativa correta:

- a) Paciente deve ser submetido à extubação, seguida de endoscopia digestiva alta.
- b) Paciente deve receber mais dois concentrados de hemácias e, logo após, ser submetido à endoscopia digestiva alta.
- c) Deve-se descomprimir o tórax bilateralmente com cateter intravenoso.
- d) Paciente deve ser mantido em ventilação mecânica, abrir protocolo de sepse e avaliação cirúrgica de emergência.

**50.** Paciente do sexo masculino, de 70 anos, admitido no Departamento de Emergência com insuficiência respiratória aguda. Relato de ter sido submetido à cirurgia de artroplastia de joelho esquerdo há 7 dias. Admitido lúcido e orientado, com frequência respiratória de 30 irpm, saturação periférica de oxigênio de 88% em máscara de Venturi a 50%, com frequência cardíaca de 115 bpm, pressão arterial de 85 × 55 mmHg, com tempo de enchimento capilar > 3 segundos. Foi iniciado vasopressor (noradrenalina na dose de 0,1 mcg/kg/minuto), com estabilização dos níveis pressóricos. Assinale a alternativa correta:

- a) Em pacientes com *cor pulmonale* agudo, a espessura do ventrículo direito é menor que 5 mm.
- b) Caso haja confirmação de tromboembolismo pulmonar, o paciente deve ser anticoagulado, visto haver contraindicação absoluta à trombólise.
- c) O sinal de McConnell tem alta sensibilidade e baixa especificidade para diagnóstico de tromboembolismo pulmonar.
- d) Tenecteplase (dose de 0,6 mg/kg) apresenta melhores resultados em desfechos de segurança em comparação a alteplase (100 mg) em pacientes com tromboembolismo pulmonar instável.

**51.** Paciente com 35 anos está em observação no Departamento de Emergência devido a quadro de cólica nefrética com dor lombar intensa. Recebeu medicações analgésicas; enquanto recebia as medicações, queixou-se de desconforto gastrointestinal e tontura; foi, então, levado à sala de emergência e deitado no leito. Durante avaliação inicial na sala de emergência, paciente apresentava-se com pressão arterial de 65 × 35 mmHg, frequência cardíaca de 132 bpm, frequência respiratória de 25 irpm, saturação periférica de oxigênio de 98% em ar ambiente. Tinha extremidades frias e tempo de enchimento prolongado. Qual a primeira linha de tratamento?

- a) Ceftriaxona 2 g por via endovenosa.
- b) Hidrocortisona 500 mg por via endovenosa e difenidramina 50 mg por via endovenosa.
- c) Trombólise endovenosa com alteplase 100 mg em 2 horas.
- d) Adrenalina 0,5 mg por via intramuscular.

**52.** Homem de 68 anos, sem comorbidades conhecidas, é admitido no Departamento de Emergência após colisão automobilística de alta energia. Apresenta fraturas confirmadas por tomografia computadorizada em arcos costais posteriores esquerdos de T5 à T9, com dor torácica intensa e limitação ventilatória, mesmo após analgesia endovenosa com opioides. Considerando a anatomia envolvida, a extensão das fraturas e os objetivos analgésicos, qual das opções a seguir representa a técnica regional mais apropriada e com melhor perfil de segurança no cenário descrito?

- a) Bloqueio intercostal em múltiplos níveis, com injeção de anestésico local diretamente sob a margem inferior de cada costela envolvida, entre o ângulo costal e a linha axilar média.
- b) Bloqueio do plano serrátil anterior (*SAM block*), com infusão de anestésico local entre o músculo serrátil anterior e a pleura.
- c) Bloqueio supraclavicular do plexo braquial, com infusão perineural no *corner pocket*, visando à analgesia do membro superior e hemitórax ipsilateral.
- d) Bloqueio do plano eretor da espinha (*ESP block*), com posicionamento do transdutor em orientação sagital paramediana e infusão de anestésico local profundo ao músculo eretor da espinha.

**53.** Mulher, 60 anos, procura atendimento no Departamento de Emergência em Teresina (PI), devido à dor abdominal em hipocôndrio direito de forte intensidade há 2 dias. Refere ainda quadro de febre que teve início há 5 dias. No exame físico, há dor à palpação profunda do andar superior do abdome, mas não há sinais de descompressão brusca dolorosa. Realizou hemograma na admissão, que revelou hemoglobinas em 14,5, hematócritos em 49%, leucócitos em 4.500, plaquetas em 120 mil. Sem outras alterações relevantes nos exames. Foi realizado um ultrassom a beira do leito que revelou a seguinte imagem:



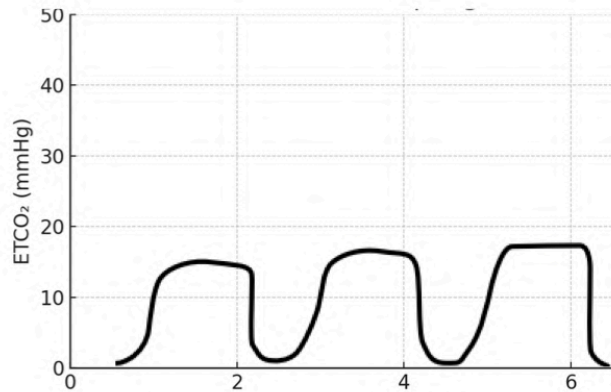
Com base nas informações fornecidas, qual das alternativas expressa a melhor hipótese diagnóstica e conduta:

- a) Colecistite calculosa aguda; tratamento cirúrgico precoce.
- b) Dengue com sinais de alarme; início de hidratação endovenosa.
- c) Colangite aguda; Colangiopancreatografia retrógrada em caráter de urgência.
- d) Hepatite aguda; início imediato tratamento com interferon alfa.

**54.** A insuficiência cardíaca aguda é uma das causas mais frequentes de internação do mundo, portanto deve ser de domínio do médico emergencista o manejo dessa patologia. Sobre o tratamento da insuficiência cardíaca aguda nós temos três frentes: tratamento da congestão, melhora do desempenho cardíaco e tratamento do fator causal da descompensação. Sobre esse tema, podemos afirmar que:

- a) Após atingir a dose *trigger* de furosemida, devemos aumentar a dose até a dose-teto.
- b) Um paciente após 40 mg de furosemida por via intravenosa apresentou uma diurese de 640 mL em 6 horas; nesse caso, a associação com acetazolamida é benéfica.
- c) O uso de vasodilatadores é a ação com maior impacto sobre o desempenho cardíaco.
- d) Em pacientes com uso de vasodilatador endovenoso e inotrópico concomitantemente, o inotrópico é o último a ser retirado.

**55.** Você está liderando uma reanimação cardiopulmonar de ritmo inicial fibrilação ventricular, em que já foram realizadas quatro desfibrilações e uma dose de adrenalina 1 mg e de amiodarona 300 mg. Paciente 52 anos, previamente hipertenso e tabagista, chegou já em parada cardiorrespiratória, sem relatos de sintomas pródromos, a equipe do pré-hospitalar aplicou máscara laríngea e a cuja curva de capnografia encontra-se a seguir. Na pausa seguinte para checar o ritmo, paciente se mantém em fibrilação ventricular. O que deve ser priorizado?



- Trocar os vetores das pás dos desfibriladores, considerando fibrilação ventricular refratária.
- Trombólise farmacológica com tenecteplase, considerando principal hipótese diagnóstica de síndrome coronariana aguda.
- Garantir a intubação orotraqueal e descartar hipóxia como uma das causas da parada cardiorrespiratória.
- Realizar a troca da pessoa que está realizando as compressões torácicas.

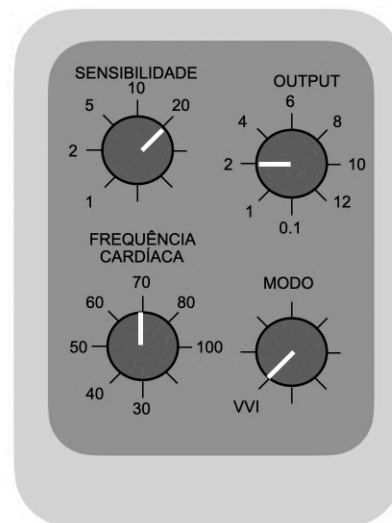
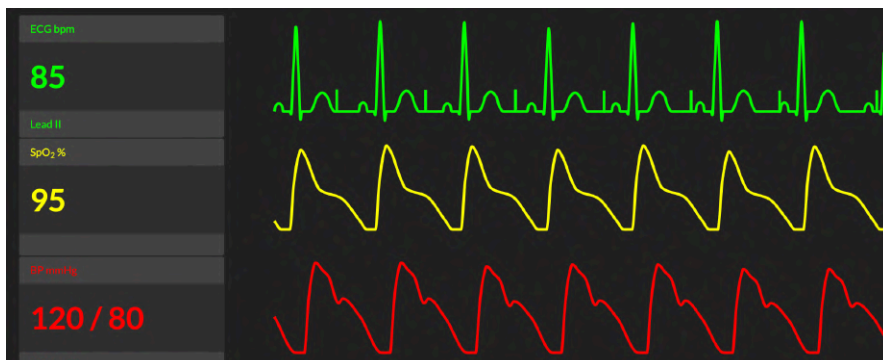
**56.** Uma paciente de 24 anos portadora de lúpus eritematoso sistêmico é admitida no Departamento de Emergência com queixas de febre, tosse produtiva, cansaço e falta de ar com 5 dias de evolução. No momento da avaliação, apresentava taquidispneia e hipoxemia. Foi instituído suporte ventilatório não invasivo de forma escalonada, sem resposta clínica, e, na sequência, foi indicada intubação orotraqueal. No exame com ultrassom *point-of-care*, os seguintes achados foram identificados:

- Veias femorais compressíveis.
- Relação entre ventrículo direito/esquerdo preservada e ausência de sinais de disfunção de ventrículos direito e esquerdo.
- Perfil B bilateralmente na avaliação pulmonar.

Em entrevista com familiares, são relatados o consumo ocasional de álcool e o uso de cigarro eletrônico. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta:

- A ausência de hemoptise afasta a possibilidade de hemorragia alveolar, direcionando a investigação para outras etiologias, como lesão pulmonar induzida pelo cigarro eletrônico.
- Na suspeita de hemorragia alveolar, a realização de broncoscopia com lavado broncoalveolar tem importante relevância para exclusão de causas infecciosas ou lesões brônquicas.
- Achados do ultrassom *point-of-care* apontam para consolidação pulmonar, indicando fortemente o diagnóstico de pneumonia extensa.
- Para pacientes com hemorragia alveolar unilateral com suspeita de sangramento pulmonar localizado, o paciente deve ser posicionado lateralmente com o pulmão sangrante no plano superior, permitindo melhor expansão e troca gasosa pelo pulmão funcional.

57. Um paciente doente renal crônico de 76 anos deu entrada na Emergência em bradicardia sintomática e instabilidade hemodinâmica. Foram realizadas medidas para restauração da frequência sem sucesso, e o paciente evoluiu com necessidade de marca-passo transvenoso. Após o término da diálise, o paciente ficou bastante agitado, referindo que estava sentindo soluços. Você foi chamado para avaliar o paciente:



O que está acontecendo e qual a melhor conduta?

- O marca-passo está mal posicionado; deve-se impactar novamente o marca-passo de maneira estéril.
- O marca-passo está bem posicionado; deve-se diminuir o *output* para melhorar o conforto do paciente.
- O marca-passo está mal posicionado; deve-se solicitar um raio X de tórax para checar a ponta do marca-passo.
- O marca-passo está mal posicionado; deve-se retirar o marca-passo.

58. Um paciente de 63 anos com hematêmese foi atendido no plantão anterior e está na Sala Vermelha aguardando endoscopia. O paciente chegou com frequência cardíaca de 140 bpm, pressão arterial de 80 × 40 mmHg, com exteriorização de hemorragia importante após abuso de anti-inflamatórios. O colega do plantão anterior realizou expansão volêmica com 20 mL/kg de solução cristalóide, omeprazol em dose plena, acionou a endoscopia e solicitou exames laboratoriais. No momento, o paciente encontra-se com frequência cardíaca de 87 bpm, pressão arterial de 110 × 80 mmHg e conversando. Exames laboratoriais solicitados antes da passagem de plantão: hemoglobinas em 7,4/ plaquetas em 120 mil/ Razão Normalizada Internacional de 1,2/ creatinina de 1,5/ ureia de 87. O interno colheu uma gasometria com o seguinte resultado: pH de 7.32/ pressão parcial de dióxido de carbono de 29 mmHg/ oxigênio de 88 mmHg/ lactato: 1,9 mmol/L/ excesso de base de - 6/ HCO<sub>3</sub> de 19 mEq/L. Sobre o caso, é correto afirmar:

- O paciente não foi ressuscitado adequadamente; deve-se iniciar protocolo de transfusão maciça 1:1:1.
- O paciente foi ressuscitado adequadamente; deve-se transfundir um concentrado de hemácias.
- Embora o paciente não tenha sido ressuscitado adequadamente, encontra-se estável hemodinamicamente e deve aguardar a endoscopia.
- O paciente foi ressuscitado adequadamente; deve-se seriar a dosagem de hemoglobina e a gasometria, para avaliar a possível persistência do sangramento.

**As questões 59 e 60 referem-se ao seguinte enunciado:**

Você atende uma jovem de 15 anos vítima de violência sexual. Ela apresenta ferimento corto-contuso em crânio, edema traumático de face, equimose periorbitária, além de escoriações difusas no pescoço.

**59.** Diante do enunciado, assinale a alternativa correta:

- a) O Boletim de Ocorrência é condição indispensável no atendimento médico à vítima de violência sexual.
- b) A notificação da violência sexual é compulsória e deve ser realizada em até 72 horas do atendimento médico.
- c) O exame físico genital é obrigatório na vítima de violência sexual.
- d) Levonorgestrel em dose única é o método contraceptivo de emergência de escolha.

**60.** Em relação às profilaxias recomendadas à vítima de violência sexual, assinale a alternativa correta:

- a) A profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis não virais está indicada apenas se realizada nas primeiras 72 horas.
- b) A administração profilática do metronidazol deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de profilaxia pós-exposição.
- c) O uso de imunoglobulina humana contra hepatite B deve ser recomendado em vítimas de violência sexual que não possuam vacinação completa contra vírus da hepatite B.
- d) A profilaxia para sífilis estará indicada de acordo com o *status* sorológico da vítima, não estando indicado em todos os casos.

**61.** Uma paciente de 41 anos, sem comorbidades prévias, apresenta-se ao Departamento de Emergência com quadro de dispneia progressiva iniciada há 1 mês, após dar à luz a seu primeiro filho. Associado ao quadro, apresenta edema de membros inferiores bilateralmente, cansaço aos mínimos esforços e dificuldade de dormir devido à dispneia. Durante o pré-natal, não apresentou nenhuma complicação, porém foi realizado parto cesárea devido à pré-eclâmpsia. Apresenta os seguintes sinais vitais: pressão arterial de 145 × 95 mmHg, frequência cardíaca de 118 bpm, frequência respiratória de 28 irpm, saturação periférica de oxigênio de 85% em ar ambiente. Ultrassom *point-of-care* com seguintes achados: linhas Bs difusas bilateralmente, presença de discreto derrame pleural bilateral, aumento das câmaras cardíacas, hipocinesia ventricular esquerda difusa. Considerando a principal hipótese diagnóstica, quais são os principais fatores de risco?

- a) A miocardiopatia periparto é um diagnóstico de exclusão, associado à ausência de cardiopatia prévia e tendo a pré-eclâmpsia como um dos principais fatores de risco.
- b) A miocardiopatia periparto é um diagnóstico clínico, seu principal fator de risco é o *diabetes mellitus* gestacional, estando relacionado a sintomas desde o início da gestação.
- c) A miocardiopatia periparto é um diagnóstico clínico. Seu principal fator de risco é o tabagismo e é fortemente associado com doenças cardíacas valvares.
- d) A miocardiopatia periparto é um diagnóstico de exclusão e é fortemente associado a risco de embolia do líquido amniótico.

**62.** Um homem de 64 anos procura a emergência com febre de 38,5°C, dispneia progressiva e tosse produtiva com escarro purulento há 3 dias. Apresenta taquipneia (frequência respiratória de 28 irpm), saturação de oxigênio de 90% em ar ambiente e crepitações à base direita. Foi realizado ultrassom pulmonar com transdutor convexo e linear na zona R2, revelando a imagem a seguir:

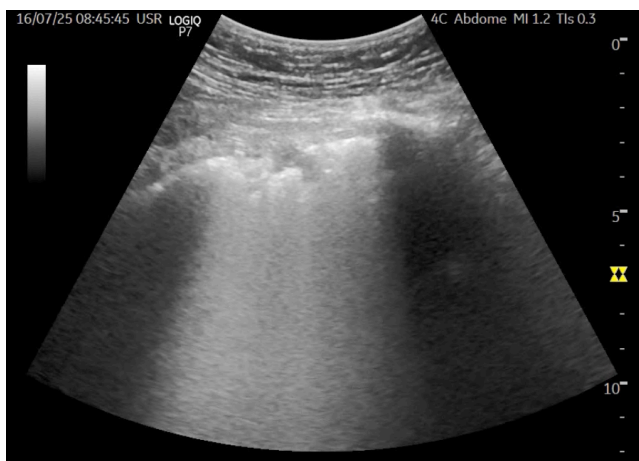


Imagem 1

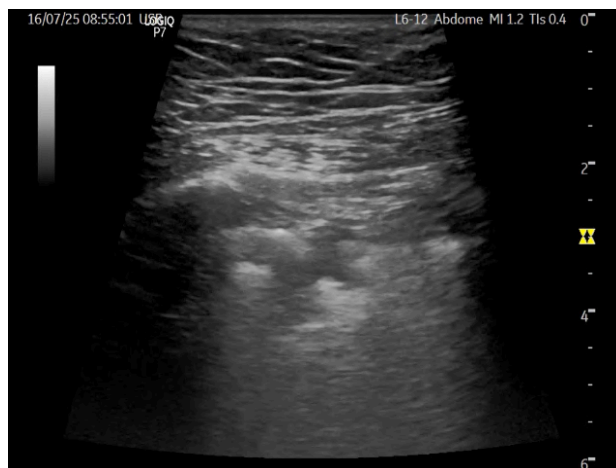


Imagem 2

Janela pulmonar R2 com transdutor convexo (1) e linear (2).

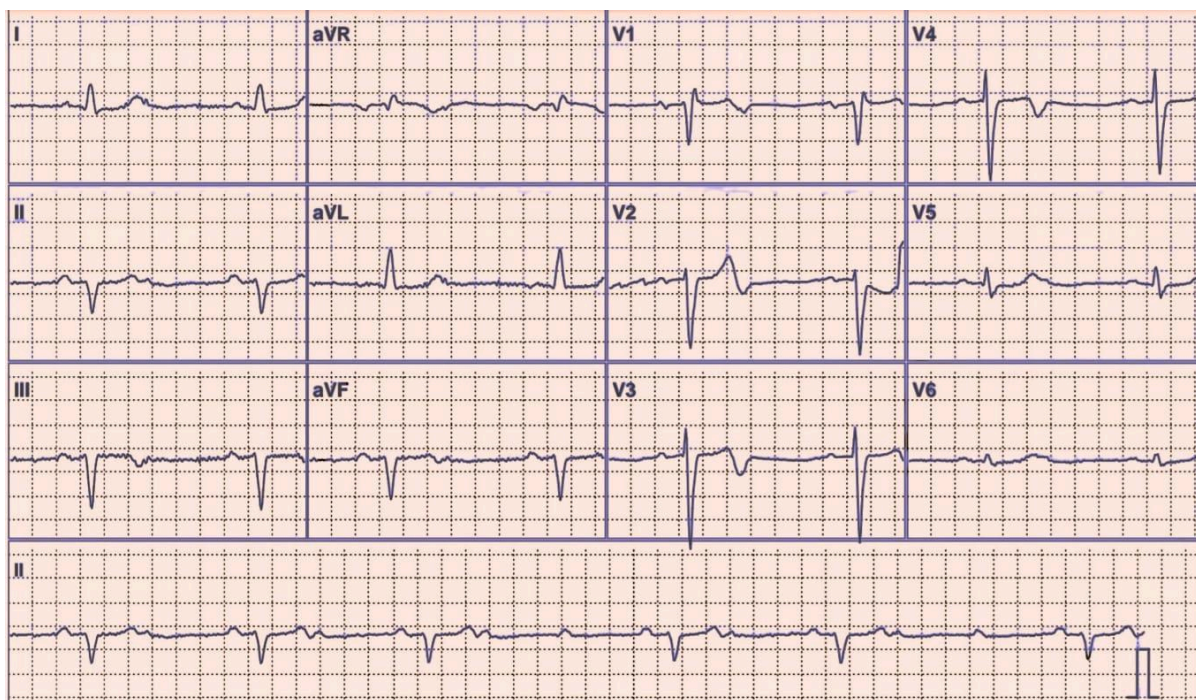
Com base nesse achado ultrassonográfico e no quadro clínico apresentada, assinale a alternativa correta:

- A imagem representa o *sinusoid sign* e trata-se de achado de ultrassom pulmonar sugestivo de derrame pleural e, no contexto clínico desse caso, deve alertar para presença de empiema pleural.
- A imagem mostra uma consolidação/hepatização pulmonar com broncogramas aéreos. Em pacientes febris, é sugestivo de pneumonia lobar.
- A imagem mostra o *shred sign* – consolidação subpleural – e, em conjunto com o quadro clínico apresentado, é sugestivo de pneumonia.
- A imagem representa área de consolidação intersticial por congestão pulmonar, sendo indicativo de sobrecarga volêmica.

**63.** Durante o atendimento de um paciente politraumatizado com fratura exposta de tíbia, a equipe optou por realizar um bloqueio periférico guiado por ultrassonografia como estratégia de analgesia multimodal. Considerando as técnicas, a farmacologia e a segurança envolvidas nos bloqueios anestésicos periféricos, assinale a alternativa correta:

- A adição de vasoconstritor ao anestésico local pode auxiliar na identificação precoce de injeção intravascular inadvertida, mesmo em concentrações diluídas como 1:200 mil.
- A associação de anestésicos locais como lidocaína e bupivacaína é recomendada por seu sinergismo analgésico com menor risco de toxicidade.
- O uso de agulhas de ponta cortante é preferido em bloqueios periféricos pela facilidade de visualização ao ultrassom e menor risco de injeção intrafascicular.
- A lidocaína, por apresentar maior solubilidade lipídica e maior ligação proteica que a bupivacaína, possui maior duração analgésica, sendo preferível em procedimentos que requerem analgesia prolongada.

**64.** Paciente do sexo masculino, de 62 anos, é trazido ao Departamento de Emergência por familiares, que relatam que, ao chegarem em casa o encontraram desacordado, com várias cartelas de medicações vazias no local. Não sabem há quanto tempo e quais as medicações que ele usa, mas referem que ele tinha um diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e de depressão. Chega sonolento, hipotenso, com glicemia capilar de 112 mg/dL. Sem déficit focal aparente, com pupilas isocóricas e fotorreagentes.



Qual a conduta inicial para esse paciente, além do suporte à bradicardia?

- Hemodiálise de emergência.
- Bicarbonato de sódio 8,4% por via endovenosa.
- Infusão de glicoinsulina por via endovenosa em altas doses.
- Naloxona por via endovenosa.

**65.** Paciente picado por animal não visualizado, em milharal, sentiu apenas um “soco” na panturrilha esquerda. À avaliação do local havia um arranhão. Procurou atendimento médico e, durante o exame físico, relatou apenas dor local, parestesia e visão dupla. O laboratório inicial, com 2 horas do acidente mostrou:

- Razão Normalizada Internacional: incoagulável / Hemograma sem alterações.
- Uréia: 40 mg/dL / Creatinina: 0,8 mg/dL / Glicemia: 100 mg/dL
- Creatinofosfoquinase total: 230 U/L.

Sobre esse caso, marque a verdadeiro:

- Trata-se provavelmente de um acidente por *Bothrops spp.*, filhote e o soro antiofídico está indicado.
- Função renal e creatinofosfoquinase são definidoras da gravidade nesse tipo de acidente, e, como estão normais, trata-se provavelmente de um caso leve.
- A ausência de dois pontos de inoculação torna improvável o acidente por serpente, sendo o acidente por lonomia o mais provável.
- Trata-se provavelmente de um acidente por *Crotalus spp.*, e o soro anticrotálico está indicado.

**66.** Paciente de 27 anos é admitido após acidente automobilístico entre dois carros, com o paciente sendo o passageiro e recebendo o impacto lateral de uma colisão em “T”. Paciente é admitido com quadro de dor abdominal. Na avaliação primária:

**A** - Vias aéreas pérvias e cervical protegida por colar bem aplicado.

**B** - Eupneico em ar ambiente, frequência respiratória de 18 irpm, saturação periférica de oxigênio de 96%, com ausculta respiratória com murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios.

**C** - Paciente com abdome doloroso à palpação com crepitação à palpação de anel pélvico. Frequência cardíaca de 102 bpm, pressão arterial de 130 × 63 mmHg, membros quentes e tempo de enchimento capilar de 3 segundos. Foi optado por aplicação de lençol em cintura pélvica como contenção mecânica.

**D** - Escala de coma de Glasgow em 15, movimenta os quatro membros com sensibilidade preservada bilateralmente.

**E** - Estigmas de trauma em abdome e em membro inferior direito com provável fratura de fêmur fechada.

Sobre a identificação e controle de sítio de sangramento no caso descrito, marque a alternativa correta:

- a) Na presença de um raio X de pelve normal, a fratura de fêmur deve ser considerada como causa do sangramento.
- b) Esse paciente deve ser submetido à tomografia computadorizada de abdome e pelve como forma de identificação do sítio de sangramento.
- c) A retirada do lençol deve ser feita em centro cirúrgico após a colocação do fixador externo pela equipe de ortopedia.
- d) Na presença de fraturas de colo de fêmur, a tração esquelética é a medida de escolha para estabilização.

**67.** Paciente de 54 anos, garçom, é trazido pelo atendimento pré-hospitalar com relato de um episódio de perda de consciência, descrito como “convulsão” enquanto servia as mesas. O paciente é hipertenso e tabagista, sem comorbidades ou alergias adicionais. Segundo familiares, ele queixou-se de náuseas e desconforto torácico momentos antes do evento. A perda de consciência apresentou duração breve, de poucos segundos, com o despertar após. Na avaliação inicial no Departamento de Emergência, apresentava-se consciente, com leve desconforto torácico, mas seus sinais vitais e glicemia capilar encontravam-se normais. Com base nesse quadro, assinale a alternativa correta:

- a) O diagnóstico mais provável é do primeiro episódio de crise convulsiva. É indicado realizar rastreio infecto-metabólico e tomografia de crânio nesse caso.
- b) O diagnóstico mais provável é de primeiro episódio de crise convulsiva. Nesse caso, não é necessária a medicação abortiva de crise ou drogas antiepilépticas.
- c) O diagnóstico mais provável é de síncope. O *Canadian Syncope Risk Score* é validado para diferenciar entre síncope cardíaca e não cardíaca.
- d) O diagnóstico mais provável é de síncope. O escore *Evaluation of Guidelines in Syncope Study* é validado para diferenciar entre síncope cardíaca e não cardíaca.

**68.** Homem, 32 anos, privado de liberdade, trazido à emergência com histórico de tosse seca, febre e dor torácica posterior na transição toracoabdominal a direita. Nega dispneia e desconforto respiratório. Realizado raio X de tórax em pressão arterial, que não visualizou alterações. Devido à refratariedade de dor torácica, foi optada pela realização de ultrassonografia pulmonar com transdutor linear. Segue a imagem obtida do ponto PLAPS à direita:

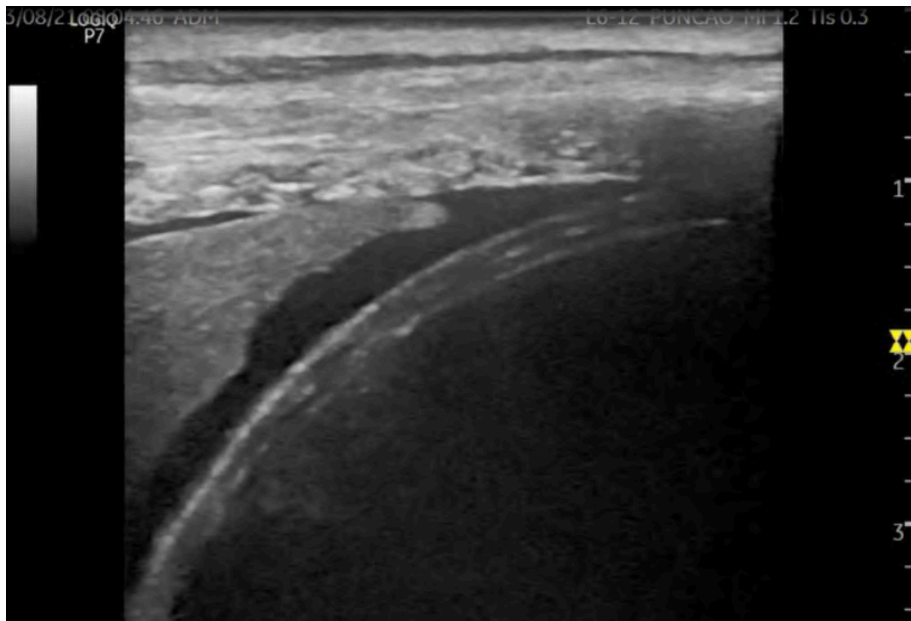


Imagem do ultrassom pulmonar – ponto *PLAPS* à direita.

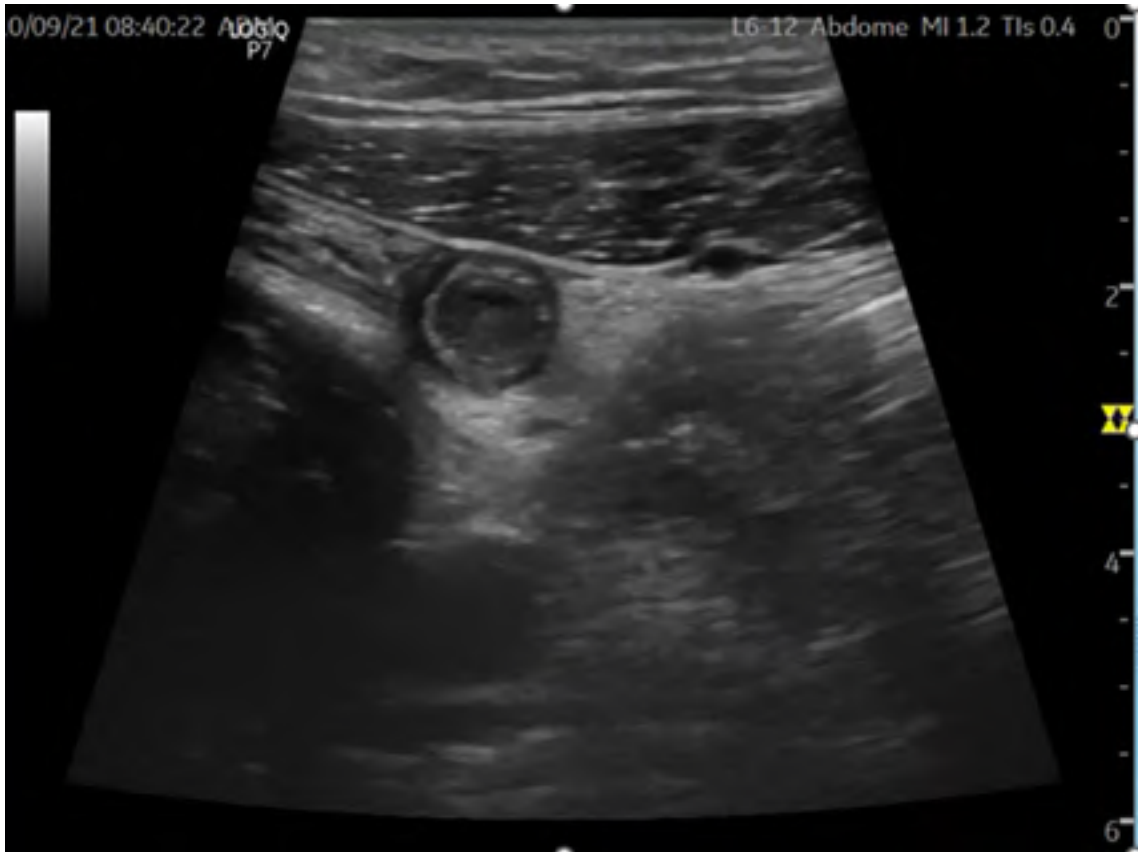
Com base na história clínica e na imagem apresentada, a melhor conduta é:

- Trata-se de derrame pleural de moderado volume, e a investigação envolve a realização de toracocentese diagnóstica. Com base nessa imagem, é possível realizar esse procedimento com segurança.
- Trata-se de derrame pleural de pequeno volume, radio-oculto e não puncionável; história clínica e epidemiologia devem ser úteis para direcionar a investigação diagnóstica e a decisão terapêutica.
- Trata-se de derrame pleural de pequeno volume e com aspecto que sugere exsudato; a drenagem torácica em selo d'água deve ser considerada.
- Trata-se de um derrame pleural de moderado volume, e a investigação primária envolve videotoracoscopia e biópsia pleural.

**69.** Nos casos de acidente vascular cerebral hemorrágico, a reversão de coagulopatias é de vital importância para evitar a expansão do hematoma. Sobre esse tema, marque a alternativa correta:

- Andexanet alfa é o agente de escolha para reverter os inibidores do fator Xa, pela melhor eficácia hemostática e pelo menor número de eventos trombóticos que o cuidado usual.
- Idarucizumab é o agente de escolha para reverter os inibidores do fator Xa, pois tem maior eficácia hemostática que o complexo protrombínico.
- Complexo concentrado de protrombina é o agente de escolha para reversão dos derivados de varfarina por seu efeito mais rápido que o plasma fresco congelado, mas sem diferença na expansão do hematoma entre os dois agentes.
- A transfusão de plaquetas na vigência de plaquetopenia é controversa e contraindicada na maioria dos casos.

70. Mulher de 19 anos, previamente hígida, procura a emergência com dor abdominal há 18 horas. Refere náuseas, inapetência e dor à deambulação. Última menstruação há 12 dias. Nega uso de anticoncepcional. Ao exame físico: temperatura axilar de 37,8°C, frequência cardíaca 102 bpm, dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita com defesa voluntária. Toque vaginal com dor à mobilização do colo e com presença de corrimento esbranquiçado. Em um hospital rural com recursos limitados, o emergencista realiza ultrassom *point-of-care* com transdutor linear em fossa ilíaca direita, encontrando a seguinte imagem:



Janela da fossa ilíaca direita com transdutor linear. Manobra de compressão no eixo transversal.

Diante do caso e dos achados, assinale a alternativa CORRETA:

- Em mulher jovem com dor na fossa ilíaca direita, devem ser afastados primeiramente diagnósticos ginecológicos. Porém, quando descartados, o ultrassom *point-of-care* pode ser útil, afastando com alta acurácia o diagnóstico de apendicite aguda.
- Os achados demonstrados no ultrassom *point-of-care* são altamente sugestivos de apendicite aguda e, nesse cenário de hospital rural, podem antecipar conduta cirúrgica e regulação do recurso e logística necessários para o tratamento definitivo.
- Trata-se do sinal do alvo, típico do cisto ovariano roto com líquido livre ao redor da estrutura; essa paciente necessita de transferência para realização de uma tomografia de pelve para diagnóstico e planejamento cirúrgico de urgência.
- O aumento da ecogenicidade da gordura ao redor e a não compressibilidade da estrutura apresentada na imagem, somados ao quadro clínico apresentado, são sugestivos de salpingite aguda.

**71.** Eletricista durante trabalho com energia elétrica de alta tensão recebe uma descarga elétrica com consequente combustão da roupa e lesão térmica associada. Ao ser examinado, apresenta 10% de superfície corporal queimada de primeiro grau, 12% de superfície corporal queimada de segundo grau e 3% de superfície corporal queimada de terceiro grau. Sobre o quadro, qual a resposta correta?

- a) Superfície corporal queimada de 25%, grau de complexidade média, hidratação  $4 \text{ mL} \times \text{peso (kg)} \times \% \text{ superfície corporal queimada}$ , 1 a 1,5 mL/kg/hora de débito urinário.
- b) Superfície corporal queimada de 15%, grau de complexidade média, hidratação  $2 \text{ mL} \times \text{peso (kg)} \times \% \text{ superfície corporal queimada}$ , 0,5 mL/kg/hora de débito urinário.
- c) Superfície corporal queimada de 25%, grau de complexidade alta, hidratação  $2 \text{ mL} \times \text{peso (kg)} \times \% \text{ superfície corporal queimada}$ , 1 mL/kg/hora de débito urinário.
- d) Superfície corporal queimada de 15%, grau de complexidade alta, hidratação  $4 \text{ mL} \times \text{peso (kg)} \times \% \text{ superfície corporal queimada}$ , 1 a 1,5 mL/kg/hora débito urinário.

**72.** Uma menina de 6 anos, portadora de anemia falciforme (HbSS), é trazida ao Departamento de Emergência com dor torácica intensa e febre aferida de  $38,9^{\circ}\text{C}$ . Encontra-se taquipneica (frequência respiratória de 42 irpm), com discretas retrações intercostais, saturação periférica de oxigênio de 93% em ar ambiente. Refere início da dor há 12 horas, que se intensificou progressivamente, associada à tosse seca e à dor abdominal. O exame físico revela murmúrio vesicular reduzido em base direita. Exames complementares demonstram hemoglobina em 6,5 g/dL (hemoglobina prévia recente de 8,2), leucócitos em  $27.000/\text{mm}^3$  e plaquetas em  $110.000/\text{mm}^3$ . Raio X de tórax mostra infiltrado alveolar em base direita. Qual das condutas a seguir é mais adequada no atendimento inicial?

- a) Iniciar transfusão de concentrado de hemácias visando à elevação da hemoglobina para 11 g/dL, sem necessidade de antibiótico empírico.
- b) Prescrever cetoprofeno e paracetamol para dor, observar evolução clínica por 6 horas antes de decidir por antibioticoterapia, pois se trata de síndrome torácica aguda leve e autolimitada.
- c) Iniciar antibioticoterapia empírica com ceftriaxona e azitromicina, oxigenoterapia para manter saturação de oxigênio  $\geq 94\%$  e considerar transfusão caso queda de hemoglobina  $\geq 2 \text{ g/dL}$  em relação ao basal.
- d) Administrar corticoterapia sistêmica de início precoce para reduzir inflamação pulmonar, iniciar dipirona e manter observação sem oxigenoterapia, já que a saturação de oxigênio está  $> 90\%$ .

**73.** Paciente gestante de 38 semanas e com histórico de *diabetes mellitus* gestacional é admitida ao Departamento de Emergência secundário em período expulsivo do trabalho de parto. O feto encontrava-se em apresentação cefálica, houve expulsão da cabeça, porém, durante a evolução do parto, foi observada a impactação do ombro fetal no osso pélvico da mãe. Além de solicitar o suporte da equipe obstétrica, qual a alternativa que corretamente descreve a próxima etapa a ser realizada?

- a) Realizar manobra de McRoberts.
- b) Realizar tração em fundo de útero.
- c) Posicionar a paciente em quatro apoios.
- d) Realizar manobra de Rubin I.

**74.** Um homem de 58 anos, com histórico de adenocarcinoma de pulmão tratado há 1 ano, é trazido à emergência por familiares após apresentar quadro de sonolência progressiva e dificuldade de fala nas últimas 24 horas. Ao exame físico: escala de coma de Glasgow 11 (resposta ocular 3, resposta verbal 3, resposta motora de 5), pupilas isocóricas e reativas, PA 190 × 100 mmHg, FC de 65 bpm, sem sinais localizatórios evidentes. A equipe realiza ultrassonografia à beira do leito com sonda linear em modo B, obtendo a imagem a seguir e as medidas aferidas estão descritas ao lado:



Medida diâmetro da bainha do nervo óptico:

- Olho esquerdo: 0,78 cm.
- Olho direito: 0,74 cm.

Com base no quadro clínico e nos achados do ultrassom, assinale a alternativa correta:

- a) O achado do diâmetro da bainha do nervo óptico > 6 mm, nesse contexto clínico, é compatível com hipertensão intracraniana e pode orientar a adoção precoce de medidas terapêuticas, mesmo antes da tomografia.
- b) A preservação da morfologia do disco óptico à ultrassonografia descarta hipertensão intracraniana clinicamente significativa.
- c) O diâmetro da bainha do nervo óptico > 6 mm é útil apenas em pacientes com traumatismo cranioencefálico grave, não tendo valor preditivo comprovado em causas não traumáticas.
- d) Para ser considerado sugestivo de hipertensão intracraniana, o aumento do diâmetro da bainha do nervo óptico deve ser acompanhado de sinais pupilares, como anisocoria ou midríase fixa.

**75.** Homem de 45 anos, vítima de capotamento de veículo em rodovia, apresenta abertura ocular ao chamado, localiza a dor, não obedece comandos e emite sons incompreensíveis. Apresenta ainda sangramento orofaríngeo ativo e respiração ruidosa. Sinais vitais: frequência cardíaca de 115 bpm, frequência respiratória de 28 irpm, saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente, pressão arterial de 90/60 mmHg. O acesso ao paciente está limitado, e o tempo estimado de extricação é de 40 minutos. Qual a conduta mais adequada para o manejo da via aérea nesse cenário?

- a) Realização de manobras manuais e cânula orofaríngea.
- b) Inserir máscara laríngea já na primeira abordagem.
- c) Realizar prontamente a intubação orotraqueal, diante do cenário favorável pelo tempo de extricação.
- d) Iniciar ventilação não invasiva para fornecer oxigenação adequada.

**76.** Paciente de 35 anos é admitido no Departamento de Emergência após acidente automobilístico em zona urbana. Apresenta fratura exposta de tíbia proximal, com ferida extensa de 12 cm, contaminada por terra. Não há evidências de lesão neurovascular. Qual a antibioticoprofilaxia inicial mais apropriada para esse paciente?

- a) Cefazolina 1 g por via endovenosa a cada 8 horas, por 24 a 72 horas, ou até o desbridamento cirúrgico.
- b) Cefazolina 1 g por via endovenosa a cada 8 horas e gentamicina 5 mg/kg por via endovenosa, por 24 a 72 horas.
- c) Cefazolina 1 g por via endovenosa a cada 8 horas e metronidazol 500 mg por via endovenosa a cada 8 horas, por 24 a 72 horas.
- d) Vancomicina 1 g por via endovenosa a cada 12 horas e piperacilina-tazobactam 4,5 g por via endovenosa a cada 6 horas, por 24 a 72 horas.

**77.** Paciente de 28 anos, previamente míope de grau elevado há 10 anos, com uso regular de óculos corretor, procura o Departamento de Emergência após notar uma dificuldade de enxergar do olho esquerdo desde que acordou. Relata a sensação de *flashes* luminosos na visão periférica do olho esquerdo, nega dor local. Ao exame físico, ele não apresenta alterações à inspeção ao olho nu. Seus reflexos fotomotor e consensual encontram-se preservados e ele não possui alterações no teste de Snellen (feito com os óculos). Sobre o quadro desse paciente, marque a alternativa correta:

- a) A ausência de dor neste contexto descarta a possibilidade de quadros graves, sendo indicado o manejo ambulatorial.
- b) A ultrassonografia point-of-care ocular pode confirmar o diagnóstico mesmo na ausência de exame de lâmpada de fenda.
- c) Uso de colírios hipotensores deve ser iniciado imediatamente.
- d) Ausência de trauma associado tranquiliza sobre a possibilidade de o tratamento ser cirúrgico.

**78.** Paciente de 26 anos é admitido ao Departamento de Emergência de um hospital público em São Paulo em julho, com relato de febre não aferida há cerca de 12 horas; nega tosse, dispneia, dor torácica, dor abdominal, disúria ou outros sintomas urinários; nega lesões cutâneas novas ou sangramentos; nega traumas. Ele relata ser previamente hígido e nega uso de medicações contínuas. Relata ter feito uso de dipirona por via oral com melhora parcial da febre. Ao exame físico, ele se encontra em BEG, consciente e orientado, sem rigidez de nuca, sem lesões cutâneas novas, eupneico em ar ambiente, exame dos aparelhos cardiorrespiratório sem alterações. Oroscoopia sem hiperemia ou outros achados patológicos. frequência cardíaca de 96 bpm, pressão arterial de 128 x 60 mmHg, frequência respiratória de 21 ipm, saturação periférica de oxigênio de 98%, temperatura de 38,3°C, prova do laço negativa. Sobre as condutas a serem realizadas nesse paciente, marque a correta:

- a) O paciente deve receber alta hospitalar com orientação de sinais de alarme e seguimento em Unidade Básica de Saúde.
- b) O paciente deve ser internado caso o resultado da proteína C reativa seja elevado.
- c) Devido ao alto risco de dengue, o paciente deve ser submetido à internação hospitalar.
- d) O paciente deve ser submetido à coleta de líquido cefalorraquidiano antes de receber alta hospitalar.

**79.** Sobre as competências e atribuições do médico regulador nas Centrais de Regulação de Urgência (CRU), assinale a alternativa correta:

- a) Caso o médico regulador entenda que está diante de uma parada cardiorrespiratória, sua função se limita a acionar a viatura e orientar a equipe quando ela estiver no local.
- b) Caso não julgue necessário o envio de viatura, o médico regulador deve informar ao solicitante em quais casos deve ligar para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
- c) É atribuição técnica do médico regulador possuir experiência como médico intervencionista, para melhor avaliação, condução e coordenação das ações em situações de urgência e emergência.
- d) Em caso de transferência assistida, é responsabilidade exclusiva do médico regulador realizar a solicitação de transporte junto à unidade receptora, garantindo a continuidade do cuidado.

**80.** Um paciente de 61 anos foi encontrado caído em casa, apresentando hemiparesia direita. É trazido por familiares que informam que ele foi visto bem pela última vez há 2 horas, quando se queixou de indisposição e dor no peito súbita. Ele é hipertenso e diabético. Admissão: pressão arterial de 100 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm; glicemia capilar de 89 mg/dL. Foi realizada a tomografia computadorizada de crânio em 25 minutos de acordo com o protocolo da instituição. Não há sinais de sangramento intracraniano. O *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) é de 24, e o *Alberta Stroke Program Early CT Score* (ASPECTS) 7. Qual o próximo passo?

- a) Não realizar trombólise, realizar angiotomografia computadorizada de pescoço e crânio.
- b) Realizar trombólise e angiotomografia computadorizada de crânio para avaliar trombectomia e provável oclusão de artéria cerebral média esquerda.
- c) Realizar trombólise venosa com alteplase: trata-se de acidente vascular cerebral isquêmico na janela.
- d) Indicar trombectomia: paciente com ASPECTS > 6 e NIHSS < 25 pelo *Endovascular Therapy Following Imaging Selection: A Randomized Trial* (DEFUSE 3).

**81.** Mulher de 55 anos, sem nenhuma incapacidade funcional prévia, admitida no Departamento de Emergência com história de dificuldade para comunicação verbal e paralisia de um lado do corpo há 3 horas. É hipertensa e diabética, em uso de enalapril e metformina. Não há histórico de trauma, cirurgia ou outras condições clínicas dignas de nota. À chegada, pressão arterial de 164/88 mmHg, frequência cardíaca de 101 bpm, com ritmo cardíaco irregular, glicemia capilar de 159 mg/dL, obedecendo a comandos, alerta, afásica, com paralisia facial e com hemiparesia completa à direita, com pontuação na *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) de 12. Ela foi submetida à tomografia computadorizada de crânio, com escore *Alberta Stroke Program Early CT Score* (ASPECTS) de 8. Assinale a alternativa correta.

- a) O ASPECTS avalia a extensão tomográfica do insulto, com boa acurácia para circulação vertebrobasilar.
- b) Para indicação de trombectomia mecânica, faz-se necessária ressonância magnética evidenciando DWI-FLAIR mismatch.
- c) A tenecteplase é não inferior à alteplase, no contexto de trombólise de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico.
- d) Em pacientes com NIHSS menor que 5, não há indicação de terapia trombolítica

**82.** Um paciente com AIDS chega à emergência com quadro de cefaleia, confusão mental, febre e ataxia. A tomografia mostra lesões que captam contraste associado a edema perilesional em gânglios da base, O líquido apresenta proteína de 40 mg/dL, glicose 80 mg/dL e predomínio de neutrófilos. Sobre o caso, escolha a alternativa correta?

- a) O diagnóstico mais provável é toxoplasmose cerebral. O tratamento inicial deve ser com sulfametoxazol + trimetoprima.
- b) O diagnóstico mais provável é tuberculose meningoencefálica. O tratamento inicial deve ser com RHZE.
- c) O diagnóstico mais provável é meningite criptocócica. O tratamento inicial deve ser com anfotericina b + flucitosina.
- d) O diagnóstico mais provável é a doença citomegálica. O tratamento inicial deve ser com ganciclovir.

**83.** Durante o manejo pós-retorno da circulação espontânea em uma criança de 4 anos após parada cardiorrespiratória, a equipe inicia ventilação mecânica e suporte hemodinâmico. Considerando as diretrizes da *American Heart Association* de 2020 e as melhores práticas baseadas em evidência para suporte pós-parada cardiorrespiratória pediátrico, qual das seguintes condutas está corretamente indicada?

- a) Manutenção da fração inspirada de oxigênio em 100% durante as primeiras 24 horas, visando à oxigenação máxima e neuroproteção.
- b) Utilização de dióxido de carbono expirado como marcador confiável de normocapnia para ajuste da ventilação no pós-parada cardiorrespiratória.
- c) Correção rigorosa da hipotensão com vasopressores para manter a pressão arterial sistólica  $\geq$  p50 para a idade.
- d) Administração rotineira de bicarbonato de sódio para correção da acidose metabólica observada após retorno da circulação espontânea.

**84.** Paciente de 72 anos, previamente hipertenso e dislipidêmico, apresentando quadro de dor abdominal constante e mal estar há 1 dia. Nega vômitos e diarreia. Sinais vitais: pressão arterial de 135 x 72 mmHg, frequência cardíaca de 85 bpm, frequência respiratória de 18 irpm, saturação periférica de oxigênio de 99% em ar ambiente, temperatura axilar de 37.9 °C. Ao exame físico, apresenta dor intensa à palpação do quadrante inferior esquerdo. Exames laboratoriais com seguintes achados: hemoglobinas em 14 g/dL, hematócritos em 35%, leucócitos totais em 15.000 células/mm<sup>3</sup>, plaquetas em 235.000/mm<sup>3</sup>, sódio em 132 mEq/L, potássio em 3,5 mEq/L, ureia em 45 mg/dL, creatinina em 1,5 mg/dL e proteína C reativa 8 mg/dL. Na tomografia computadorizada de abdome com contraste, apresenta divertículos e espessamento do cólon com borramento de gordura pericólica, não sendo observado abscesso. Qual principal manejo?

- a) Alta sem antibioticoterapia com orientações de dieta e reavaliação ambulatorial.
- b) Iniciar antibioticoterapia e encaminhar para procedimento cirúrgico de urgência.
- c) Iniciar antibioticoterapia, internar para manter tratamento conservador e reavaliação posterior.
- d) Alta com antibioticoterapia, orientações de dieta e reavaliação ambulatorial.

**85.** O descolamento prematuro de placenta é uma doença com alta morbimortalidade para o binômio mãe-feto. A paciente pode apresentar sinais de choque com danos maternos maiores, como coagulopatias, injúria renal aguda, histerectomia e morte. Nesse contexto, qual exame laboratorial tem maior correlação com severidade do sangramento, coagulação intravascular disseminada e necessidade de hemotransfusão?

- a) Razão Normalizada Internacional.
- b) Plaquetas.
- c) Gasometria arterial.
- d) Fibrinogênio.

**86.** Um paciente é admitido em uma emergência psiquiátrica apresentando um quadro que, durante a avaliação primária, o profissional de saúde classificou com pontuação 6 na escala *Behavioral Activity Rating Scale*. Qual das seguintes condutas é a mais apropriada para o manejo inicial desse paciente?

- a) Oferecer um ambiente calmo e isolado, solicitando que o paciente reflita sobre seu comportamento, evitando medicações para não mascarar a causa subjacente da agitação.
- b) Iniciar a contenção física, pois um *Behavioral Activity Rating Scale* 6 indica que o paciente é violento e requer restrição imediata.
- c) Empregar medidas farmacológicas, como haloperidol ou midazolam, se tentativas de descalonamento verbal falharem.
- d) Priorizar a busca por sinais e sintomas sugestivos de alteração do estado mental de origem clínica antes, pois não há necessidade de outra intervenção para a agitação.

**87.** Sobre o atendimento pré-hospitalar fixo, assinale a alternativa correta:

- a) A classificação de risco das Unidades de Pronto Atendimento é o principal parâmetro utilizado na decisão de encaminhar pacientes diretamente a outros serviços de menor complexidade.
- b) Unidades do Programa de Atenção Básica Ampliada podem receber pacientes encaminhados e mantê-los em observação por até 8 horas.
- c) Pacientes acolhidos em Unidades Básicas de Saúde que necessitem de maior nível de assistência devem passar obrigatoriamente pela Unidade de Pronto Atendimento e, posteriormente, aos serviços hospitalares se necessário.
- d) A utilização de um Núcleo Interno de Regulação deixa o processo de transferência mais rápido ao suprimir a necessidade de diálogo entre o plantonista e os outros médicos do sistema.

**88.** Homem de 49 anos é trazido à emergência após ingerir 15 comprimidos de clonazepam com bebida alcoólica. Está orientado, sem sinais vitais alterados, e afirma que “não pretende repetir o ato”. Relata tristeza há semanas e insônia. Tem histórico de tentativas de suicídio anteriores, sem seguimento psiquiátrico. Vive com a irmã, que diz que ele “melhora rápido quando está calmo”. O paciente deseja ir embora para “não perder o emprego”. Qual a conduta mais apropriada?

- a) Alta com orientações e reavaliação ambulatorial em até 72 horas.
- b) Encaminhamento ambulatorial eletivo, considerando estabilidade clínica e suporte familiar.
- c) Observação prolongada e liberação com termo de responsabilidade.
- d) Internação por risco elevado e ausência de fatores de proteção efetivos.

**89.** Um paciente de 70 anos, acamado há alguns meses, dependente para atividades básicas de vida, com insuficiência cardíaca New York Heart Association Classe IV com tratamento otimizado, apresenta, nos últimos 3 dias, uma piora significativa: dispneia ao repouso, permanece a maior parte do tempo sonolento, com períodos de despertar apenas para gemer ou queixar-se de cansaço, não responde com coerência, recusa totalmente a ingestão de alimentos e líquidos (Palliative Performance Scale - PPS - de 20). Apresenta queda do sulco nasolabial e *mottling*. Conversas sobre diretivas antecipadas com o paciente já vem acontecendo ambulatorialmente. Considerando o quadro clínico descrito, responda às duas questões a seguir.

Qual a principal inferência diagnóstica e a prioridade de cuidado?

- a) O paciente está em uma fase de descompensação aguda da insuficiência cardíaca; a prioridade é ajustar as medicações.
- b) O rebaixamento de nível de consciência é ameaçador à vida; a prioridade é garantir Suporte Avançado de Vida e medidas farmacológicas para compensação do quadro clínico.
- c) O paciente está na fase ativa de morte; a prioridade é o manejo dos sintomas para garantir o máximo conforto e dignidade.
- d) O paciente está em sepse; a prioridade é a investigação de foco infeccioso, descartar disfunções orgânicas no contexto da infecção e iniciar antibioticoterapia empírica.

**90.** Para o mesmo paciente da questão 89, quais as medidas iniciais mais apropriadas para o manejo da dispneia?

- a) Oferecer oxigênio suplementar em cateter nasal para conforto com morfina em bomba de infusão contínua para sedação paliativa.
- b) Iniciar morfina na dose de 2,5 mg a cada 4 horas, com monitorização da frequência respiratória.
- c) Realizar ventilação não invasiva, bem como vasodilatação endovenosa e diureticoterapia.
- d) Oferecer oxigênio suplementar em máscara não reinalante, administrar vasodilatação oral e diureticoterapia.

**91.** Um menino de 7 anos, com histórico de asma, chega ao Departamento de Emergência, em crise, apresentando sibilância intensa, taquipneia e uso de musculatura acessória. Após a administração de broncodilatadores inalatórios e corticosteroides sistêmicos, a mãe relata que ele “parece mais calmo” e “menos agitado”. Ao reavaliar a criança, você observa que, apesar da aparente calma, ele está com dificuldade para responder a comandos simples; sua sibilância está menos audível, mas o esforço respiratório persiste. A saturação de oxigênio é de 88% em máscara não reinalante, a 10 L/minuto.

Qual a alternativa melhor descreve a evolução clínica?

- a) A criança está respondendo bem ao tratamento. A diminuição da agitação indica melhora do quadro.
- b) A sibilância menos audível é um sinal positivo de broncodilatação eficaz, indicando que o tratamento está surtindo efeito.
- c) A aparente melhora do estado geral, combinada com a hipoxemia e a persistência do esforço, sugere fadiga e falência respiratória iminente.
- d) A saturação de oxigênio de 88% é aceitável para o momento, considerando que a criança está mais calma e menos agitada.

**92.** Durante um turno de trabalho, você é alocado para o setor de atendimento no fluxo de *fast-track*. Um paciente de 48 anos, trabalhador braçal, relata lombalgia há 10 semanas. Ele informou piora na última semana, com limitação das atividades laborais e aumento da dor ao fim do dia. Relata idas recorrentes ao Departamento de Emergência, onde recebeu medicações analgésicas que trouxeram alívio parcial. Nega febre, perda de peso e alterações motoras ou sensoriais. Assinale a alternativa correta:

- a) A ausência de *red flags* isoladamente é critério de segurança para descartar patologias graves.
- b) O uso da ultrassonografia *point-of-care* é útil, uma vez que permite avaliar tanto etiologias relacionadas à coluna, quanto causas não relacionadas.
- c) É um quadro típico de lombalgia mecânica. No entanto, dada sua persistência, deve receber avaliação complementar por meio de exames de imagem.
- d) Dor lombar que melhora com atividade física indica causa mecânica e não há necessidade de realizar nenhum exame de imagem para esse paciente.

**93.** Paciente do sexo masculino, 66 anos, hipertenso e cardiopata isquêmico, vem ao Departamento de Emergência com queixa de vertigem há 1 dia. Nega trauma, febre, hemorragias ou uso de algum remédio fora do habitual. No exame físico do *HINTS plus* apresentou:

- Teste do impulso cefálico normal.
- Nistagmo unilateral evocado pelo olhar e sem nistagmo espontâneo.
- *Skew Test* com deslocamento horizontal dos olhos.
- Perda de audição: unilateral.

Conforme o quadro acima, qual a melhor investigação para confirmação diagnóstica?

- a) Tomografia computadorizada de crânio com angiotomografia.
- b) Ressonância magnética de encéfalo com urgência.
- c) Manobra de Dix-Hallpike seguido de manobra de Epley.
- d) Ressonância magnética de encéfalo após 48 horas do início dos sintomas.

**94.** Um paciente do sexo masculino de 85 anos, com diagnóstico de doença de Alzheimer (*Frailty Scale* 5, levemente frágil), é admitido no Departamento de Emergência em parada cardiorrespiratória após ter sido encontrado caído em decúbito ventral. Durante o exame físico, são observados sinais de escoriações e equimoses antigas em membros e tronco, além de um ferimento corto-contuso na região occipital. O óbito foi constatado após insucesso nas medidas de reanimação.

Qual a conduta mais adequada do médico plantonista após a constatação do óbito, conforme as normativas do Conselho Federal de Medicina?

- a) Fornecer a Declaração de Óbito com a causa da morte CID 10 R96 – Outras mortes súbitas de causa desconhecida – e liberar o corpo para a família, orientando sobre os trâmites funerários.
- b) Notificar o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) para que realize a necropsia e emita a Declaração de Óbito, dada a causa desconhecida e a idade avançada do paciente.
- c) Providenciar o encaminhamento do corpo ao Instituto Médico Legal e registrar detalhadamente todos os achados no prontuário.
- d) Realizar uma reunião com a família para discutir o histórico clínico do paciente e preencher a Declaração de Óbito com base em comorbidades relatadas.

**95.** Paciente de 25 anos, em tratamento para doença de Crohn, apresenta-se ao Departamento de Emergência com queixa de sensação de face congesta e dor tipo pressão facial há 7 dias. Ele relata que apresentou um quadro de sintomas gripais, com descarga nasal, e febre ao início dos sintomas; estava em melhora clínica, porém voltou a ter sintomas intensos nos últimos 3 dias. Baseado nesse quadro clínico, está indicado:

- a) Cultura de aspirado do seio nasal (se disponível) e início de antibioticoterapia oral empírica.
- b) Solicitar raio X de seios da face e aguardar resultado para definir tratamento.
- c) Tomografia computadorizada de seios da face com contraste e aguardar resultado para definir tratamento.
- d) Indicar lavagem nasal e sintomáticos, por se tratar de possível quadro viral.

**96.** Conforme a resolução do Conselho Federal de Medicina 2.173/2017, o médico emergencista é um dos especialistas que são considerados capacitados para realização dos procedimentos de morte encefálica pela sua atuação e sua *expertise* em atendimento ao paciente em coma, assim como médicos intensivistas e neurologistas. Dessa forma, é fundamental o conhecimento detalhado por parte do emergencista acerca dos processos que envolvem a determinação de morte encefálica. Com base nessa afirmação e considerando que o paciente em questão se encontra em coma de causa conhecida e irreversível, estável hemodinamicamente, sem sinais de hipertensão intracraniana e normotérmico, qual das situações listadas a seguir é uma condição que impede a realização dos testes clínicos para determinação da morte encefálica?

- a) Tratamento para sepse de foco pulmonar.
- b) Trauma raquimedular com listese de C3-C4.
- c) Visão monocular com uso de prótese ocular unilateral.
- d) Pessoa vivendo com HIV com diagnóstico de meningite tuberculosa.

**97.** Mulher de 35 anos com hipertireoidismo, dá entrada com febre alta, frequência cardíaca 158 bpm, pressão arterial: 130 x 90 mmHg, desorientação, vômitos e sudorese intensa. O eletrocardiograma mostra taquicardia sinusal. O hormônio estimulante da tireoide era indetectável, T4 livre aumentado, transaminases e bilirrubinas elevadas e Razão Normalizada Internacional 1,8; sem sinais localizatórios de infecção. Qual a melhor conduta inicial diante da suspeita clínica?

- a) Iniciar metimazol, dexametasona e propranolol, mantendo iodeto de potássio para 4 a 6 horas após controle da temperatura.
- b) Iniciar propiltiouracil, hidrocortisona e iodeto de potássio em sequência imediata, sem betabloqueador diante do risco de colapso circulatório.
- c) Iniciar metimazol, propranolol e corticosteroide, introduzindo iodeto de potássio após 1 hora, independentemente da presença de febre.
- d) Priorizar controle hemodinâmico com volume e antipiréticos, aguardando rastreio infeccioso antes de iniciar terapêutica antitireoidiana.

**98.** Paciente de 73 anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica, fez uso recente de levofloxacino por uma exacerbação do seu quadro de base. Hoje procura o Departamento de Emergência com quadro de cinco evacuações líquidas associadas a dor abdominal em cólica e febre. No exame físico abdominal, está sem sinais de abdome agudo e com sinais vitais dentro da normalidade. Você suspeita de infecção por *Clostridium* e solicita teste de antígeno e para toxina A e B. O resultado é positivo para o teste antígeno e negativo para teste toxina A e B. Baseado nesse caso, qual a melhor conduta e tratamento?

- a) Resultado indeterminado, solicitar teste molecular; se positiva tratar com vancomicina por via oral.
- b) Resultado positivo, tratar com vancomicina por via oral.
- c) Resultado positivo, tratar com metronidazol por via oral.
- d) Resultado indeterminado, solicitar teste molecular, se positivo tratar com metronidazol por via oral.

**99.** Com relação ao manejo da crise convulsiva no recém-nascido, assinale a alternativa correta:

- a) O diazepam é a droga de primeira escolha por via intravenosa no neonato, devido à sua rápida ação e ao menor risco de encefalopatia bilirrubínica.
- b) O midazolam é o anticonvulsivante de primeira linha em neonatos, com doses tituladas a partir de 0,1 mg/kg/hora em infusão contínua, sendo preferida ao fenobarbital por apresentar menos efeitos adversos.
- c) O fenobarbital permanece como a medicação de primeira linha para crise convulsiva no período neonatal, sendo administrado inicialmente em dose de ataque de 20 mg/kg por via intravenosa, com possibilidade de repetição até 40 mg/kg/dia.
- d) A fenitoína deve ser utilizada como primeira linha em todos os neonatos com crises convulsivas, sendo preferível ao fenobarbital devido ao seu menor potencial de depressão respiratória e melhor tolerabilidade.

**100.** Paciente de 16 anos se apresenta ao Departamento de Emergência com quadro de dor testicular esquerda súbita, associado a náuseas e vômitos. Nega sintomas urinários. Quais dos sinais clínicos a seguir torna a suspeita de torção testicular mais provável?

- (I) Ausência do reflexo cremastérico.
  - (II) Sinal de Prehn (elevação do testículo) negativo.
  - (III) Um achado de massa (“nó”) acima do testículo.
  - (IV) Sinal de Prehn (elevação do testículo) positivo.
- a) Apenas I e II estão corretas.
  - b) Apenas III e IV estão corretas.
  - c) Apenas I, III e IV estão corretas.
  - d) Apenas I, II e III estão corretas.