



PROVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

MEDICINA DE

EMERGÊNCIA

2 0 2 6

Caderno de Questões

www.abramede.com.br



PROVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

MEDICINA DE

EMERGENCIA

2 0 2 6

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 66 páginas, sendo que a questão de número 100 terminará na página 66.
- 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. Homem de 41 anos, politraumatizado, é admitido no DE após IOT e início de ventilação mecânica. Está em infusão contínua de midazolam, com olhos fechados e pouca interação, porém mantém taquicardia, hipertensão, lacrimejamento e assincronia ventilatória durante mobilização. Não há hipotensão ou hipoxemia. Qual é a conduta mais adequada?

(a) Reavaliar sistematicamente dor, sedação e causas de assincronia, instituindo analgesia contínua titulada e ajustando sedação, conforme meta clínica.

(b) Aumentar progressivamente o midazolam até sedação profunda, pois ausência de interação garante controle adequado de dor e desconforto.

(c) Iniciar bloqueador neuromuscular contínuo, pois assincronia ventilatória eleva riscos de barotrauma em paciente intubado e deve ser tratada prioritariamente com paralisia.

(d) Suspender sedação contínua e manter apenas doses intermitentes de analgésico, pois sedação em infusão prolonga a ventilação mecânica.

2. Criança de 5 anos, admitida com relato de ingestão de planta desconhecida apresentando ao exame físico rubor facial, agitação, alucinações, FC: 170 bpm, PA: 140 x 90 mmHg, TAX: 38°C e midríase. Evoluiu com episódio convulsivo e retenção urinária. Sobre a identificação da possível toxíndrome, qual é a mais provável?

(a) Síndrome adrenérgica.

(b) Síndrome anticolinérgica.

(c) Síndrome colinérgica.

(d) Síndrome serotoninérgica.

3. Uma criança de 8 anos é admitida no DE após colisão automobilística em alta velocidade. Estava posicionada no banco traseiro utilizando apenas cinto abdominal de duas pontas. Refere dor abdominal difusa e apresenta equimose transversal em hipogástrio compatível com sinal do cinto de segurança. Ao exame, apresenta: FC: 145 bpm, PA: 95/60 mmHg, FR: 30 irpm e SpO2: 98% em ar ambiente. O FAST realizado na admissão é negativo para

líquido livre. Com base nos princípios da avaliação do trauma abdominal pediátrico, assinale a alternativa correta:

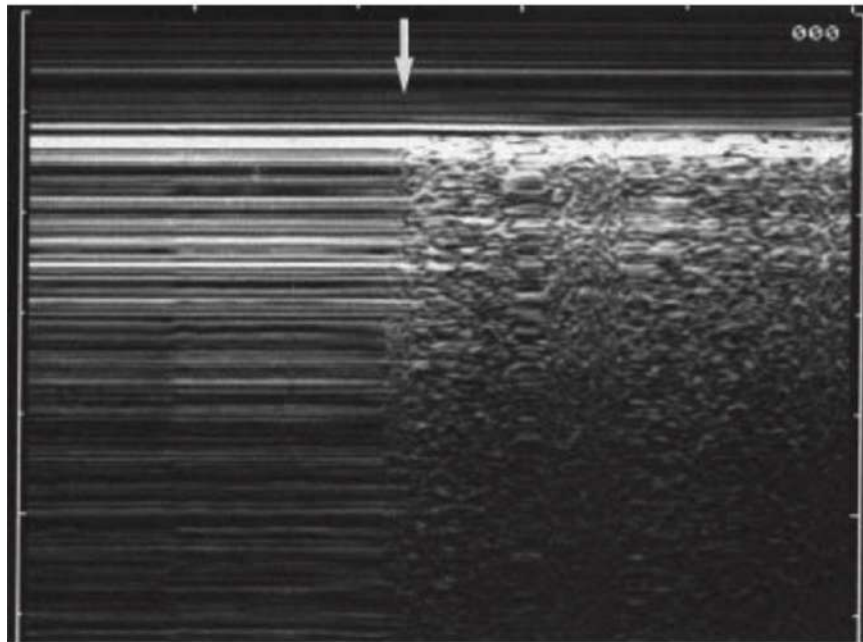
- (a) O mecanismo de trauma associado ao sinal do cinto de segurança caracteriza fator de risco para lesão intra-abdominal, e o FAST negativo não exclui a necessidade de investigação complementar.
- (b) O FAST negativo afasta lesão intra-abdominal clinicamente significativa, dispensando investigação complementar na ausência de hipotensão.
- (c) A ausência de hipotensão reduz significativamente a probabilidade de lesão intra-abdominal grave, uma vez que a PA é um marcador precoce de choque hemorrágico na criança.
- (d) A presença de suspeita de lesão intra-abdominal associada a mecanismo de alta energia constitui indicação formal de laparotomia exploradora.

4. Durante a regulação médica, você conversa com uma gestante, com idade gestacional de 38 semanas, referindo estar em sua segunda gestação, sentindo contrações há 5 horas. Ela relata que, no momento, são contrações rápidas, de menos de 1 minuto de duração, a cada 4 minutos. Nega perda de líquido no momento, mas refere perda de tampão mucoso há 2 dias. Nega outros sintomas e relata ter como ir ao hospital por meios próprios, caso necessário. Nesse contexto, assinale a alternativa correta:

- (a) Orientar aguardar em casa até o trabalho de parto efetivo.
- (b) Enviar ambulância de Suporte Avançado.
- (c) Enviar ambulância de Suporte Básico.
- (d) Orientar a procurar a maternidade por meios próprios.

5. Um homem de 28 anos é admitido na sala de trauma 30 minutos após ferimento por arma branca em tórax. Refere dor torácica e dispneia leve. Ao exame físico, apresenta ferimento de 3 cm, não soprante, localizado entre o 4º e 5º espaços intercostais à direita, na linha hemiclavicular. PA: 150 × 100

mmHg; FC: 108 bpm; FR: 24 irpm; SpO2: 97% em ar ambiente. A ausculta pulmonar é normal. Foi realizada radiografia de tórax em incidência posteroanterior, em ortostatismo, sem evidências de pneumotórax ou hemotórax. O ferimento foi suturado, e o paciente permaneceu em observação. Devido à persistência da dor torácica e da dispneia, sem alteração dos sinais vitais, é realizado ultrassom pulmonar à beira do leito com transdutor linear, na zona R2, utilizando o modo M, obtendo-se a imagem a seguir:



Com base nos achados ultrassonográficos, assinale a alternativa correta:

- (a) O achado é compatível com enfisema subcutâneo, responsável pela ausência de deslizamento pleural, não sendo possível concluir pela presença de pneumotórax. Nesse caso, torna-se necessária a realização de tomografia computadorizada de tórax para descarte de complicações.
- (b) O exame demonstra sinal da praia, afastando pneumotórax no hemitórax direito e confirmando que não houve violação da cavidade pleural pelo ferimento. O achado do ultrassom em consonância com o raio X permite descarte seguro da presença de complicações e permite alta precoce.
- (c) O exame demonstra o *lung point* no modo M, caracterizado pela alternância entre o padrão de código de barras e o sinal da praia durante o ciclo respiratório. Esse achado é altamente específico para pneumotórax.

(d) A presença de linhas B na imagem no contexto de trauma confirma a presença de contusão pulmonar radioculta à radiografia de tórax e permite descarte da presença de pneumotórax.

6. Um homem de 54 anos é admitido no DE com história de vômitos intensos há 3 dias, redução da ingesta alimentar e dispneia progressiva nas últimas horas. Ao exame físico apresenta-se desidratado, taquipneico, FR: 30 irpm, FC: 118 bpm e PA: 96 × 58 mmHg. Exames laboratoriais iniciais: Na: 138 mEq/L; K: 2,9 mEq/L; Cl: 82 mEq/L; lactato: 5,2 mmol/L; pH: 7,49; PaCO₂: 28 mmHg; HCO₃⁻: 21 mEq/L; pressão parcial de oxigênio em 92 mmHg; excesso de base: -1. Com base na análise gasométrica e nos dados clínicos apresentados, assinale a alternativa correta:

(a) Distúrbio misto caracterizado por alcalose metabólica associada à acidose respiratória.

(b) Alcalose metabólica simples secundária aos vômitos prolongados, com compensação respiratória adequada.

(c) Alcalose respiratória aguda simples decorrente da taquipneia, sem outros distúrbios ácido-base associados.

(d) Distúrbio misto caracterizado por alcalose respiratória associada à acidose metabólica com ânion gap aumentado.

7. Diante da superlotação e do aumento do tempo de permanência (*length of stay*) no DE, a coordenação decide estruturar um programa de melhoria de processos baseado na metodologia *Lean*. A equipe planeja reorganizar fisicamente as salas de procedimento, mapear todo o percurso do paciente desde a chegada até o desfecho e estabelecer um ritmo-alvo de atendimento compatível com a demanda diária do serviço. Sobre as ferramentas de qualidade e gestão aplicáveis a esse cenário, assinale a alternativa correta:

(a) Quando o *takt time* está acima do tempo de ciclo (*cycle time*) estimado para a demanda do turno, essa etapa passa a se comportar como gargalo, com acúmulo progressivo de pacientes em fila ao longo do período.

(b) A ferramenta 5S tem como objetivo principal mapear aspectos-chave no DE como segurança, sobrecarga, satisfação, sistematização, sinalização, otimizando-os para melhoria contínua do serviço.

(c) O *value stream map* (mapa de fluxo de valor) consiste em uma metodologia de organização visual dos custos em saúde em relação ao fluxo do paciente.

(d) O *takt time* corresponde ao ritmo de atendimento necessário para atender à demanda, obtido pela divisão do tempo disponível de operação pela demanda esperada no período.

8. Mulher, 52 anos, índice de massa corporal de 42 kg/m², apresenta pneumonia grave, SpO₂: 82% com máscara não reinalante a 15 L/minuto e FR: 38 irpm. Está agitada e retira repetidamente a máscara, mas mantém *drive* respiratório e reflexos protetores. A IOT foi indicada. Qual estratégia maximiza a segurança da pré-oxigenação?

(a) Administrar cetamina 1 mg/kg por via endovenosa (EV) ao longo de 60 segundos, permitir ventilação não invasiva com pressão positiva ao fim da expiração (PEEP) por, pelo menos, 3 minutos com a cabeceira elevada e, posteriormente, administrar o bloqueador neuromuscular (BNM) e realizar a laringoscopia.

(b) Administrar imediatamente propofol e BNM, iniciando ventilação com bolsa-válvula-máscara após o estabelecimento da apneia.

(c) Posicionar a paciente em decúbito horizontal, oferecer cateter nasal a 6 L/minuto por 1 minuto e realizar a laringoscopia sem BNM.

(d) Administrar midazolam e fentanil, mantendo máscara não reinalante a 10 L/minuto até que a saturação arterial de oxigênio alcance 90%.

9. Médico atua em unidade de emergência sem disponibilidade de tomografia computadorizada. Recebe paciente com déficit neurológico focal

súbito e rebaixamento do nível de consciência há aproximadamente 2 horas, hemodinamicamente estável. Após avaliação inicial, glicemia capilar normal e suporte clínico, mantém-se a hipótese de acidente vascular cerebral agudo. Considerando que a unidade não dispõe de neuroimagem, o médico solicita transferência regulada e prioritária para serviço de referência, com capacidade para realização de tomografia e eventual reperfusão. Três semanas depois, é chamado pela Comissão de Ética Médica após queixa familiar de que “o médico não fez nada pelo paciente”. Segundo o Código de Ética Médica, assinale a alternativa correta:

- (a) O médico não poderia transferir o paciente, devendo realizar o tratamento definitivo na própria unidade, ainda que não dispusesse de neuroimagem.
- (b) O médico deveria realizar trombólise imediatamente, pois a alta probabilidade clínica de acidente vascular cerebral isquêmico e a janela de 2 horas dispensam neuroimagem.
- (c) A solicitação de transferência representa tentativa de eximir-se de responsabilidade profissional, pois o médico deveria manter a paciente na unidade até definição diagnóstica.
- (d) O médico agiu adequadamente ao instituir as medidas possíveis na unidade, estabilizar a paciente e providenciar transferência prioritária para serviço com os recursos necessários à confirmação diagnóstica e ao tratamento definitivo.

10. Mulher de 34 anos procura o DE por cefaleia unilateral pulsátil há 8 horas, iniciada de forma insidiosa enquanto estudava, associada a vômitos e fotofobia. Escala Visual Numérica em 8, mas já foi pior anteriormente. Relata crises com padrão semelhante desde a adolescência. Está afebril, PA: 124 × 78 mmHg, com exame neurológico normal. Qual é a conduta mais adequada?

- (a) Tratar como provável migrânea no DE, com analgesia e antiemético conforme necessidade; reavaliação clínica e alta orientada, se houver melhora.

(b) Solicitar tomografia computadorizada de crânio, pois cefaleia intensa associada a vômitos e fotofobia indica maior probabilidade de cefaleia secundária.

(c) Realizar punção lombar nesse caso, pois cefaleia de forte intensidade com vômitos exige exclusão de hemorragia subaracnóidea.

(d) Prescrever dipirona associada à codeína como tratamento de primeira linha, considerando que cefaleias recorrentes de forte intensidade possuem pouco efeito analgésico com outras drogas.

11. Uma menina de 2 anos é levada ao DE por seus responsáveis devido à recusa para deambular após uma suposta queda da cama ocorrida há 3 dias. Durante a avaliação, observam-se hematomas em diferentes estágios de evolução na face, pescoço e tronco, além de queimadura circular bem delimitada no antebraço. Os responsáveis apresentam versões divergentes sobre o mecanismo do trauma e demonstram pouco interesse durante a avaliação da criança. Com relação à suspeita de abuso e maus-tratos infantis, assinale a alternativa correta:

(a) A aplicação do instrumento ESCAPE é somente recomendada após confirmação diagnóstica de abuso infantil, sendo inadequada para triagem no Departamento de Emergência.

(b) A existência de relato de trauma acidental pelos responsáveis reduz significativamente a probabilidade de maus-tratos, especialmente quando há lesões em diferentes estágios de evolução.

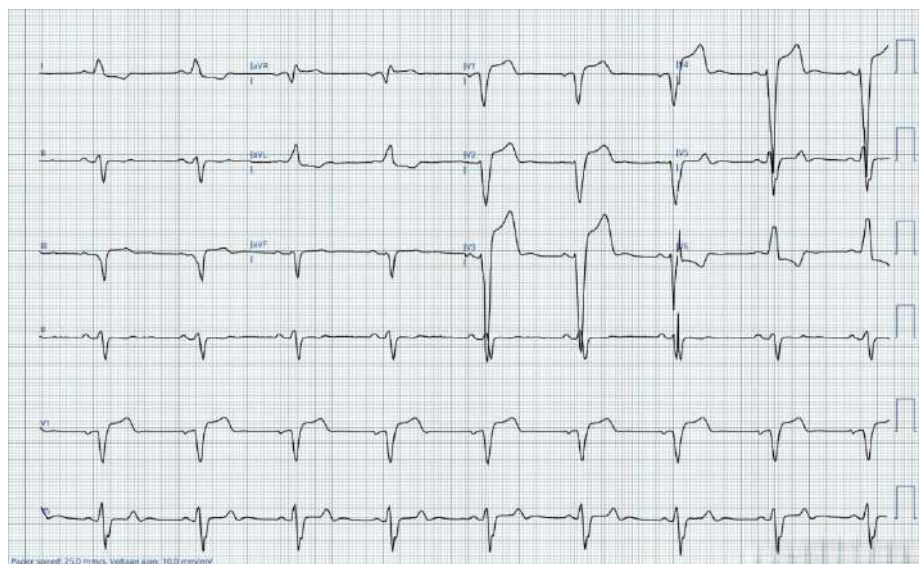
(c) A presença de hematomas em regiões contempladas pelo mnemônico TEN-4-FACEsp, associada a lesões com padrão sugestivo e história inconsistente, aumenta a suspeita de violência física infantil.

(d) A notificação às autoridades competentes deve ser realizada apenas após confirmação médico-legal do abuso, evitando notificações indevidas.

12. Ao apresentar à diretoria a proposta de Acreditação do Serviço de Emergência, um gestor deve caracterizar corretamente esse processo. Assinale a alternativa correta:

- (a) Trata-se de um processo de avaliação externa, de adesão voluntária e caráter periódico, conduzido por entidade independente e fundamentado na melhoria contínua.
- (b) Trata-se de uma avaliação interna conduzida pela própria comissão de qualidade da instituição, como mecanismo de melhoria contínua.
- (c) Trata-se de uma certificação obtida por avaliação externa, válida por prazo indeterminado enquanto mantidas as condições verificadas na visita inicial.
- (d) Trata-se de uma exigência compulsória da vigilância sanitária, sendo condição legal para o funcionamento do Serviço de Emergência, em complementariedade aos alvarás.

13. Homem de 52 anos com histórico de hipertensão é atendido em uma Unidade de Emergência devido à dor torácica. Ainda na triagem, é realizado o seguinte ECG:



Baseado neste ECG, qual a melhor alternativa:

- (a) O ECG em questão evidencia um bloqueio de ramo esquerdo, mas como não temos um ECG prévio do paciente, não se consegue avaliar se possui sinais de oclusão coronariana aguda.
- (b) O ECG em questão evidencia um supradesnivelamento de segmento ST sugestivo de oclusão coronariana aguda.
- (c) O ECG em questão evidencia uma taquicardia de QRS largo e devido à dissociação entre ondas P e complexos QRS, pode-se considerar uma taquicardia ventricular.
- (d) O ECG em questão não é sugestivo de oclusão coronariana aguda.

14. Equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é acionada para atendimento de homem de 82 anos, encontrado inconsciente em sua residência. Na chegada, o médico constata rigidez cadavérica e livores fixos. Familiares relatam insuficiência cardíaca avançada e câncer metastático, em cuidados paliativos domiciliares e acompanhado regularmente por equipe de atenção domiciliar. Não há trauma, violência ou suspeita de causa externa. Em relação à emissão da Declaração de Óbito (DO), assinale a alternativa correta:

- (a) Na ausência de suspeita de causa externa, a DO deve ser emitida pelo médico que prestava assistência ao paciente ou por médico vinculado ao programa de atenção domiciliar responsável pelo seu acompanhamento.
- (b) A existência de doença terminal conhecida dispensa a emissão da DO, sendo suficiente o registro do atendimento no prontuário do SAMU.
- (c) O médico do SAMU deve obrigatoriamente emitir a DO, pois todo médico que constata pessoalmente o óbito assume a responsabilidade pela declaração.
- (d) Todo óbito ocorrido no domicílio deve ser encaminhado ao Instituto Médico Legal, independentemente da causa provável da morte.

15. Um homem de 32 anos dirigia um carro envolvido em colisão frontal contra um poste a aproximadamente 90 km/hora. O volante encontra-se deformado e há marca evidente do cinto de segurança atravessando o tórax e o abdome. O paciente apresenta dor torácica e abdominal difusa. Sinais vitais: PA: 110×70 mmHg, FC: 108 bpm, FR: 24 irpm, SpO2: 96%. O FAST inicial é negativo. Considerando a análise da cinemática do trauma, qual das lesões a seguir deve manter elevado grau de suspeição, mesmo diante do FAST negativo?

- (a) Lesão de aorta torácica e lesão de víscera oca abdominal.
- (b) Contusão pulmonar isolada e fratura de clavícula.
- (c) Pneumotórax hipertensivo e ruptura esplênica maciça obrigatória.
- (d) Fratura de pelve em livro aberto e contusão pulmonar.

16. Diarreia aguda é queixa recorrente nos atendimentos nas unidades de emergência pediátrica. Em relação à gastroenterite aguda na infância, assinale a alternativa correta:

- (a) Apesar da ampla utilização da vacina contra o rotavírus, este permanece como a principal causa mundial de gastroenterite aguda, enquanto o norovírus é responsável apenas por surtos localizados.
- (b) O diagnóstico de gastroenterite aguda é predominantemente clínico, porém outras condições podem produzir manifestações semelhantes e devem ser consideradas durante a avaliação.
- (c) A investigação etiológica por culturas de fezes pode auxiliar no manejo de crianças com gastroenterite aguda, especialmente quando há suspeita de infecção bacteriana.
- (d) O uso rotineiro de probióticos é recomendado, uma vez que há evidência de redução da duração da doença e da necessidade de hospitalização.

17. Adolescente de 16 anos, admitida no DE com relato de ingestão de cerca de 24 comprimidos de paracetamol de 500 mg há 26 horas, apresentando náuseas, vômitos e dor no rebordo costal direito. Sobre esse caso, sabendo que no local há dosagem de paracetamol disponível e N-acetilcisteína venosa, marque a correta:

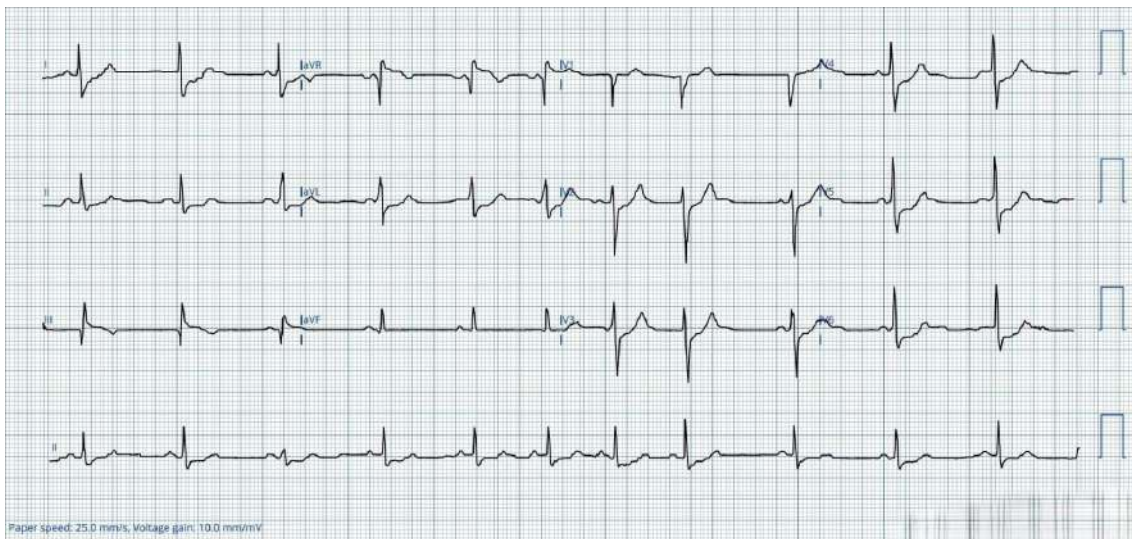
- (a) Como o período ideal para a administração da N-acetilcisteína corresponde às primeiras 8 horas após a ingestão e a paciente foi admitida tardiamente, essa estratégia não apresenta mais indicação nem traz benefício ao manejo da intoxicação.
- (b) Antes de indicar a administração do antídoto, deve-se realizar a dosagem sérica do paracetamol, pois trata-se de dose supostamente ingerida limítrofe, e a confirmação diagnóstica evita tratamentos desnecessários.
- (c) Caso a paciente já apresente alterações compatíveis com disfunção hepática nos exames laboratoriais, está indicado o uso do antídoto por tempo superior ao indicado rotineiramente.
- (d) Caso a N-acetilcisteína venosa não estivesse disponível, a opção pelo antídoto oral não seria indicada, pois sua eficácia é inferior, e a presença de náuseas e vômitos contraindica seu uso.

18. A respeito da comunicação de óbito no DE, assinale a alternativa que representa a conduta mais adequada:

- (a) Comunicar o óbito de forma direta no primeiro contato, para não prolongar a angústia da espera.
- (b) Verificar o quanto a família deseja saber sobre os detalhes do atendimento e das circunstâncias do óbito, respeitando seu ritmo e esclarecendo dúvidas.
- (c) Transmitir a informação em terminologia técnica precisa, de modo a evitar qualquer ambiguidade quanto ao desfecho.

(d) Diante do choro dos familiares, afirmar que compreende o que estão sentindo e, em seguida, conduzi-los às providências administrativas, ajudando-os a seguir adiante.

19. Paciente de 52 anos com hipertensão arterial sistêmica chega ao DE com dor torácica iniciada há 2 horas. Dor com característica retroesternal, com irradiação para membro superior esquerdo e diaforese. Sinais vitais estáveis. O ECG da triagem foi esse:



Com base nessas informações, qual a melhor conduta:

- (a) Seriar troponina, se houver curva, iniciar dupla antiagregação, estatina, anticoagulação e encaminhar para referência em cardiologia.
- (b) Solicitar angiotomografia de artéria pulmonar, pois o ECG sugere padrão típico de tromboembolismo pulmonar.
- (c) Encaminhar para referência em cardiologia, pois trata-se de uma oclusão coronariana aguda; visando à intervenção coronária percutânea, realizar ácido acetilsalicílico 300 mg e ticagrelor 180 mg.
- (d) ECG sugestivo de pericardite aguda. Solicitar troponina, iniciar ibuprofeno 400 mg por via oral e colchicina 0,5 mg por via oral.

20. Um homem de 72 anos, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e fibrilação atrial permanente, procura o pronto-socorro por dispneia progressiva há 5 dias, ortopneia e edema de membros inferiores. Ao exame físico, apresenta-se consciente, com FR: 28 irpm; SpO2: 90% em ar

ambiente; PA: 112/68 mmHg; FC: 104 bpm, turgência jugular, crepitações bibasais e edema de membros inferiores (+++/4+). Durante a avaliação inicial, é realizado um ultrassom cardíaco focado (FOCUS), sendo obtida a imagem da janela paraesternal longitudinal apresentada a seguir:



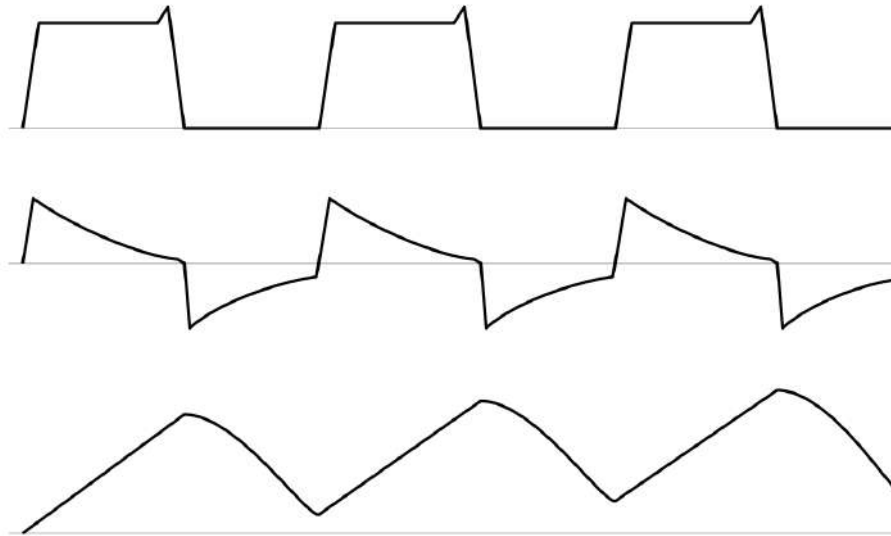
Com base nos achados ultrassonográficos, assinale a alternativa correta:

- (a) O líquido visualizado representa volumoso derrame pericárdico, sendo necessária investigação imediata de repercussão hemodinâmica, por provável tamponamento cardíaco.
- (b) O líquido visualizado representa derrame pericárdico, pois se localiza lateralmente à aorta torácica descendente, não havendo evidências de derrame pleural.
- (c) O líquido visualizado representa derrame pleural esquerdo, pois a coleção líquida localiza-se posteriormente à aorta torácica descendente.
- (d) O líquido visualizado representa derrame pleural esquerdo, porém sua diferenciação em relação ao derrame pericárdico não pode ser realizada pela janela paraesternal longitudinal, sendo obrigatória outra janela ecocardiográfica – preferencialmente a subcostal.

21. Homem, 29 anos, é admitido no pronto-socorro após agressão por arma branca em região torácica posterior na linha paravertebral esquerda. Encontra-se hemodinamicamente estável e consciente. Relata dificuldade para movimentar e sensação de parestesia em membros inferiores. Ao exame neurológico, encontramos força grau II em membro inferior esquerdo; perda da propriocepção e da sensibilidade vibratória à esquerda abaixo do nível da lesão; preservação da força no membro inferior direito; redução da sensibilidade dolorosa e térmica em membro inferior direito, iniciando alguns dermatômos abaixo da lesão; reflexo cutâneo plantar em extensão à esquerda. Na tomografia computadorizada, não evidencia fraturas vertebrais instáveis. Com base nos achados clínicos e de imagem apresentados, qual das alternativas a seguir corresponde ao diagnóstico síndrome mais provável nesse caso?

- (a) Síndrome do cone medular.
- (b) Síndrome de Brown-Séquard.
- (c) Síndrome da cauda equina.
- (d) Síndrome medular anterior.

22. Paciente de 68 anos, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, em ventilação mecânica no modo pressão de suporte, apresentando desconforto respiratório, com as seguintes curvas de pressão, fluxo e volume, respectivamente:



Considerando a assincronia identificada e o modo ventilatório em uso, a conduta mais apropriada para corrigi-la é:

- (a) A análise das curvas evidencia tempo inspiratório do ventilador menor que o esforço inspiratório neural do paciente, com pico de pressão ao fim da inspiração, fluxo expiratório que não retorna a zero antes do próximo ciclo e tendência à hiperinsuflação. Diminuir o tempo inspiratório programado.
- (b) A análise das curvas evidencia tempo inspiratório do ventilador maior que o esforço inspiratório neural do paciente, com pico de pressão ao fim da inspiração, fluxo expiratório que não retorna a zero antes do próximo ciclo e tendência à hiperinsuflação. Reduzir a porcentagem do critério de ciclagem.
- (c) A análise das curvas evidencia tempo inspiratório do ventilador menor que o esforço inspiratório neural do paciente, com pico de pressão ao fim da inspiração, fluxo expiratório que não retorna a zero antes do próximo ciclo e tendência à hiperinsuflação. Reduzir o volume corrente.
- (d) A análise das curvas é compatível com tempo inspiratório do ventilador maior que o esforço inspiratório neural do paciente, com pico de pressão ao fim

da inspiração, fluxo expiratório que não retorna a zero antes do próximo ciclo e tendência à hiperinsuflação. Aumentar a porcentagem do critério de ciclagem.

23. Sobre a presença de convulsões no paciente intoxicado, marque a opção verdadeira:

- (a) A hidantalização não deve ser postergada em pacientes com suspeita de intoxicação evoluindo com convulsões, a fim de prevenir o *status epilepticus*.
- (b) Na intoxicação por antidepressivos tricíclicos, a presença de convulsões é critério de mau prognóstico e se associa à predisposição a arritmias cardíacas.
- (c) O uso de benzodiazepínicos no tratamento de convulsões em pacientes com toxíndrome adrenérgica e anticolinérgica pode precipitar o rebaixamento do sistema nervoso central.
- (d) A passagem de sonda e a realização precoce de lavagem gástrica e carvão ativado previnem a ocorrência de convulsões em ingestão de substâncias convulsivantes.

24. A coordenação de um DE, diante de reclamações recorrentes sobre o tempo de espera e sem possibilidade de reduzir o tempo real de atendimento no curto prazo, decide implementar intervenções fundamentadas na psicologia da espera. Assinale a alternativa correta:

- (a) Informar a cada paciente, no acolhimento, que ele será atendido em breve e que sua situação está sob controle, oferecendo uma garantia tranquilizadora desde o primeiro contato.
- (b) Anunciar ao paciente um tempo estimado de espera mais curto do que o provável, para aliviar a ansiedade no momento da chegada, corrigindo a estimativa caso a espera se prolongue.
- (c) Substituir o reconhecimento presencial da chegada por um totem de autocadastro que emite a senha, dispensando a interação inicial da equipe e agilizando a entrada no fluxo.

(d) Comunicar uma estimativa realista do tempo de espera, ainda que longa, e atualizá-la periodicamente, mesmo que isso revele ao paciente uma demora maior do que a desejada.

25. Durante um transporte aeromédico em helicóptero de um paciente politraumatizado, intubado e em ventilação mecânica, a equipe observa aumento progressivo da pressão de pico nas vias aéreas, redução da SpO2 e piora hemodinâmica após a decolagem. Simultaneamente, o monitor passa a apresentar oscilações importantes no traçado e valores inconsistentes de PA não invasiva. Considerando os princípios fisiológicos e operacionais do transporte aeromédico, assinale a alternativa correta:

(a) A expansão gasosa decorrente da redução da pressão atmosférica pode agravar coleções gasosas não drenadas, enquanto vibração e ruído podem comprometer a precisão da monitorização, tornando indispensável a correlação com sinais clínicos.

(b) A piora clínica é mais provavelmente explicada pela redução da temperatura da cabine durante a ascensão, enquanto as alterações de monitorização decorrem exclusivamente de falha dos equipamentos.

(c) O aumento da pressão de pico ventilatória observado após a decolagem é incompatível com alterações fisiológicas relacionadas ao voo, devendo ser atribuído prioritariamente a erro de programação do ventilador.

(d) A vibração da aeronave interfere apenas em monitores de PA não invasiva, sem impacto relevante sobre oximetria ou eletrocardiografia.

26. Um paciente com história de queda de moto há 1 mês, restrito ao leito desde então, é atendido em um pronto atendimento de baixa complexidade do seu plano de saúde, onde é aventada a suspeita de tromboembolismo pulmonar com necessidade de investigação e tratamento em unidade de referência da mesma rede. Uma equipe de Suporte Avançado do SAMU é acionada para realizar a transferência, e, durante o trajeto, o paciente morre. A equipe do SAMU retorna com o paciente para a origem, que faz o acionamento do Instituto Médico Legal (IML) para o fornecimento do atestado de óbito. Em relação a esse caso, assinale a alternativa correta:

- (a) O médico intervencionista deveria ter passado o caso para o médico regulador e este, ter orientado o destino do corpo, além de emitir a declaração de óbito.
- (b) A equipe do SAMU deveria ter continuado o transporte, e a equipe do destino seria a responsável pela emissão da declaração de óbito.
- (c) O médico assistente do paciente da unidade de pronto atendimento deveria ter preenchido o atestado de óbito.
- (d) A responsabilidade pelo transporte desse paciente não é do SAMU e, se foi realizado, foi em caráter de excepcionalidade.

27. Um homem de 53 anos, com choque séptico de foco abdominal, necessita de acesso venoso central para infusão de noradrenalina. É realizada punção ecoguiada da veia axilar direita, sem intercorrências aparentes. Ao término do procedimento, são realizados exames de confirmação, com os seguintes achados:

* *Bubble test*: aparecimento de microbolhas no átrio direito 4 segundos após a injeção rápida de solução salina.

* Ultrassom pulmonar: *lung sliding* bilateral, padrão de linhas A e ausência de derrame pleural.

Com base nesses achados, assinale a alternativa correta:

- (a) O *bubble test* sugere mau posicionamento da ponta do cateter, enquanto o ultrassom pulmonar afasta pneumotórax relacionado ao procedimento.
- (b) O atraso das microbolhas confirma migração cefálica do cateter para a veia jugular interna direita, dispensando necessidade de investigação complementar.
- (c) O atraso das microbolhas pode ocorrer em pacientes com baixo débito cardíaco e também devido à escolha de sítio de punção mais distal, como o axilar.
- (d) O ultrassom pulmonar evidencia sinais sugestivos de pneumotórax, sendo necessária a avaliação no modo M para confirmação.

28. Em relação ao uso do flumazenil no paciente com evidências de superdosagem de benzodiazepínico, marque a situação na qual o antídoto tem a melhor indicação:

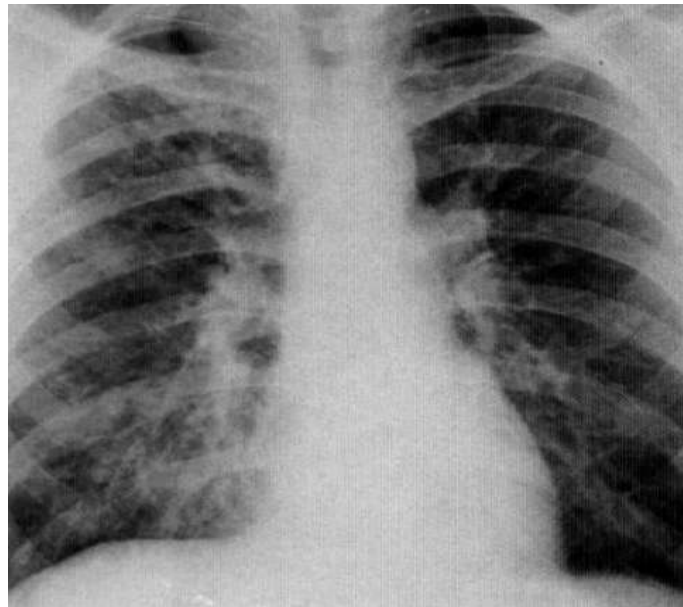
- (a) Paciente sabidamente usuário de benzodiazepínicos, com histórico de depressão e tentativas prévias de suicídio, encontrado em Glasgow 6 no domicílio, mantendo *drive* respiratório.
- (b) Paciente idoso portador de demência, apresentando massa a esclarecer no pescoço, submetido a sedação com midazolam para realização de tomografia computadorizada de região cervical, devido à agitação, evoluindo pós-sedação com desabamento da região, esforço respiratório e hipóxia.
- (c) Paciente jovem, admitido no DE, com relato de ingestão isolada de 900mg de diazepam, apresentando rebaixamento de nível de consciência, com relato de epilepsia.
- (d) Paciente etilista, em tratamento para *delirium tremens* no DE, tendo recebido dose excessiva de diazepam venoso, evoluindo com rebaixamento importante do nível de consciência, sem proteção de via aérea.

29. Um DE recebe, em média, 10 pacientes por hora, com demanda variável ao longo do dia. As capacidades por etapa são: triagem, 14 pacientes por hora; consulta médica, 8 pacientes por hora (dois médicos); e imagem, 10 pacientes por hora. Observam-se fila e aumento progressivo do tempo de permanência. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta:

- (a) Elevar só a consulta desloca o gargalo para a imagem, cuja capacidade iguala à demanda. Operando perto de 100%, a espera cresce de forma não linear; é preciso ampliar a capacidade médica e a de imagem acima da demanda.
- (b) Como a imagem e a triagem já comportam a demanda, basta elevar a capacidade da consulta, até igualá-la à demanda, para que o sistema fique dimensionado e a fila se resolva.
- (c) Acrescentar um terceiro médico, elevando a capacidade acima da demanda, elimina o gargalo do sistema e resolve a fila, por atuar diretamente sobre o recurso limitante.

(d) Como a capacidade média do conjunto comporta a demanda, a fila decorre de variação aleatória e pode ser absorvida pela capacidade ociosa dos horários de menor movimento.

30. Menino de 4 anos com diagnóstico de anemia falciforme chega à unidade de emergência com quadro de dor abdominal e em membros inferiores de forte intensidade sem alívio com analgésico comum, com necessidade de escalonamento da analgesia para opioide. Iniciada morfina por infusão contínua e mantido em monitorização na sala de emergência. Apresentou febre de 39°C e dor torácica, e a SpO2 chegou a 89%. Instalado oxigênio por cateter nasal 3L/minuto, com melhora da SpO2 para 97%, e foi solicitado raio X de tórax:



Qual a conduta mais apropriada neste momento?

- (a) Hiperidratação endovenosa (1,5 a duas vezes o volume de manutenção diário).
- (b) Suspender morfina infusão contínua.
- (c) Iniciar cefalosporina de segunda ou terceira geração e azitromicina.
- (d) Evitar fisioterapia respiratória para não aumentar a dor.

31. Um homem de 24 anos foi vítima de colisão de motocicleta *versus* automóvel na rodovia. Populares do local relataram que paciente estava responsivo logo após o ocorrido, porém, ao chegar à cena, a equipe de Suporte Avançado encontra o paciente inconsciente, com respiração irregular e sangramento em couro cabeludo. Ao exame físico inicial, paciente sem abertura ocular, com extensão anormal dos membros e sem resposta verbal. As pupilas são anisocóricas, com pupila direita de 6 mm e pupila esquerda de 3 mm. Diante do quadro apresentado, a equipe optou por realizar sequência rápida de IOT e iniciar medidas de neuroproteção, ainda no ambiente pré-hospitalar. Após estabilização inicial, qual das alternativas apresenta parâmetros adequados para o início da neuroproteção pré-hospitalar nesse paciente?

(a) A hiperventilação controlada, objetivando dióxido de carbono ao fim da expiração (EtCO₂) de 30 a 35 mmHg, fornece melhor neuroproteção nesse contexto.

(b) A elevação da cabeceira de 30 a 45° não deve ser realizada no contexto pré-hospitalar, por risco de trauma raquimedular associado.

(c) O alvo da capnografia no traumatismo cranioencefálico grave deve ser EtCO₂ de 40 a 45 mmHg.

(d) O uso do colar cervical não promove repercussões relacionadas ao traumatismo craniano em vigência de sinais de hipertensão intracraniana.

32. Mulher de 27 anos procura a emergência por dor súbita em fossa ilíaca direita, associada a náuseas e um episódio de lipotimia. Refere data da última menstruação há aproximadamente 40 dias. Está pálida, taquicárdica, com dor à palpação de hipogástrio e fossa ilíaca direita, sem febre. Qual é a conduta inicial mais adequada no Departamento de Emergência?

(a) Iniciar antibiótico para doença inflamatória pélvica, pois dor pélvica e náuseas tornam infecção genital a hipótese mais provável. O diagnóstico, neste caso, é clínico.

- (b) Priorizar analgesia e alta com retorno ambulatorial, pois dor pélvica em mulher jovem é frequentemente funcional ou relacionada ao ciclo menstrual.
- (c) Avaliar estabilidade hemodinâmica, solicitar tomografia de abdome como primeiro exame de imagem, pois apendicite é o diagnóstico mais provável.
- (d) Avaliar estabilidade hemodinâmica, solicitar beta-HCG e ultrassonografia como primeiro exame de imagem e considerar precocemente gravidez ectópica e torção ovariana.

33. Paciente vítima de acidente com cnidário (caravela) apresentando dor intensa local. Marque a alternativa correta em relação aos possíveis sintomas e manejo:

- (a) Compressas de água do mar e vinagre são contraindicadas, pois podem piorar a dor por disparar nematocistos por osmose.
- (b) O local geralmente apresenta hiperemia e dor intensa, não sendo descritas no local lesões como bolhas ou necrose superficial.
- (c) Manifestações de hipersensibilidade, como angioedema e choque, podem ocorrer e devem ser tratadas, conforme protocolos gerais.
- (d) O tratamento de escolha é a administração de analgésicos, gelo e compressas de água doce, que impede nematocistos aderidos à pele de disparar.

34. Homem de 65 anos, cardiopata, em choque séptico de foco urinário, intubado e em ventilação mecânica controlada (volume corrente 8 mL/kg, ritmo sinusal, sem esforço espontâneo). Já recebeu 30 mL/kg de cristalóide. Mantém-se em uso de noradrenalina 0,4 mcg/kg/minuto, com lactato 4,5 mmol/L, moteamento cutâneo e oligúria. À avaliação hemodinâmica com ultrassom à beira-leito, seguem os seguintes achados:

Elevação passiva das pernas (PLR): integral velocidade-tempo da via de saída do ventrículo esquerdo (VTI VSVE) sobe de 14 para 16,5 cm.

Ultrassom pulmonar: linhas B difusas (≥ 3 por espaço intercostal) em zonas anteriores e laterais, bilateralmente.

VExUS: Veia Cava Inferior 2,5 cm pouco colapsável; pulsatilidade da veia porta ~55%; veia hepática com inversão da onda S; veias intrarrenais com perda de fluxo monofásico e apresentando fluxo pulsátil diastólico.

Considerando os conceitos de fluido responsividade e fluido tolerância, a conduta mais apropriada é:

- (a) Repetir provas volêmicas guiadas pelo índice de distensibilidade da VCI, mantendo expansão até que esse índice seja inferior a 18%.
- (b) Administrar nova prova volêmica, pois o aumento do VTI > 10% após a PLR caracteriza fluido responsividade.
- (c) Considerar o paciente não fluidorresponsivo apenas porque apresenta VCI túrgida, com índice de distensibilidade inferior a 15%, e não indicar novas intervenções guiadas por testes dinâmicos.
- (d) Suspender novas expansões e priorizar a otimização do vasopressor, pois, embora fluido responsivo, o paciente apresenta sinais de fluido-intolerância.

35. Homem de 62 anos, tabagista e ex-etilista, procura o pronto-socorro por dor abdominal em cólicas há 3 dias, associada à distensão abdominal progressiva, náuseas, vômitos e perda ponderal não intencional nos últimos meses – em torno de 15 kg, segundo a filha que o acompanha na consulta. Ao exame físico, apresenta abdome distendido, sem sinais de irritação peritoneal. É realizado ultrassom à beira do leito (POCUS) abdominal em região de quadrante inferior direito do abdome, demonstrado na imagem a seguir:



Baseado na história clínica e na imagem do POCUS apresentada, qual é o diagnóstico mais provável?

- (a) Íleo paralítico.
- (b) Intussuscepção intestinal.
- (c) Obstrução intestinal por bridas.
- (d) Volvo intestinal.

36. Um adolescente de 14 anos, previamente hígido, é atendido no DE após colisão moto *versus* automóvel; ele era o carona da moto. Apresenta fratura fechada de diáfise de tibia e fíbula, importante dor local e necessidade de transferência para centro de trauma. Considera-se realizar um bloqueio periférico guiado por ultrassonografia como parte da estratégia de analgesia multimodal. Sobre essa estratégia de analgesia neste paciente e suas particularidades, assinale a alternativa correta:

- (a) O bloqueio periférico deve ser evitado em qualquer paciente que necessite transporte inter-hospitalar devido a seus riscos, em especial durante transportes prolongados.

(b) O bloqueio periférico apresenta eficácia analgésica inferior à analgesia sistêmica para fraturas de extremidades no contexto de ambiente pré-hospitalar.

(c) A possibilidade de síndrome compartimental associada à lesão deve ser avaliada antes da realização do bloqueio.

(d) A realização do bloqueio exige sedação prévia para reduzir o risco de lesão nervosa, pela movimentação do paciente durante o procedimento.

37. Considerando a seguinte evolução clínica em prontuário:

“Apesar das medidas terapêuticas instituídas, o paciente mantém sensação intensa de sufocamento, agitação por desconforto respiratório e sofrimento evidente.”

A equipe caracteriza o quadro como dispneia refratária. Nesse contexto, qual afirmação sobre sedação paliativa é correta?

(a) É indicada para aliviar sintoma grave e refratário no fim de vida, podendo reduzir o nível de consciência de forma proporcional ao sofrimento.

(b) Deve ser indicada para pacientes em fase ativa de morte, ainda que os sintomas estejam controlados.

(c) É equivalente à eutanásia, pois antecipa a morte por meio de sedativos.

(d) Deve ser evitada na emergência, pois sintomas refratários no fim de vida devem ser manejados apenas por equipe especializada.

38. Criança de 2 anos, previamente hígida, admitida no DE com relato de ter apresentado choro súbito no domicílio e evoluindo rapidamente com vômitos incoercíveis, sudorese profusa, glicemia capilar de 320 mg/dL, extremidades frias, taquipneia, FC: 65 bpm; PA: 86 x 47 mmHg e SpO₂: 89%, além de crepitações em base direita. Realizado ultrassom à beira do leito (POCUS) à admissão, qual das alternativas a seguir descreve o exame compatível com o quadro, de acordo com a hipótese diagnóstica mais provável:

- (a) Disfunção moderada de ventrículo esquerdo (VE), cava com distensibilidade preservada, linhas B coalescentes em hemitórax D e linhas A em hemitórax E.
- (b) Dilatação de câmara cardíaca direita, presença de sinal de Mc'Connell, veia cava túrgida, derrame pleural pequeno à direita.
- (c) VE hiperdinâmico, cava com distensibilidade preservada, padrão de hepatização em base pulmonar D.
- (d) Derrame pericárdico moderado, colapso diastólico de ventrículo direito, veia cava inferior dilatada, linhas B bibasais.

39. Um acidente com ônibus numa rodovia próxima leva, em cerca de 20 minutos, 18 vítimas a um hospital geral, sendo quatro delas em estado crítico. No DE, há dois médicos de plantão e oito leitos, já parcialmente ocupados pela demanda habitual. O hospital dispõe de centro cirúrgico com duas salas em atividade eletiva, seis leitos de unidade de terapia intensiva com vagas disponíveis e equipes de cirurgia e anestesia em sobreaviso. O emergencista de plantão, o mais experiente presente, conduz os primeiros minutos da resposta. Assinale a conduta de comando mais adequada:

- (a) Tratar como incidente de Nível I e conduzir apenas com a equipe e os leitos do DE, sem ativar o sistema de comando de incidentes.
- (b) Assumir o comando do incidente e centralizar as decisões estratégicas, por ser o profissional clínico mais experiente presente.
- (c) Reconhecer um incidente de Nível II, comunicar à gestão do hospital para ativar o sistema de comando de incidentes e assumir a Seção de Operações.
- (d) Tratar como incidente de Nível III, acionar a rede regional de saúde e transferir vítimas a outras instituições, por ultrapassar a capacidade do hospital.

40. Um paciente de 68 anos é admitido na sala de emergência por insuficiência respiratória aguda. Após IOT e início da ventilação mecânica, observaram-se redução da expansibilidade do hemitórax esquerdo e diminuição do murmúrio vesicular ipsilateral. Com o objetivo de investigar a

causa do achado, realiza-se ultrassonografia pulmonar no ponto PLAPS (*posterior and/or lateral alveolar and/or pleural syndrome*) à esquerda, cuja imagem é apresentada a seguir:



Com base nesta imagem, assinale a alternativa que melhor descreve o achado:

- (a) Intubação seletiva para o brônquio principal direito, causando atelectasia obstrutiva do pulmão esquerdo.
- (b) Pneumotórax à esquerda, com colapso pulmonar completo.
- (c) Derrame pleural volumoso associado à atelectasia compressiva do pulmão esquerdo.
- (d) Consolidação pulmonar por pneumonia lobar esquerda.

41. Mulher de 29 anos, previamente hígida, em tratamento para reprodução assistida, procura o pronto-socorro pela terceira vez em 2 semanas. Relatou fadiga, cefaléia e mal-estar, atribuídos inicialmente à ansiedade e, posteriormente, a possível efeito da hormonioterapia para estimulação ovariana. Hoje, refere febre, piora da astenia, equimoses espontâneas e dor associada a aumento de volume na panturrilha esquerda. Ao exame, apresenta

palidez, aumento gengival com gengivorragia discreta e equimoses em membros inferiores. Diante dessa evolução, qual interpretação clínica é mais adequada?

- (a) A recorrência de sintomas inespecíficos em paciente jovem, sem comorbidades, favorece hipótese funcional, devendo-se priorizar manejo sintomático e seguimento ambulatorial.
- (b) A associação de sintomas subagudos sugere leucemia aguda, incluindo leucemia promielocítica aguda no diagnóstico diferencial diante de manifestações hemorrágicas e possível evento trombótico.
- (c) O conjunto sugere predominantemente evento adverso da hormonioterapia, pois a dor em panturrilha indica trombose venosa, justificando o quadro.
- (d) A presença de febre e dor em panturrilha torna infecção de partes moles a hipótese principal, sendo a investigação hematológica indicada, se houver falha terapêutica após antibiótico.

42. Paciente de 41 anos sofre esmagamento pélvico por maquinário industrial. Na admissão apresenta PA: 84 x 48 mmHg; FC: 142 bpm; necessidade de hemotransfusão e crescente necessidade de uso de droga vasoativa. Na radiografia pélvica, apresenta diástase importante da sínfise púbica e abertura posterior da articulação sacroilíaca esquerda. Qual mecanismo de lesão está mais associado ao padrão descrito e à gravidade hemorrágica?

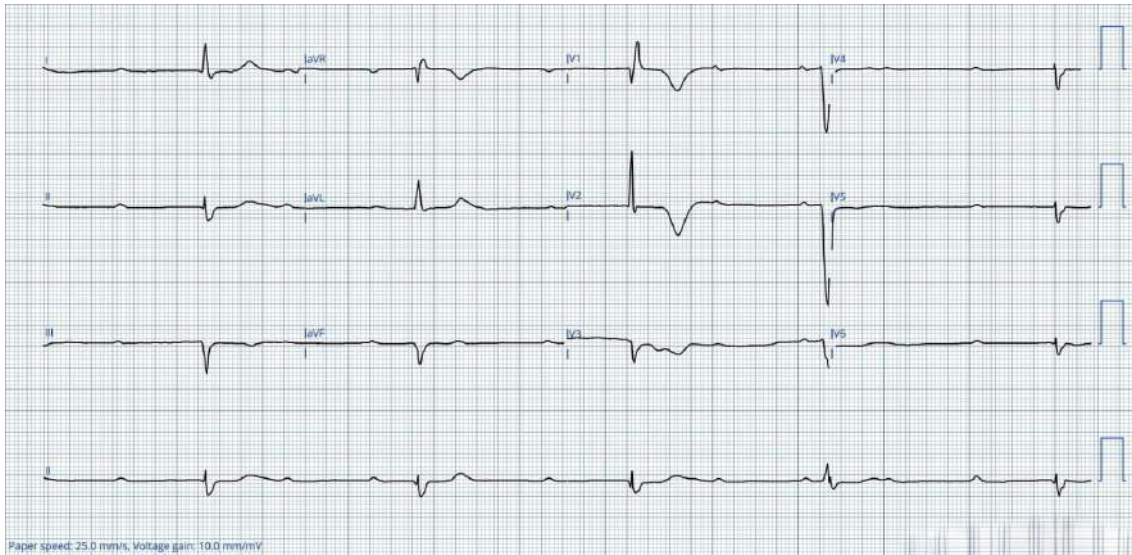
- (a) Fratura isolada de ramo púbico, com importante sangramento predominantemente arterial focal.
- (b) Compressão lateral com redução volumétrica da pelve.
- (c) Cisalhamento vertical puro, sem aumento significativo do volume pélvico.
- (d) Compressão anteroposterior, com aumento volumétrico pélvico importante.

43. Paciente de 83 anos, apresentou síncope seguida de queda da própria altura com traumatismo cranioencefálico. Na admissão no DE, apresentava hematoma subgaleal na região temporal direita. No exame inicial, apresenta: Glasgow 13, pupilas isocóricas e fotorreagentes; FR: 14 irpm; FC: 38 bpm irregular; PA: 90x60 mmHg; SpO2: 98%.

Exames laboratoriais: Hb: 10,8; hematócrito: 30%; leucócitos: 6.340/mm³; plaquetas: 120.000/mm³; Na: 137; K: 3,6; proteína C-reativa: 0,8; Cr: 1,8; Uréia: 70. Realizou tomografia computadorizada de crânio, que evidenciou hematoma epidural e subdural contralateral, com a seguinte imagem:



Realizado eletrocardiograma, o traçado foi o seguinte:



Qual o diagnóstico e o tratamento inicial adequado para o paciente?

- (a) Trata-se de um traumatismo cranioencefálico grave (TCE), com efeito de massa e aumento de pressão intracraniana, evoluindo com bradicardia. Necessita de intervenção neurocirúrgica de emergência.
- (b) Trata-se de um bloqueio atrioventricular total com critérios de instabilidade, com TCE sem hipertensão intracraniana. Instalar marca-passo provisório e manter observação neurológica.
- (c) Trata-se de uma bradicardia sinusal e TCE moderado. Realizar suporte de oxigênio com cânula nasal e noradrenalina para manter PA média entre 90 e 110 mmHg.
- (d) Trata-se de uma bradicardia sinusal sintomática. Após realização de atropina, apresenta grande probabilidade de melhora da FC e resolução das síncopes, podendo aguardar em enfermaria para intervenção neurocirúrgica eletiva.

44. Em relação à estratégia *step-by-step* para avaliação do lactente febril sem foco infeccioso definido, assinale a alternativa correta:

- (a) A estratégia prioriza a identificação de pacientes de baixo risco, utilizando a combinação de aparência clínica, urinálise e biomarcadores inflamatórios.
- (b) A estratégia foi desenvolvida para substituir os protocolos clássicos de estratificação de risco, eliminando a necessidade de avaliação clínica subjetiva.
- (c) A estratégia considera que lactentes com boa aparência clínica podem ser classificados como baixo risco, independentemente dos resultados laboratoriais.
- (d) A estratégia utiliza exclusivamente exames laboratoriais para reduzir a variabilidade interobservadora da avaliação clínica.

45. Paciente de 28 anos, portador de *diabetes mellitus* tipo 1, apresentou quadro de náuseas, vômitos e dor abdominal difusa há 2 dias. Relatava glicemia capilar de 289 mg/dL, sendo realizada correção com 4 UI de insulina ultrarrápida por via subcutânea. Uma hora após a aplicação da insulina, o paciente mantinha os sintomas, sendo admitido no Departamento de Emergência. Na avaliação inicial, apresentava-se em REG, desidratado 2+/4+, FC: 105 bpm; FR: 28 irpm; PA: 131×82 mmHg; SpO2: 98% e TAX: 37,6°C. Os exames laboratoriais evidenciaram glicemia: 123 mg/dL; Na: 144 mEq/L; K: 5,7 mEq/L; pH: 7,1; HCO3: 10 mEq/L; pressão parcial de oxigênio: 99 mmHg e PaCO2: 20 mmHg. Qual das alternativas a seguir melhor exemplifica a principal hipótese diagnóstica e melhor conduta inicial:

- (a) Cetoacidose diabética: iniciar hidratação endovenosa (EV) com cristalóide e reposição inicial de potássio, seguidas de insulina regular 0,1 UI/kg em BIC.
- (b) Estado hiperglicêmico hiperosmolar: iniciar hidratação EV com cristalóide, insulina regular 0,5 UI/kg em BIC, infusão de soro glicosado 5% e reposição de potássio.
- (c) Cetoacidose diabética euglicêmica: iniciar hidratação EV com cristalóide, insulina regular 0,1 UI/kg em BIC e infusão de soro glicosado 5%, sem reposição inicial de potássio.

(d) Cetoacidose diabética euglicêmica: iniciar hidratação EV com solução bicarbonatada isotônica, reposição de potássio antes de iniciar insulina, insulina regular 0,5 UI/kg em BIC e infusão de soro glicosado 5%.

46. Homem, 55 anos, com angioedema, é submetido à indução e ao bloqueio neuromuscular. Duas tentativas otimizadas de intubação falham. A ventilação com bolsa-válvula-máscara e dispositivo extraglottico não produz expansão torácica nem curva capnográfica, e a SpO2 cai para 62%. Qual é a próxima conduta?

- (a) Realizar cricotireoidostomia por punção e utilizá-la como via aérea definitiva no paciente adulto.
- (b) Interromper as intervenções e aguardar o retorno da ventilação espontânea após o término do bloqueio neuromuscular.
- (c) Realizar uma terceira tentativa de laringoscopia com o mesmo operador, utilizando uma lâmina diferente.
- (d) Realizar imediatamente cricotireoidostomia cirúrgica pela técnica dedo-bisturi-bougie, com introdução de tubo endotraqueal 6.0.

47. Paciente do sexo masculino, 63 anos, 80 kg, com hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*, chega ao DE com queixa de afasia grave e discreta paralisia facial central para a direita iniciada há 2 horas. Nega trauma, nega febre, nega síncope ou tremores involuntários. FC: 80 bpm; SpO2: 97%; FR: 18 irpm; PA: 183/108 mmHg, Glasgow 15, com pupilas isocóricas e fotorreagentes, e glicemia capilar: 98. Sem demais alterações do exame neurológico ou físico. Foi realizada tomografia de crânio sem contraste, mostrando hipodensidade em território de cerebral média esquerda com ASPECTS 9. Demais laboratórios para protocolo de acidente vascular cerebral (AVC) dentro da normalidade. Baseado nessas informações assinale a melhor alternativa:

- (a) É um AVC com *NIH Stroke Scale/Score* (NIHSS) de 3 pontos, não sendo indicada a trombólise química. Deve-se iniciar imediatamente dupla antiagregação, estatina de alta potência, profilaxia de tromboembolismo venoso

e avaliação com fonoaudiologia; a pressão permitida nesses casos é até 220/120.

(b) É um AVC minor sem indicação de trombólise por NIHSS menor que 5. Deve receber dupla antiagregação plaquetária por 21 dias, associada à estatina de alta potência, fisioterapia motora e avaliação da fonoaudiologia. A profilaxia química de tromboembolismo venoso só deve ser realizada após tomografia computadorizada de controle com 24 horas do déficit.

(c) É um AVC agudo com indicação de trombólise pelo tempo de 2 horas de déficit, independentemente do NIHSS. A dose do alteplase é de 72 mg com bólus de 10% e o restante em 1 hora. A pressão durante a trombólise deve ser menor ou igual a 200/110 mmHg.

(d) É um AVC minor (NIHSS menor que 5), com indicação de trombólise por déficit funcional importante. A pressão após o início da trombólise deve ser menor 180/105 mmhg e devem ser utilizadas 72 mg de alteplase.

48. Um DE de um hospital geral do Sistema único de Saúde (SUS) apresenta-se recorrentemente com pacientes em macas nos corredores; demora para transferência interna; e permanência prolongada de casos já avaliados pela equipe da emergência. A direção propõe como medida principal ampliar o número de atendimentos na porta de entrada para as consultas iniciais. Com base nas estratégias de gestão de superlotação, qual intervenção tende a enfrentar a situação de forma mais adequada?

(a) Aumentar prioritariamente a velocidade da classificação de risco inicial, pois a superlotação decorre sobretudo da demora no primeiro atendimento.

(b) Direcionar a maior parte dos pacientes de baixa complexidade para a Atenção Primária, pois a redução da demanda espontânea é a medida mais efetiva para resolver a superlotação hospitalar.

(c) Administrar o fluxo assistencial com gestão de leitos, altas oportunas, articulação com setores diagnósticos e internação.

(d) Ampliar leitos hospitalares, pois a principal causa da superlotação é a insuficiência física de vagas no sistema de saúde.

49. Sobre complicações no parto, assinale a alternativa correta:
- (a) No caso de distócia de ombro, a hiperflexão das coxas da mãe, associada à pressão em região fúndica, é uma conduta adequada.
 - (b) Em caso de prolapso de cordão umbilical, a posição de Trendelenburg, associada à elevação manual da apresentação fetal, é recomendada.
 - (c) No caso de trabalho de parto prematuro, são recomendadas a tocólise e a corticoterapia antenatal antes de 36 semanas de gestação.
 - (d) Durante o trabalho de parto pélvico, ao optar-se pela posição em quatro apoios, deve-se levar o dorso fetal em direção ao abdome materno.

50. Mulher de 72 anos, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, exacerbada, em ventilação não invasiva por máscara oronasal há 60 minutos (BIPAP/PSV: EPAP 5, IPAP 12, PS 7 cmH₂O; disparo a fluxo 3 L/minuto). Mantém-se taquipneica e agitada. No ventilador, a frequência total é de 32 irpm, mas os esforços inspiratórios ao exame são de cerca de 22 por minuto, com fração de fuga elevada e ciclos pressóricos que não coincidem com o esforço. SpO₂: 92%, estável, sem rebaixamento, tolerando o dispositivo e protegendo a via aérea; gasometria de controle sem piora. Assinale a conduta mais adequada nesse momento:

- (a) Indicar IOT e iniciar ventilação mecânica invasiva.
- (b) Elevar a IPAP para 18 cmH₂O, mantendo a EPAP em 5 cmH₂O.
- (c) Ajustar o disparo a fluxo de 3 para 5 L/minuto e readequar a interface.
- (d) Aumentar a EPAP para 8 cmH₂O e elevar a sensibilidade do disparo.

51. Homem de 58 anos procura o pronto-socorro por dor torácica súbita e intensa iniciada há cerca de 1 hora, descrita como “lancinante”, com irradiação para as costas. Sinais vitais: PA: 190 x 110 mmHg; FC: 110 bpm; FR: 22 irpm e SpO₂: 96%. À ausculta cardíaca, observa-se sopro diastólico em foco aórtico. O ECG não mostra sinais de isquemia aguda.

Durante a avaliação à beira do leito, o médico realizou ultrassom à beira do leito (POCUS) cardíaco, identificando uma raiz da aorta medindo 4,6 cm,

presença de discreto derrame pericárdico e refluxo aórtico ao Doppler colorido, não visualizado flap intimal.

Considerando os dados clínicos e ultrassonográficos, qual a melhor interpretação desse caso?

- (a) O refluxo aórtico ao Doppler, associado ao diâmetro da raiz da aorta dentro da normalidade, sugere doença valvar aórtica crônica, reduzindo a probabilidade de síndrome aórtica aguda.
- (b) A ausência de *flap* intimal na avaliação com POCUS torna improvável o diagnóstico de dissecação aguda de aorta.
- (c) Os achados clínicos e ultrassonográficos conferem elevada probabilidade de síndrome aórtica aguda, justificando investigação definitiva urgente, com angiotomografia de tórax e tratamento direcionado.
- (d) O derrame pericárdico identificado ao POCUS sugere etiologia inflamatória aguda como diagnóstico mais provável associado à dor torácica súbita.

52. Sobre a avaliação da perfusão tecidual no choque circulatório, assinale a alternativa correta:

- (a) O gradiente venoarterial de dióxido de carbono (CO_2), o *gap* de CO_2 , é um bom marcador de hipóxia tecidual e deve ser utilizado para confirmar a hipoperfusão no choque.
- (b) As janelas de perfusão (pele, sistema nervoso central e rins) permitem avaliar a perfusão à beira do leito, e o escore de Mottling é preditor independente de mortalidade na sepse.
- (c) Um tempo de enchimento capilar normal ou acelerado reflete boa perfusão periférica e, no choque vasoplégico, costuma afastar a hipoperfusão sistêmica relevante.
- (d) A hiperlactatemia decorre da hipoperfusão tecidual, e, por traduzir o metabolismo anaeróbio das células mal perfundidas, sua elevação caracteriza o estado de choque circulatório.

53. Sobre o acidente por serpente do gênero *Micrurus*, marque a correta:
- (a) A dentição solenóglifa é a responsável pela picada ineficaz, sendo o *dry bite* frequente nesses acidentes.
 - (b) São serpentes de hábito noturno e agressivas, e os acidentes geralmente acometem os membros inferiores.
 - (c) O distúrbio de coagulação geralmente é tardio e não deve ser levado em consideração na classificação do acidente.
 - (d) Neurotoxinas pré-sinápticas e pós-sinápticas atuam direta ou indiretamente na modulação da acetilcolina, provocando os sintomas do acidente.

54. Homem de 68 anos chega ao DE com história de melena iniciada há 1 dia com síncope associada. Ao exame inicial: PA: 92 x 58 mmHg; FC: 126 bpm; FR: 24 irpm; pele fria e moteada, Glasgow 15, hemoglobina: 12,8 g/dl, hematócrito: 38%, leucócitos: 8.320/mm³, plaquetas: 98.000/mm³, lactato arterial: 5,2 mmol/L, excesso de base: -8 mEq/L. Após avaliação, equipe médica assistente optou por aguardar novo exame laboratorial, para iniciar transfusão de hemocomponente. Qual interpretação fisiopatológica está correta nesse caso?

- (a) Apesar do *Shock Index* ser superior a 0,9, esse parâmetro não possui utilidade na avaliação fisiológica do choque neste caso, por não se tratar de uma vítima de trauma.
- (b) A Hb inicial pode permanecer normal na fase precoce da hemorragia aguda.
- (c) A hiperlactatemia sugere predominantemente disfunção mitocondrial isolada.
- (d) O excesso de base reduzido possui baixa correlação com gravidade e perfusão tecidual.

55. Homem de 52 anos, grande obeso, com pneumonia comunitária e insuficiência respiratória hipoxêmica. Está taquipneico e ansioso, porém cooperativo e tolerando pré-oxigenação com ventilação não invasiva, no entanto, sua melhor pré-oxigenação, apesar de aumentos de pressão positiva

ao fim da expiração, é de SpO₂: 88%. Apresenta-se estável, com PA: 128×76 mmHg e FC: 108 bpm. Ao exame da via aérea: abertura bucal adequada, Mallampatti II, distância tireomentoniana normal, mobilidade cervical prejudicada, sem distorção anatômica, massa cervical, edema ou sangramento. Indica-se via aérea definitiva, em um contexto de Unidade de Pronto Atendimento, com poucos recursos, apenas um médico plantonista e equipe com baixa experiência em pacientes críticos. Considerando a escolha do método de intubação (sequência rápida [RSI]; sequência atrasada de intubação [DSI]; intubação acordado), a conduta mais apropriada é:

- (a) Sequência rápida (RSI) com preparação dupla.
- (b) Intubação acordado, mantendo ventilação espontânea, pois a obesidade e a hipoxemia configuram via aérea difícil, que contraindica a paralisia.
- (c) Sequência atrasada (DSI), com cetamina em dose dissociativa para otimizar a pré-oxigenação antes de paralisar, dada a hipoxemia.
- (d) Intubação com sedação isolada (sem bloqueador neuromuscular), para preservar a ventilação espontânea por conta da obesidade.

56. Em um DE, uma bomba de infusão programada incorretamente administra dez vezes a dose prescrita de insulina a um paciente, que evolui com hipoglicemia grave, revertida após intervenção, sem sequelas. Ao conduzir a análise do ocorrido, a equipe de gestão de risco deve:

- (a) Direcionar a investigação à identificação nominal do profissional que programou a bomba, de modo a permitir sua responsabilização e o retreinamento individual como medida corretiva.
- (b) Conduzir a análise de causa raiz para mapear os fatores contribuintes do sistema (humanos, de processo e tecnológicos), apoiando-se no diagrama de Ishikawa, sem reduzir o evento à culpa individual.
- (c) Classificar o caso como quase-falha (*near miss*), pois o paciente se recuperou sem sequelas, e mantê-lo apenas em registro interno da equipe, sem notificação ao sistema.

(d) Tratar o episódio como falha pontual e inevitável, dada a imprevisibilidade do DE, aguardando eventual recorrência antes de instituir barreiras no processo.

Caso clínico para as questões 57 e 58:

Paciente de 9 meses trazido à emergência com história de febre, tosse, coriza e diminuição da aceitação alimentar há 3 dias. Hoje apresentou-se mais sonolento e subitamente apresentou desvio da face e olhos para o lado esquerdo, com paralisação do lado esquerdo do corpo, ficando assim por cerca de 10 minutos. A seguir, iniciou movimentos tônico-clônicos generalizados, intercalados com momentos de acalmia, mas sem recuperação da consciência entre os episódios. Chega ao pronto-socorro ainda apresentando os episódios. Durante transporte pelo SAMU recebeu midazolam intranasal, com melhora momentânea. Paciente foi levado para a sala vermelha, monitorizado e recebeu suplementação de oxigênio e antitérmico. Pergunta-se:

57. Em caso de refratariedade da crise, qual alternativa demonstra a melhor sequência de escalonamento medicamentoso?

- (a) Três doses de benzodiazepínicos/ fenobarbital / propofol.
- (b) Benzodiazepínicos / fenitoína / midazolam em infusão contínua.
- (c) Fenobarbital/ benzodiazepínicos/ fenitoína.
- (d) Cetamina / fosfenitoína / fenobarbital.

58. Qual a principal hipótese diagnóstica etiológica quanto a esse quadro?

- (a) Convulsão febril simples.
- (b) Convulsão febril complexa.
- (c) Meningoencefalite.
- (d) Síndrome de West.

59. Durante a realização de um FAST em paciente politraumatizado, o médico obtém a imagem apresentada a seguir no quadrante superior direito. Ele procura visualizar o espaço de Morrison, porém tem dificuldades. Qual é o ajuste inicial mais apropriado para otimizar essa janela ultrassonográfica?



- (a) Ajuste de *time gain compensation* (TGC).
- (b) Aumentar o ganho global.
- (c) Trocar para um transdutor linear.
- (d) Reduzir a profundidade.

60. Paciente de 78 anos é trazido ao DE pela filha, que relata confusão mental iniciada há 2 dias. Ao exame, o paciente está desorientado, com dificuldade de atenção e sonolento. Sinais vitais: PA: 130/80 mmHg; FC: 88 bpm; TAX: 36.8°C; SpO2: 95% em ar ambiente. Exame neurológico sem déficits focais. Hemograma, eletrólitos, uréia e CR normais. Urina I sem alterações. Qual dos seguintes fatores é o mais importante para determinar a necessidade de internação hospitalar deste paciente?

- (a) Idade superior a 75 anos associada a delirium hipoativo.
- (b) Presença de alteração do nível de consciência e necessidade de investigação de causa potencialmente grave.
- (c) Ausência de suporte familiar adequado no domicílio.
- (d) Necessidade de monitorização contínua dos sinais vitais.

61. Paciente do sexo masculino, 58 anos, tabagista (40 anos-maço), com histórico de insuficiência cardíaca, é admitido na emergência com dispneia

progressiva há 5 dias, dor torácica pleurítica à direita, associado à ortopneia. Ao exame físico: murmúrio vesicular abolido em base direita, macicez à percussão e frêmito toracovocal diminuído. Radiografia de tórax evidenciou derrame pleural à direita, ocupando aproximadamente 40% do hemitórax, assim como derrame pleural pequeno em hemitórax esquerdo. Optado por toracocentese diagnóstica à direita, com os seguintes resultados: turvo-amarelo-esverdeado, pH: 7,18; proteína total: 4,2g/dL; desidrogenase láctica (DHL): 1.100U/L; glicose: 35mg/dL; leucócitos: 18.000/mm³ com 85% de neutrófilos, Adenosina Desaminase (ADA) 28, Gram em andamento. No entanto, o colega esqueceu-se de realizar o pedido de exames séricos do paciente relevantes, como proteínas totais, DHL e glicose. Diante desse cenário, indique a conduta mais adequada:

- (a) Solicitar os exames séricos faltantes (proteínas totais, DHL e glicose) e aguardar o resultado para aplicar os critérios de Light, pois, sem eles, não é possível classificar o derrame nem definir a conduta.
- (b) Indicar drenagem pleural tubular (toracostomia) sem atraso, associada à antibioticoterapia, pois o líquido já preenche critérios de derrame parapneumônico complicado/empiema.
- (c) Iniciar esquema empírico para tuberculose pleural, com base no valor de ADA e no perfil celular, e adiar a drenagem até definição etiológica.
- (d) Classificar o derrame como transudato secundário à insuficiência cardíaca, otimizar a diureticoterapia e manter conduta expectante.

62. Um DE público da rede do SUS adota o Sistema de Triagem de Manchester como modelo de classificação de risco, e a gestão precisa explicitar o fundamento dessa escolha. Assinale a alternativa que melhor descreve o fundamento da escolha do Manchester nesse contexto.

- (a) O Manchester foi adotado sobretudo por discriminar o risco clínico com acurácia maior que a do *Emergency Severity Index* e da Escala Canadense de Triagem e Acuidade.

- (b) A escolha se deve ao Manchester estimar o consumo de recursos de cada paciente, permitindo dimensionar leitos e equipes diretamente a partir da classificação.
- (c) O Manchester ordena o acesso por gravidade com tempos máximos seguros por categoria, alinhado à Política Nacional de Humanização, e produz informação gerencial sobre o perfil da demanda.
- (d) A classificação é etapa assistencial de ordenação do atendimento, com pouca utilidade gerencial, de modo que a gestão recorrerá a indicadores administrativos próprios.

63. Uma paciente de 28 anos comparece ao DE com queixa de atraso menstrual há 6 semanas e dor abdominal de intensidade leve a moderada, sem sangramento vaginal ativo no momento. Encontra-se hemodinamicamente estável. O emergencista suspeita de gravidez ectópica e inicia a propedêutica diagnóstica. Com base nos protocolos de diagnóstico de gestação e avaliação na emergência, assinale a alternativa CORRETA:

- (a) Se o beta-HCG da paciente vier entre 500 e 1.000mUI/mL, esperamos que na ultrassonografia transvaginal seja possível visualizar o saco gestacional tópico.
- (b) Se o beta-HCG da paciente vier positivo e ultrassom, inconclusivo, neste contexto, deve-se admitir a paciente e, em uma gestação tópica normal, espera-se que o valor do beta-HCG duplique em cerca de 2 dias; a ausência de elevação em pelo menos 66% em 48 horas pode indicar uma gravidez ectópica ou gestação não evolutiva.
- (c) Se o exame de ultrassonografia abdominal for o único disponível, o saco gestacional tópico deve ser visualizado, obrigatoriamente, a partir de níveis de beta-HCG entre 2.500 e 3.000 mUI/mL.
- (d) O diagnóstico de gravidez ectópica é confirmado no DE por meio de uma única dosagem de beta-HCG isolada e bastante elevada, não havendo necessidade de dosagens seriadas.

64. Durante uma sessão de discussão de casos, um residente questiona por que crianças vítimas de trauma contuso podem apresentar lesões viscerais importantes mesmo quando o exame físico inicial demonstra poucas lesões externas e os exames de imagem não evidenciam fraturas. Qual característica anatômica e fisiológica da população pediátrica melhor explica esse padrão de lesão?

- (a) A menor massa muscular, associada à maior proporção relativa de órgãos sólidos e à menor quantidade de gordura e tecido conjuntivo, favorece a transmissão de energia aos órgãos internos.
- (b) A maior frequência de fraturas ocultas em crianças faz com que lesões viscerais estejam frequentemente associadas a lesões ósseas não identificadas nos exames iniciais.
- (c) A maior rigidez da caixa torácica e da parede abdominal reduz a dissipação da energia do impacto, concentrando-a nos órgãos internos.
- (d) A presença de múltiplos centros de crescimento ósseo dificulta a identificação de lesões traumáticas, produzindo falsa impressão de menor gravidade.

65. Homem de 34 anos, motociclista, vítima de colisão com automóvel em via pública, atendido pelo SAMU. Após contato com a regulação médica, foi encaminhado ao hospital com recurso de tomografia mais próximo, com Glasgow 14, estável hemodinamicamente e três episódios de vômito após o trauma. À chegada, a equipe do serviço de destino recusou-se a recebê-lo, alegando ausência de retaguarda neurocirúrgica e que, por tratar-se de traumatismo cranioencefálico, o caso deveria ser conduzido a hospital com neurocirurgia. Assinale a alternativa que descreve a conduta correta do serviço de destino:

- (a) O atendimento médico é obrigatório a todo paciente que acessa o serviço de urgência: o serviço de destino deve recebê-lo, avaliá-lo por médico, estabilizá-lo e, confirmada a necessidade de recurso indisponível, acionar a transferência regulada.

- (b) Por ser o regulador quem define o destino, o serviço de destino deve devolver o caso à regulação, para redirecionamento antes de assumir o atendimento, ao constatar a ausência do recurso especializado.
- (c) O paciente deve ser redirecionado a hospital com neurocirurgia pela equipe de classificação de risco, já que a classificação caracteriza a necessidade de cuidado especializado e evita atraso diagnóstico.
- (d) O dever de recebimento aplica-se às situações de “vaga zero”; na regulação ordinária, seria facultado ao serviço de destino recusar o paciente quando não dispõe da especialidade requerida.

66. Em relação às arboviroses, marque a afirmativa correta:

- (a) O E-FASD foca na investigação do choque relacionado à dengue e objetiva nortear a terapêutica baseada na infusão adequada de volume.
- (b) A cronificação dos casos na infecção pelo Zika vírus não é incomum, e até 30% dos pacientes podem apresentar sequelas.
- (c) Em relação à Chikungunya, a forma mais prevalente é a assintomática, mas, quando sintomática, geralmente cursa de forma benigna e autolimitada.
- (d) Espessamento da vesícula biliar ao ultrassom à beira do leito (POCUS) é considerado um marcador de gravidade na dengue.

67. Uma mulher de 35 anos procura a emergência com febre, disúria e dor lombar. No atendimento inicial, encontrava-se estável clinicamente, sem particularidades. Diante da suspeita de pielonefrite aguda, foi administrada uma dose de ceftriaxona intravenosa. Cerca de 15 minutos após a infusão do antibiótico, a paciente apresenta mal-estar súbito, tontura, sensação de desmaio e dispneia. Ao ser reavaliada, encontra-se agitada, com FC em 132 bpm, PA em 74/38 mmHg, FR em 28 irpm e SpO2 em 95%. O exame físico, agora, evidencia pele ruborizada, extremidades quentes e tempo de enchimento capilar < 2 segundos. A ausculta pulmonar não evidencia sibilos ou estridores. Diante da instabilidade hemodinâmica, é realizado o protocolo RUSH, com os seguintes achados:

Achados do RUSH realizado	
H	• VE hipercinético (“kissing walls”) • Ausência de derrame pericárdico • VD sem dilatação
I	• Diâmetro de 1,1 cm • Colapsabilidade inspiratória > 60%
M	• Ausência de líquido livre intraperitoneal
A	• Diâmetro normal
P	• Lung sliding bilateral presente • Ausência de linhas B difusas • Ausência de derrame pleural • Ausência de consolidações

VE: ventrículo esquerdo; VD: ventrículo direito.

Com relação à interpretação dos achados ultrassonográficos encontrados no RUSH, assinale a alternativa correta:

- (a) Os achados apontados pelo RUSH não evidenciam alterações estruturais significativas, o que, somado aos achados clínicos, fortalece a hipótese diagnóstica principal de choque séptico de foco urinário para o caso descrito.
- (b) Os achados identificam um estado de baixa pré-carga e tornam improváveis causas obstrutivas e cardiogênicas e colaboram, dessa forma, com hipovolemia como provável etiologia.
- (c) A presença de veia cava inferior < 2 cm e colapsabilidade > 50% exclui a hipótese de choque distributivo como mecanismo predominante e permite apontar choque hipovolêmico ou hemorrágico como principal hipótese diagnóstica.
- (d) Os achados ultrassonográficos no contexto clínico, tornam o choque distributivo a hipótese principal, porém somente com base nesses achados não é possível distinguir etiologia do choque entre anafilático ou séptico.

68. Uma equipe de Suporte Avançado móvel é acionada para atender um paciente que teve um episódio convulsivo enquanto aguardava a abertura dos portões do *show* do Iron Maiden em Manaus. O acionamento ocorre às 13h, a

temperatura ambiente é de 43°C e a umidade relativa do ar é de 95%. À abordagem inicial, o paciente encontra-se irresponsivo, sem espasmos musculares no momento, com FC: 132 bpm; FR: 28 irpm; PA: 150 x 90 mmHg e SpO2: 99%; glicemia capilar: 98 e TAX: 42°C. Em relação a esse caso, assinale a correta:

- (a) A intubação pode ser postergada e deve ser realizada prioritariamente após a redução da temperatura.
- (b) A utilização de antitérmicos é uma das prioridades e deve ser realizada assim que for obtido um acesso venoso.
- (c) A condução para o hospital pode ser postergada para que a equipe possa utilizar medidas ativas de resfriamento para reduzir a temperatura do paciente.
- (d) A diferenciação da causa (ambiental ou intoxicação exógena) é fundamental para o manejo inicial da hipertermia.

69. Um lactente de 4 meses é levado ao DE após episódio súbito ocorrido durante o sono. Segundo a mãe, a criança apresentou palidez facial, hipotonia e aparente pausa respiratória por cerca de 30 segundos, com recuperação espontânea antes da chegada ao hospital. Ao exame físico, encontra-se afebril, ativo, sem alterações cardiorrespiratórias ou neurológicas. História clínica e exame físico completos não identificam causa para o evento. Com base na definição atual de *Brief Resolved Unexplained Event* (BRUE), assinale a alternativa correta:

- (a) O BRUE caracteriza-se por evento súbito, breve, em menores de 1 ano, sem causa aparente, após adequada avaliação clínica, podendo cursar com alteração do tônus, alteração da responsividade ou distúrbio respiratório.
- (b) O diagnóstico de BRUE pode ser estabelecido em qualquer faixa etária pediátrica, desde que o episódio tenha resolução espontânea.
- (c) A presença de uma causa identificável para o evento, como bronquiolite ou crise convulsiva, reforça o diagnóstico de BRUE.

(d) Todo paciente com diagnóstico de BRUE deve ser submetido obrigatoriamente à internação hospitalar e investigação extensa.

70. Durante um plantão em serviço aeromédico, sua equipe é acionada para realizar a transferência de um paciente em uso de oxigenação extracorpórea, tecnologia com a qual nenhum dos integrantes da equipe possui familiaridade ou treinamento específico. Além disso, há previsão de deterioração das condições meteorológicas durante o trajeto. Diante desse cenário, assinale a melhor alternativa:

- (a) O aumento de altitude gera redução da fração inspirada de oxigênio atmosférica, podendo demandar ajuste compensatório no equipamento responsável pela oxigenação do paciente.
- (b) A responsabilidade sobre o comando da aeronave e segurança de voo é exclusiva ao comandante da aeronave.
- (c) A homologação de equipamentos hospitalares para uso em APH garante sua confiabilidade no uso aeromédico.
- (d) Pode-se solicitar o acompanhamento de um profissional de saúde capacitado no uso do equipamento, mas alheio à equipe aeromédica, desde que receba breve instrução de segurança antes do voo.

71. Você recebe paciente do sexo feminino, de 27 anos, com história de asma, com má adesão ao tratamento. Relato de intubação e internação em unidade de terapia intensiva por broncoespasmo no passado. Ela dá entrada falando frases entrecortadas, com uso de musculatura acessória, sibilos difusos à ausculta. FC: 142 bpm; FR: 38 ipm; SpO2: 83%; PA: 110x80 mmHg; Glicemia Capilar: 101. Em vista desse quadro, assinale a alternativa com a melhor sequência terapêutica para essa paciente:

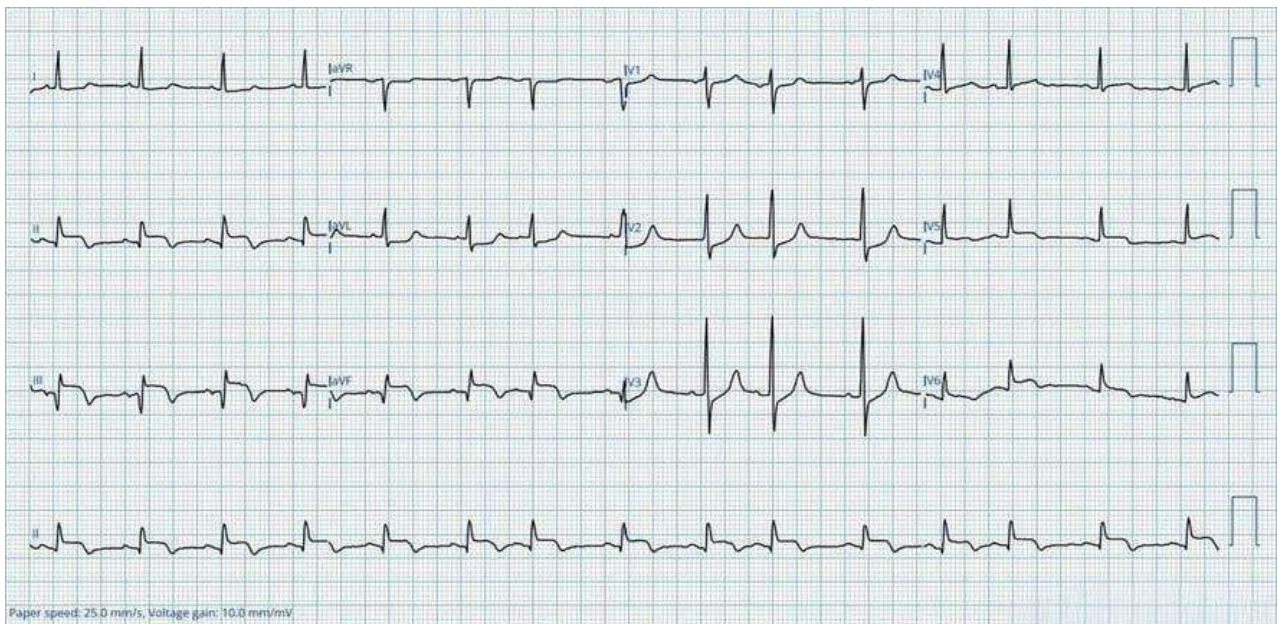
- (a) Beta-2 agonista inalatório, sulfato de magnésio, adrenalina, diazepam e ventilação não invasiva.
- (b) Beta-2 agonista inalatório, sulfato de magnésio, levofloxacino, adrenalina, cetamina e ventilação não invasiva.

- (c) Beta-2 agonista inalatório, sulfato de magnésio, terbutalina, cetamina e ventilação não invasiva.
- (d) Beta-2 agonista inalatório, sulfato de magnésio, terbutalina, aminofilina e ventilação não invasiva.

72. Homem de 54 anos procura o DE por lombalgia há 4 dias, iniciada após esforço físico. Refere irradiação para as pernas e, desde ontem, dificuldade para iniciar a micção, além de “dormência diferente” ao se higienizar. Percebeu ainda alguma dificuldade para subir escadas, mas acreditou ser pela dor. Qual é a conduta mais adequada?

- (a) Suspeitar de síndrome da cauda equina e solicitar avaliação especializada urgente, com ressonância magnética de coluna em caráter emergencial.
- (b) Tratar como lombalgia mecânica, com analgesia, orientação para manter atividades conforme tolerância e retorno se houver piora.
- (c) Solicitar radiografia lombossacra e liberar se não houver fratura ou desalinhamento vertebral.
- (d) Prescrever corticosteróide e relaxante muscular, pois o início após esforço físico favorece radiculopatia mecânica sem necessidade de imagem urgente.

73. Uma mulher de 82 anos procurou a emergência com dispnéia progressiva e rebaixamento do estado geral. Familiares relatam que, há 4 dias, passou por atendimento médico devido a episódio de dor torácica, recebendo alta e prescrição de sintomáticos. Na admissão, encontra-se pálida, sudorética, com FC: 118 bpm; PA: 78/45 mmHg; FR: 32 irpm e SpO2: 90% em ar ambiente. O ECG realizado na admissão é apresentado a seguir:



Durante a avaliação à beira do leito, é realizado POCUS cardíaco – janela subcostal:



Qual é o diagnóstico mais provável?

- (a) Comunicação interventricular pós-infarto.
- (b) Ruptura de músculo papilar com insuficiência mitral aguda.
- (c) Ruptura de parede livre do ventrículo esquerdo com tamponamento cardíaco.

(d) Extensão do infarto com choque cardiogênico isolado.

74. As Novas Substâncias Psicoativas (NPS) são drogas sintéticas desenhadas para mimetizar os efeitos de substâncias ilícitas tradicionais, como maconha ou *ecstasy*, alterando estruturas químicas para contornar legislações. Em relação a essas substâncias, marque a alternativa correta:

- (a) O “pó de macaco” é utilizado para infundir papel ou ervas (para uso fumado) e leva a sintomas semelhantes aos hidrocarbonetos solventes.
- (b) No abuso de catinonas sintéticas esperam-se efeitos similares à intoxicação por gama-hidroxibutirato, como bradipneia e rebaixamento.
- (c) O NBOMe é uma droga sintética semelhante e comumente vendida como alternativa ao *ecstasy* ou ao MDMA, e, no abuso, esperam-se sintomas adrenérgicos.
- (d) No abuso de “maconha sintética” ou K9, os efeitos mimetizam a ação do tetrahydrocannabinol, e prevalecem sintomas adrenérgicos intensos.

75. Homem, 58 anos, com dor torácica intensa há 6 dias, previamente informado em outro serviço sobre provável infarto agudo do miocárdio e ainda aguardando cineangiocoronariografia, procura o DE por dispneia e mal-estar. Em uso de ácido acetilsalicílico, losartana, atenolol e sinvastatina. Ao exame: PA: 86 × 52 mmHg; FC: 82 bpm; FR: 24 irpm; SpO2: 92% em ar ambiente, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, estertores crepitantes bilaterais até o terço médio e moteamento cutâneo em joelhos, grau 2. Com base na avaliação clínica da perfusão, assinale a alternativa correta:

- (a) A presença e a extensão do moteamento cutâneo são marcadores prognósticos de hipoperfusão periférica e associam-se a maior mortalidade em pacientes com choque circulatório.
- (b) O *shock index* de aproximadamente 0,95 afasta choque circulatório, pois valores abaixo de 1 são considerados normais.

(c) A taquipneia, associada ao mal-estar e à tosse produtiva, é suficiente para caracterizar choque séptico, independentemente do contexto cardiovascular e dos sinais de congestão pulmonar.

(d) Um *gap* venoarterial de dióxido de carbono elevado pode ser utilizado isoladamente para confirmar choque circulatório e quantificar diretamente a intensidade da hipóxia tecidual.

76. Homem, 59 anos, com cirrose hepática, apresenta hematêmese maciça, escala de coma de Glasgow 7 e SpO₂ de 88%. Há acúmulo contínuo de sangue na orofaringe, e a IOT está indicada. Durante a laringoscopia, qual técnica oferece a maior probabilidade de sucesso na primeira tentativa?

(a) Aspirar continuamente com cânula rígida antes e durante a laringoscopia, posicionando-a na hipofaringe ou porção proximal do esôfago enquanto o tubo é introduzido.

(b) Utilizar videolaringoscópio sem aspiração concomitante, pois a câmera permite visualizar a glote através do sangue.

(c) Realizar ventilação com pressão positiva antes da indução, com o objetivo de deslocar o sangue e ampliar o espaço faríngeo.

(d) Inserir um dispositivo extraglottico como via aérea definitiva, pois ele impede a aspiração do conteúdo gástrico.

77. Uma criança de 5 anos é admitida no DE com história de febre alta há 4 dias, tosse produtiva e desconforto respiratório progressivo. Ao exame, apresenta-se sonolenta, com extremidades frias, pulsos periféricos finos, TEC: 5 segundos; FC: 180 bpm; FR: 50 irpm; PA: 75/40 mmHg; SpO₂: 89% em ar ambiente e diurese reduzida nas últimas 8 horas. A ausculta pulmonar evidencia crepitações em base pulmonar direita e a radiografia de tórax com consolidação extensa lobar. Após reconhecimento do quadro clínico, qual das alternativas descreve de forma mais adequada as medidas recomendadas durante o atendimento?

- (a) O Triângulo de Avaliação Pediátrica é uma ferramenta útil como primeira avaliação do paciente séptico na emergência e auxilia na determinação da gravidade e da urgência das intervenções. É composto pela avaliação da aparência, da ausculta pulmonar e da aferição da pressão arterial.
- (b) A hipotensão é o sinal mais precoce e mais sensível para o diagnóstico de choque séptico na criança, devendo ser iniciada imediatamente a droga vasoativa.
- (c) As medidas iniciais incluem oxigenoterapia, monitorização contínua, obtenção de acesso venoso ou intraósseo, coleta de exames e culturas sem retardar antibióticos, ressuscitação volêmica com reavaliações frequentes e consideração de droga vasoativa na persistência do choque.
- (d) A administração de antibióticos deve ocorrer após as 3 primeiras horas de estabilização inicial, após coleta de culturas, exames laboratoriais gerais e expansão volêmica.

78. O maior acidente radiológico do mundo fora de uma usina nuclear ocorreu no Brasil, em Goiânia, em 1987, quando uma fonte de cézio-137 retirada de um aparelho de radioterapia abandonado foi rompida em um ferro-velho e dispersou material radioativo pela cidade, contaminando pessoas, residências e objetos e exigindo ampla descontaminação. O episódio voltou ao debate público com a minissérie *Emergência Radioativa* (Netflix, 2026). Considerando os princípios do atendimento pré-hospitalar a produtos perigosos aplicáveis a um cenário de contaminação radiológica como esse, assinale a alternativa correta:

- (a) Em situações de risco iminente de morte, a estabilização da vítima deve ser adiada até a conclusão da descontaminação.
- (b) O tempo gasto para vestir, descontaminar e retirar o traje de proteção não reduz a autonomia do socorrista, pois não é descontado do tempo de ar do equipamento de respiração autônoma.
- (c) Na descontaminação cutânea, a fricção deve ser vigorosa, a fim de maximizar a remoção do agente.

(d) A zona morna é a área de transição entre a zona quente e a zona fria, onde se instala o corredor de descontaminação pelo qual passam as vítimas e os profissionais expostos.

79. A equipe de atendimento pré-hospitalar é acionada para atendimento de uma mulher de 83 anos, com demência, acamada, dependente para todas as atividades básicas e com múltiplas internações por infecções respiratórias. No domicílio, apresenta febre, taquipneia e hipoxemia. A família relata piora progressiva no último ano, mas nunca houve conversa estruturada sobre objetivos de cuidado ou condutas em futuras intercorrências. Nesse contexto, qual é a conduta mais adequada?

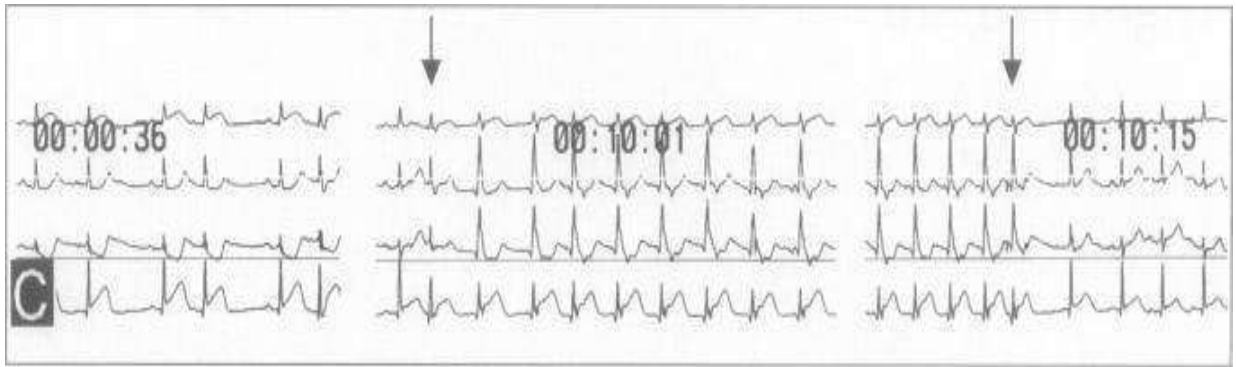
(a) Reconhecer a paciente como elegível para abordagem paliativa, iniciar controle de sintomas e comunicação com a família, articular a decisão com a regulação médica e garantir encaminhamento compatível com gravidade e objetivos de cuidado.

(b) Realizar transporte para serviço hospitalar, pois a ausência de planejamento antecipado de cuidados impede a abordagem paliativa e exige investigação e tratamento invasivo da intercorrência aguda.

(c) Restringir o atendimento ao controle sintomático no domicílio, pois demência, dependência funcional e múltiplas internações recentes caracterizam fase final de vida.

(d) Priorizar a estabilização clínica e adiar a discussão sobre cuidados paliativos, pois essa abordagem deve ser iniciada por equipe especializada, após definição do diagnóstico intra-hospitalar.

80. Homem, 55 anos, com infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST, classe Killip 1, iniciou trombólise com alteplase por indisponibilidade de angioplastia primária em tempo adequado. Durante a infusão, o paciente permanece assintomático e hemodinamicamente estável, porém o monitor cardíaco passa a exibir o ritmo mostrado na figura a seguir. Qual é a conduta mais apropriada?



- (a) Interromper imediatamente a infusão. Trata-se de reação idiopática à alteplase, associada a arritmias ventriculares que podem instabilizar o paciente e constituem recomendação para interrupção do tratamento.
- (b) Prescrever bólus de amiodarona na dose de 150 mg em 10 minutos e repetir se não houve controle de arritmia. Na sequência, iniciar amiodarona em bomba de infusão contínua na taxa de 1 mg/minuto por 6 horas e, depois, 0,5 mg/minuto, por 18 horas.
- (c) Não há ondas p no segmento arritmico. Trata-se de fibrilação atrial paroxística. Deve ser calculado o CHADS-VA do paciente e, após 24 horas do trombolítico, deve-se pesar o risco / benefício de iniciar anticoagulação contínua.
- (d) Trata-se de ritmo idioventricular acelerado. Não há necessidade de qualquer conduta.

81. Paciente mulher cis de 58 anos, portadora de neoplasia de mama, procura a emergência por febre aferida de 38,1 °C hoje, mal-estar e odinofagia. Recebeu a última quimioterapia há 20 dias. Está hemodinamicamente estável, sem sinais de disfunção orgânica. O hemograma inicial mostrou: leucócitos: 1.900/mm³; neutrófilos segmentados: 68%; bastões em 2%; linfócitos em 18%; Hb: 11,8 g/dL e plaquetas: 172.000/mm³. Considerando os critérios diagnósticos de neutropenia febril, qual é a interpretação mais adequada?

- (a) Trata-se de neutropenia febril de baixo risco, pois a paciente está estável, sem sinais de disfunção orgânica e com foco infeccioso provável em orofaringe.

- (b) Não preenche critério laboratorial de neutropenia febril, pois a contagem absoluta de neutrófilos está acima dos pontos de corte diagnósticos.
- (c) Trata-se de neutropenia febril, pois há febre em paciente oncológica e com leucopenia no período de nadir da quimioterapia.
- (d) Não é possível considerar neutropenia febril antes da coleta de hemoculturas e identificação do foco infeccioso.

82. Gestante de 32 semanas procura o DE por mal-estar, náuseas e dor persistente em hipocôndrio direito. Refere cefaléia nas últimas horas, sem convulsões ou perda de consciência. Ao exame, apresenta PA: 140 × 80 mmHg. Os exames laboratoriais evidenciam plaquetas: 72.000/mm³, aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT) superiores ao dobro do limite superior da normalidade, desidrogenase láctica (DHL) em 720 U/L e coagulograma sem alterações relevantes. Diante dessas informações, qual interpretação é a mais adequada?

- (a) O conjunto sugere síndrome HELLP, mesmo sem crise hipertensiva e com coagulograma normal.
- (b) O quadro é pouco compatível com síndrome hipertensiva grave da gestação, pois a PA não está em faixa de crise hipertensiva.
- (c) A ausência de convulsão afasta eclâmpsia e permite manejo ambulatorial após controle sintomático.
- (d) O coagulograma normal afasta a síndrome HELLP, pois a coagulopatia é critério obrigatório para o diagnóstico.

83. Uma criança de 4 anos, previamente hígida, é encontrada inconsciente após episódio de afogamento. Ela é rapidamente levada ao hospital. Ao exame inicial, apresenta-se irresponsiva, apneica e sem pulso palpável. A equipe inicia imediatamente a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e obtém monitorização cardíaca, que evidencia o ritmo a seguir:



Com relação ao manejo dessa parada cardiorrespiratória (PCR) pediátrica, assinale a alternativa correta:

- (a) A administração precoce de adrenalina está indicada, devendo ser realizada o mais rapidamente possível, associada à RCP de alta qualidade.
- (b) Por se tratar de atividade elétrica organizada, nesse paciente a prioridade é monitorização, incluindo saturação de oxigênio, FC e pressão arterial; coletar anamnese e realizar exame físico direcionado.
- (c) A prioridade inicial consiste na administração de amiodarona, uma vez que a maioria das PCRs pediátricas decorre de causas cardíacas, como as arritmias malignas.
- (d) A confirmação de atividade elétrica organizada exclui o diagnóstico de parada cardiorrespiratória, devendo ser interrompidas as manobras de ressuscitação.

84. Mulher de 62 anos, em tratamento para câncer de pâncreas, procura o DE por dispneia progressiva há 24 horas. Está consciente, com PA: 118/ 74 mmHg; FC: 112 bpm; SpO₂: 93% em ar ambiente, sem febre, sangramento ativo ou sinais clínicos de congestão. Radiografia de tórax sem achados que expliquem o quadro. Qual é a conduta mais adequada?

- (a) Atribuir inicialmente os sintomas à quimioterapia ou anemia, pois dispneia isolada em paciente oncológico é inespecífica, e tromboembolismo pulmonar (TEP) costuma cursar com dor torácica.

- (b) Solicitar D-dímero e investigar TEP após resultado positivo, pois a ausência de dor torácica torna baixa a probabilidade de embolia pulmonar.
- (c) Considerar probabilidade clínica aumentada para TEP, prosseguir com angiotomografia computadorizada de artérias pulmonares e iniciar anticoagulação conforme risco e confirmação diagnóstica.
- (d) Indicar trombólise endovenosa imediata, pois câncer ativo na vigência de tratamento oncológico com taquicardia e hipoxemia caracteriza TEP de alto risco.

85. Você está na unidade de Suporte Avançado do SAMU em atendimento a um trauma em extremidade no interior do município, ocorrido há aproximadamente 15 minutos. A cena está segura com um jovem de 30 anos com trauma no membro inferior esquerdo por motosserra durante poda de árvores. O membro encontra-se com amputação incompleta ao nível da coxa distal com sangramento ativo arterial; o paciente está sudorético e agitado. Com base nessas informações qual a alternativa mais correta:

- (a) Somente realizar torniquete se deslocamento para centro de trauma menor que 120 minutos, tempo máximo da permanência do dispositivo sem causar lesão isquêmica. A melhor localização nesse caso seria a aplicação do torniquete proximal na coxa.
- (b) Fazer compressão local; se ineficaz, colocar torniquete ao nível da coxa proximal, até parada do sangramento.
- (c) Realizar curativo compressivo com gazes hemostáticas e compressas, seguido da infusão de ácido tranexâmico e deslocar para centro de trauma.
- (d) Colocação imediata de torniquete alguns centímetros proximal à lesão, evitando articulações, com marcação do horário da colocação. Realizar ácido tranexâmico pelos sinais de choque do paciente e deslocar para centro de trauma.

86. Paciente do sexo masculino, 4 anos, trazido pela madrinha ao DE por dor abdominal iniciada há 18 horas. Inicialmente apresentava episódios de irritabilidade e dor aparentemente abdominal intensa de início súbito, durante os quais parava de brincar, chorava e se encolhia. Após alguns minutos,

apresentou melhora espontânea, voltando a brincar. Nas últimas 6 horas, a dor tornou-se contínua. Houve três episódios de vômitos e TAX de 38,2°C. Ao exame, apresenta dor localizada em quadrante inferior direito, defesa voluntária à palpação e dor à percussão abdominal. A ultrassonografia demonstrou pequena quantidade de líquido livre em fossa ilíaca direita, sem visualização do apêndice, e não identificou sinal do alvo.

Qual é a melhor conduta neste momento?

- (a) Excluir apendicite pela ausência de visualização do apêndice e observar em unidade de emergência.
- (b) Considerar apendicite como principal hipótese diagnóstica e prosseguir investigação dirigida.
- (c) Solicitar enema pneumático diagnóstico e terapêutico devido à forte suspeita de intussuscepção.
- (d) Excluir patologia cirúrgica abdominal pela ausência de achados ultrassonográficos específicos.

87. Homem de 65 anos, hipertenso e tabagista, sem história prévia de doenças ateroscleróticas, sem uso recente de ácido acetilsalicílico, chega ao DE com dor torácica opressiva, retroesternal e em queimação iniciada há 4 horas, já resolvida no momento da avaliação. O ECG de admissão é marcadamente normal. A primeira troponina de alta sensibilidade está dentro do valor de referência. Calculado o *HEART Score*, o paciente totaliza 5 pontos. Com base na estratificação de risco para dor torácica no DE, a conduta mais apropriada é:

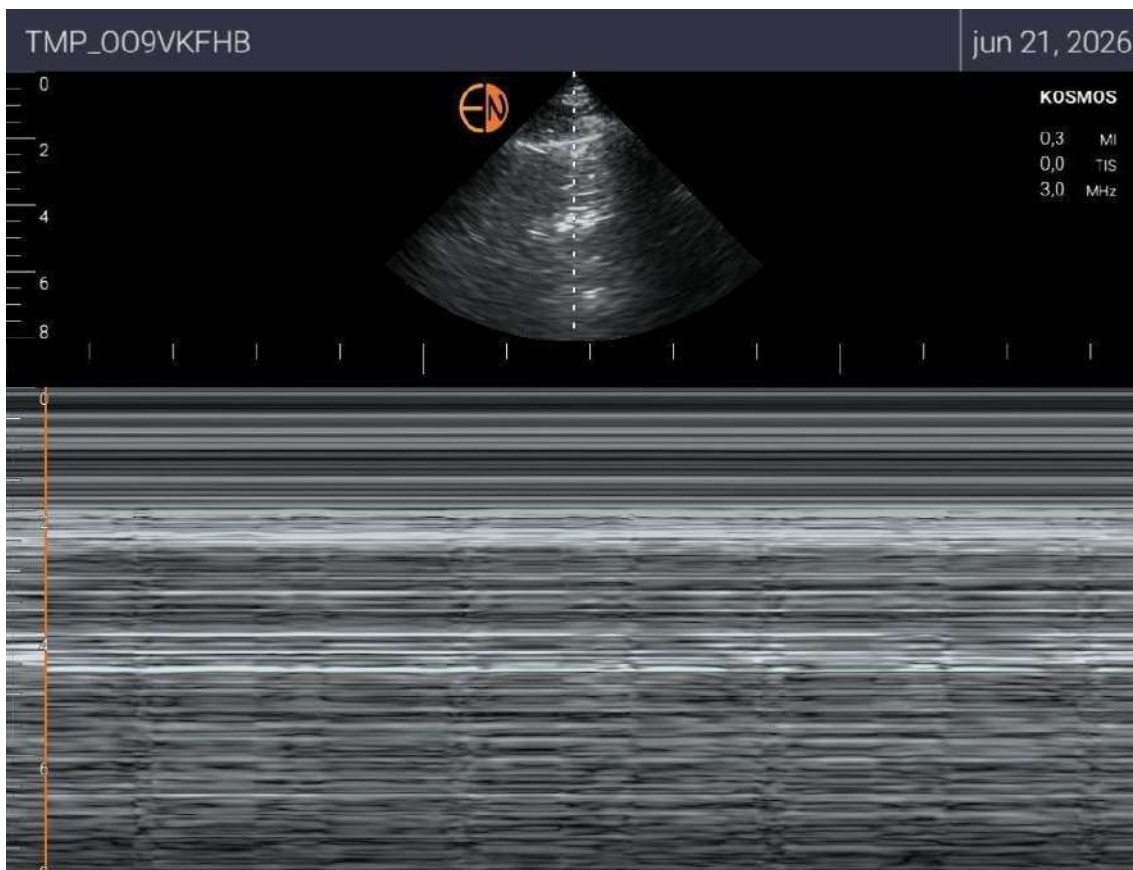
- (a) Optar por realização de nova troponina ultrasensível em 3 horas e, caso mantenha-se normal, o paciente pode ser dispensado para avaliação ambulatorial, visto que o *HEART Score* é moderado, mas o ECG não está alterado e não houve alteração de troponinas.

(b) Direcionar para estratificação invasiva (coronariografia) em até 72 horas, em razão do *HEART Score* elevado, apesar do ECG sem alterações isquêmicas e sem alteração da troponina, pois o paciente é alto risco.

(c) Proceder à estratificação não invasiva adicional, dado que o *HEART Score* superior a 3 em um contexto de ECG sem alterações isquêmicas e sem alterações de troponina ultrassensível.

(d) Realizar nova dosagem de troponina ultrassensível em 1 e 2 horas e, caso positivas, realizar cateterismo em até 2 horas, visto o alto risco já previamente calculado pelo *HEART Score*.

88. Durante o atendimento a um paciente do sexo feminino, de 23 anos, com dispneia aguda, você nota ausência de murmúrios vesiculares bilateralmente à ausculta, opta por realizar o ultrassom à beira do leito (POCUS) e percebe ausência de deslizamento pleural nos campos avaliados no modo B. A imagem em modo M é a seguinte:



A paciente nega dor torácica, encontra-se taquidispneica, com uso de musculatura acessória, FC: 132 bpm; FR: 38 irpm; SpO2: 87%; PA: 100 x 70 mmHg, TAX: 36,8°C, Glicemia Capilar: 87 mg/dl. Baseado no diagnóstico mais provável, escolha a alternativa com a melhor conduta nesse caso é:

- (a) Toracostomia digital.
- (b) Toracocentese de alívio por agulha.
- (c) Beta-2 agonista de curta duração.
- (d) Trombólise.

89. Durante atendimento em ambiente pré-hospitalar, você aborda paciente com história de esquizofrenia, com relato de má adesão ao tratamento. O acionamento foi realizado por familiar que se encontrava preocupado com o teor da fala do paciente, que não era o normal. O paciente encontra-se agitado e diz que não quer atendimento, referindo que está assintomático e falando que os parentes querem se meter na vida dele. Diante desse caso, assinale a alternativa correta:

- (a) A utilização de haloperidol, mesmo após a contenção mecânica, está bem indicada neste paciente.
- (b) Dada a recusa em atendimento, deve-se respeitar a autonomia e decisão do paciente, solicitando a assinatura do Termo de Recusa e informando à central de regulação.
- (c) Notando a presença de risco para o paciente ou terceiros, a equipe de saúde deve agir imediatamente para realizar contenção química e/ou mecânica.
- (d) O acionamento das forças de segurança para o paciente com agitação e/ou agressividade deve ser realizado somente após a avaliação da cena pela equipe da unidade móvel no local.

90. Em 2025, houve, em São Paulo um surto de intoxicação por metanol associado ao consumo de bebidas alcoólicas adulteradas; a resposta pública envolveu notificação às autoridades de saúde, alerta à população, rastreamento e remoção das fontes suspeitas (bebidas artesanais/adulteradas),

além de reforço de medidas de prevenção e vigilância epidemiológica. Sobre o tratamento da intoxicação por metanol, marque a alternativa correta:

- (a) Distúrbios oftalmológicos são indicação clara para continuação da diálise, mesmo após correção do distúrbio metabólico.
- (b) Os três pilares do tratamento da intoxicação são a hiperidratação, administração de antídotos e hemodiálise.
- (c) Durante a hemodiálise, a infusão de etanol ou fomepizol deve ser suspensa, pois pode interferir na eliminação do ácido fórmico.
- (d) A terapia deve ser iniciada com base em forte suspeita clínica, e o tratamento não deve ser adiado enquanto se aguarda a confirmação diagnóstica.

91. Em relação às técnicas de extricação e restrição de movimento da coluna (RMC) no atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, assinale a melhor alternativa:

- (a) Para pacientes deambulando na cena e com indicação de RMC, deve-se utilizar a técnica de pranchamento em pé.
- (b) A retirada em maca rígida em “ângulo zero” é a técnica que menos gera movimento da coluna cervical e deve ser priorizada quando factível.
- (c) Se o transporte de um paciente com indicação de RMC foi feito na maca da ambulância, pode-se utilizar lençol ou passador para transferi-lo para a maca do hospital.
- (d) A utilização de maca *scoop* gera menos pressão e pode ser utilizada como dispositivo de transportes em percursos longos.

92. Um lactente de 3 meses é levado ao DE por coloração azulada dos lábios observada pela mãe durante um episódio de choro. Encontra-se confortável, sem desconforto respiratório, com SpO₂ de 90% em ar ambiente. Apresenta FC e perfusão periférica normais. Com base nos princípios fisiológicos da cianose, assinale a alternativa correta:

- (a) Alterações na concentração de Hb podem modificar a expressão clínica da cianose, mesmo diante de graus semelhantes de dessaturação arterial.

- (b) A presença de cianose é determinada principalmente pelo percentual de Hb saturada, sendo pouco influenciada pela concentração total de hemoglobina.
- (c) A correlação entre oximetria de pulso e intensidade da cianose observada ao exame físico tende a ser uniforme entre diferentes pacientes.
- (d) A policitemia reduz a probabilidade de detecção clínica da cianose, por aumentar a capacidade de transporte de oxigênio.

Enunciado para as questões 93 e 94:

Uma explosão ocorre em uma indústria de refrigeração que utiliza amônia anidra sob alta pressão. O acidente provoca a ruptura de uma tubulação, liberando grande quantidade de gás e líquido no ambiente. Equipes de resgate identificaram cerca de 40 vítimas expostas. Diversos trabalhadores apresentam dispneia, tosse, irritação ocular intensa e queimaduras químicas na pele.

93. Após ter sido realizado o isolamento da área e feita a retirada das vítimas da zona quente, a equipe médica responsável pela organização do atendimento pré-hospitalar deve definir o fluxo assistencial inicial dessas vítimas. Qual é a conduta mais adequada?

- (a) Realizar triagem START ainda na zona quente, seguida de transporte imediato para os hospitais da região.
- (b) Encaminhar as vítimas para a zona morna, onde deverá ser realizada a retirada das roupas contaminadas e descontaminação antes da triagem médica definitiva e do ingresso na zona fria.
- (c) Encaminhar imediatamente as vítimas para as ambulâncias de Suporte Avançado, priorizando o transporte rápido ao hospital de referência.
- (d) Encaminhar os pacientes diretamente à área de atendimento médico avançado, realizando descontaminação apenas naqueles com queimaduras químicas evidentes.

94. Durante a chegada das primeiras equipes especializadas em produtos perigosos, ainda não há confirmação da concentração ambiental de amônia nem exclusão da presença de outros agentes tóxicos liberados após a explosão. A equipe de resgate deverá ingressar na zona quente para retirada das vítimas. Qual dos seguintes níveis de proteção individual é o mais adequado para essa situação?

(a) Vestimenta química com proteção contra respingos associada a respirador purificador de ar com filtro químico específico para o agente envolvido.

(b) Vestimenta química não encapsulada associada a aparelho autônomo de respiração (SCBA), com proteção respiratória máxima, porém menor proteção cutânea.

(c) Vestimenta química totalmente encapsulada resistente a vapores e líquidos, associada a SCBA, oferecendo proteção respiratória e cutânea máxima.

(d) Uniforme operacional, luvas, botas e proteção ocular, sem proteção respiratória especializada.

95. Homem de 68 anos, sem comorbidades conhecidas, procura o DE por dor lombar progressiva há 3 semanas, fadiga, constipação e redução da diurese. Nega trauma, febre ou sintomas urinários irritativos. Exames iniciais mostram Hb: 8,9 g/dL, Cr: 3,1 mg/dL e cálcio iônico elevado. Qual é a conduta mais adequada?

(a) Reconhecer emergência metabólica potencialmente associada à malignidade, iniciar hidratação venosa com monitorização e ampliar investigação etiológica para suspeita de mieloma múltiplo.

(b) Tratar como lombalgia mecânica, com anti-inflamatório não esteroide, hidratação oral e investigação ambulatorial se persistência dos sintomas.

(c) Solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste como primeiro exame, pois dor lombar associada à redução da diurese sugere obstrução urinária complicada.

(d) Priorizar bisfosfonato intravenoso antes de hidratação, pois a redução do cálcio sérico é a medida inicial mais importante.

96. Um DE público que opera com o Sistema de Triage de Manchester revisa 3 meses de dados da classificação. A distribuição por nível foi: vermelho 3%, laranja 9%, amarelo 28%, verde 46%, azul 14%. As categorias de maior prioridade vêm sendo atendidas dentro dos tempos-alvo seguros, enquanto cresce a espera nas categorias intermediárias. A gestão debate o que fazer com essa informação. Assinale a interpretação gerencial mais adequada dos dados da classificação:

(a) Os dados devem alimentar a estimativa de consumo de recursos por paciente pelo próprio Manchester, para dimensionar leitos e pessoal, conforme a demanda projetada.

(b) Por ser informação de governança da própria classificação e com o acesso prioritário preservado, a espera crescente nas categorias intermediárias aponta um gargalo a investigar, não falha do instrumento.

(c) A distribuição observada revela baixa acurácia do Manchester para o perfil local e recomenda sua substituição pelo *Emergency Severity Index* ou pela Escala Canadense de Triage e Acuidade, de maior validade.

(d) O aumento das esperas indica superclassificação pelos enfermeiros, devendo o protocolo tornar-se mais restritivo para conter a inflação de categorias.

97. Paciente de 78 anos, DPOC avançada, oxigenoterapia domiciliar e múltiplas internações por insuficiência respiratória, é levado à emergência por dispnéia intensa, piora funcional e redução da ingesta alimentar. A família relata que ele teme morrer sufocado e não desejava prolongar sofrimento na fase final. Na avaliação, está consciente, ansioso, taquipneico e com sensação de sufocamento. Apesar de medidas não farmacológicas, ajuste da

oxigenoterapia e manejo de possíveis fatores reversíveis, mantém dispnéia importante. Considerando o controle da dispnéia em cuidados paliativos, qual é a conduta mais adequada?

- (a) Iniciar opioide em baixa dose com subsequente titulação, mantendo medidas não farmacológicas e reavaliação clínica frequente.
- (b) Usar benzodiazepínicos como primeira escolha, pois a dispnéia decorre principalmente de ansiedade.
- (c) Indicar ventilação não invasiva antes de tratamento farmacológico.
- (d) Evitar opióides, pois estão contraindicados em pacientes com DPOC avançada, por risco de depressão respiratória.

98. Uma mulher de 50 anos é admitida em parada cardiorrespiratória (PCR). O monitor mostra ritmo organizado a 45 bpm, porém sem pulso palpável. Durante a checagem de ritmo, o médico realiza ultrassonografia cardíaca pela janela subxifóide e identifica atividade contrátil organizada, razão ventrículo direito/esquerdo preservada e ausência de derrame pericárdico. Diante desse achado, a interpretação mais adequada é:

- (a) Trata-se de dissociação eletromecânica verdadeira, associada a prognóstico extremamente desfavorável.
- (b) O achado caracteriza pseudo-AESP, sugerindo atividade mecânica cardíaca organizada de possível causa potencialmente reversível e necessidade de investigação etiológica direcionada.
- (c) A presença de atividade contrátil cardíaca ao ultrassom afasta a necessidade de investigação das causas reversíveis da PCR.
- (d) A identificação de atividade contrátil cardíaca ao ultrassom exclui como causa da PCR condições obstrutivas, como tromboembolismo pulmonar maciço e pneumotórax hipertensivo.

99. Homem de 30 anos, trabalhador, sofreu queda de cerca de 4 m de um andaime, atendido pelo SAMU após a cena ser liberada. Consciente, Glasgow 15, deambulando, sem dor à palpação da linha média cervical, com dor intensa e deformidade no antebraço direito. PA: 126 x 80 mmHg; FC: 94 bpm; sem

outras queixas. A equipe discute a conduta na cena. Assinale a conduta mais adequada na cena:

- (a) Imobilizar cuidadosamente a fratura do antebraço e completar a avaliação secundária no local antes de definir o transporte.
- (b) Aplicar restrição de movimento cervical, realizar apenas as intervenções essenciais na cena e regular diretamente a um centro de trauma.
- (c) Liberar a coluna pelos critérios de baixo risco, pelo paciente deambular e não referir dor cervical, e transportar a um pronto-socorro geral.
- (d) Transportar ao pronto-socorro geral mais próximo e reservar o centro de trauma para o caso de surgir instabilidade hemodinâmica.

100. Durante uma capacitação sobre gerenciamento de incidentes com múltiplas vítimas, o instrutor apresenta a seguinte situação hipotética:

Nos primeiros minutos após um desastre, a demanda assistencial supera amplamente os recursos inicialmente disponíveis. À medida que novas equipes, equipamentos e estruturas são mobilizados, ocorre progressiva redução da discrepância entre as necessidades operacionais e a capacidade de resposta instalada.

Segundo a doutrina do Sistema de Comando de Incidentes (SCI), a eficiência da gestão pode ser avaliada pela capacidade de reduzir o tempo necessário para que essa discrepância seja minimizada. Com base nos fundamentos do SCI, qual princípio operacional está mais diretamente relacionado ao objetivo descrito?

- (a) Ampliação do alcance de controle, permitindo que um único gestor coordene o maior número possível de subordinados durante a fase inicial do incidente.
- (b) Estabelecimento precoce de um Plano de Ação da Emergência, independentemente da disponibilidade de informações situacionais atualizadas.

- (c) Controle integral dos recursos, permitindo identificação, mobilização, utilização, rastreamento e desmobilização coordenada dos meios empregados até que as demandas operacionais sejam adequadamente atendidas.
- (d) Transferência progressiva do comando para as agências que possuam maior contingente de recursos disponíveis no local.

—