



PROVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

**MEDICINA DE**  
**EMERGÊNCIA**

2 0 2 4

**Caderno de Questões**

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



PROVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

# MEDICINA DE EMERGÊNCIA

2 0 2 4

## 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 40 páginas, sendo que a questão de número 100 terminará na página 38
- 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 CPF 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 4 (quatro) horas, incluindo o tempo para preenchimento do Cartão Resposta.

**Prova de Suficiência para o Título de Especialista em Medicina de Emergência 2024 –  
Primeira Fase – Prova Teórica**

- 1) Paciente admitido em Departamento de Emergência com o relato de que estava pescando e sentiu a picada de um animal não visualizado em região de maléolo lateral direito há cerca de 5 horas. No momento da admissão, apresentava gengivorragia, hematúria e dor local, além de 2 pontos de inoculação, com aproximadamente 0,7 cm de distância entre eles, sem edema importante. Exame físico sem outras alterações. Marque a alternativa correta:
  - a) Trata-se provavelmente de um acidente por aranha *Loxosceles*, e o tratamento deve ser realizado com soro antiaracnídico e acompanhamento da lesão.
  - b) Trata-se provavelmente de um acidente por serpente do gênero *Bothrops* filhote, e o tratamento deve ser realizado com soro antibotrópico; plasma não está indicado.
  - c) Trata-se provavelmente de um acidente por *Lonomia obliqua*, e o tratamento deve ser realizado com soro antilonômico e transfusão de plasma fresco congelado.
  - d) Trata-se de um acidente ofídico por serpente não identificada. Nesse caso, o ideal é a realização do soro polivalente antibotrópico-crotálico, de acordo com a epidemiologia do país.
  
- 2) Sobre a descontaminação gástrica em casos de intoxicação exógena, marque a alternativa verdadeira:
  - a) O procedimento é útil para a maioria das substâncias, principalmente se houver ingestão maciça.
  - b) A lavagem gástrica deve ser realizada preferencialmente ao carvão ativado, pelo menor risco associado de broncoaspiração e pneumonite.
  - c) O procedimento não deve ser indicado rotineiramente, principalmente em ingestões de substâncias com potencial de rebaixamento, arritmogênicas e convulsivantes.
  - d) A sonda utilizada para o procedimento deve ter o menor calibre possível, para evitar lesões e sangramentos associados à sua passagem.
  
- 3) Considera-se que a pré-oxigenação para a intubação em sequência rápida no paciente adulto foi realizada adequadamente na seguinte situação:
  - a) 5 minutos de pré-oxigenação com máscara reservatório não reinalante a 15 L/minuto e saturação de 96%.
  - b) 5 minutos de pré-oxigenação com máscara de Venturi e saturação de 92%.
  - c) 8 respirações com máxima exalação, seguidas de máxima inspiração em ventilação não invasiva com pressão positiva expiratória final (PEEP) de 6 mmHg e saturação de 95%.
  - d) 10 minutos com cateter nasal de oxigênio a 6 L/minuto e saturação de 100% de oxigênio.
  
- 4) Paciente vítima de traumatismo craneencefálico grave, evoluindo após 24 horas de permanência no Departamento de Emergência com coma não perceptivo e ausência de atividade supraespinal. Sobre o choque circulatório associado a essa situação, assinale a alternativa correta:
  - a) A dopamina é considerada o vasopressor de primeira escolha, por aumentar o débito cardíaco.
  - b) A hipovolemia é o principal determinante do choque, justificando ressuscitação volêmica com 30 mL/kg de solução cristalóide balanceada.
  - c) A hidrocortisona na dose de 300 mg/dia deverá ser administrada de forma rotineira.

- d) A vasopressina deve ser iniciada concomitantemente à infusão do vasopressor adrenérgico.
- 5) Você recebe, em uma unidade de pronto atendimento, um paciente de 23 anos trazido após atropelamento por caminhonete. Ele apresenta escala de coma de Glasgow de 15, PA 90 x 60 mmHg, frequência cardíaca 130 bpm, frequência respiratória de 26 irpm, saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) de 97% com máscara não reinalante a 15 L/minutos. Não apresenta hemorragia externa visível, tem via aérea patente, não tem esforço respiratório ou alteração na ausculta pulmonar, apresenta-se pálido, com sudorese fria e não tem sinais de traumatismo craneiocefálico. Sobre o caso, é correto afirmar que:
- a) A ausência de líquido livre ao FAST exclui o trauma pélvico como causa do choque.
  - b) Se o paciente consegue levantar a perna estendida sem dor, é possível excluir a presença de fratura pélvica.
  - c) A estabilização da pelve com cinta pélvica ou lençol na altura da espinha ilíaca anteroposterior reduz o sangramento.
  - d) Na presença de sangue no meato uretral, a passagem de uma sonda de Foley está indicada, pois ajuda a identificar lesões de bexiga.
- 6) Três vítimas são encaminhadas ao Departamento de Emergência após terem sido resgatadas de um incêndio secundário à uma explosão de gás em centro de reciclagem. A seguir, encontram-se descritas as avaliações iniciais dos três pacientes.

**Paciente 1:** vibrissas nasais queimadas, respiração ruidosa, frequência respiratória de 33 irpm, saturação periférica da hemoglobina de 99% em Máscara não-reinalante a 15 L/min, Ausculta Respiratória com murmúrio vesícula reduzido globalmente, frequência cardíaca de 101 bpm, pressão arterial (PA) de 133 x 65 mmHg. Escala de coma de Glasgow em 15, com força motora preservada. Queimaduras de segundo grau em face, tronco e dorso.

**Paciente 2:** via aérea pérvia, frequência respiratória de 35 irpm, saturação periférica de oxigênio de 98% em ar ambiente, ausculta respiratória com murmúrio vesicular positivo e sem ruídos adventícios. Membros quentes e bem perfundidos, FC de 105 bpm, PA de 123 x 55 mmHg, Escala de coma de Glasgow em 14, com sonolência leve. Queimaduras de segundo grau em membros superiores.

**Paciente 3:** via aérea sob intubação orotraqueal desde o Atendimento pré-hospitalar encontrado em escala de coma de Glasgow 3 na cena), frequência respiratória de 23 irpm, saturação periférica de oxigênio de 90% em fração inspirada de oxigênio de 100%, ausculta respiratória com murmúrio vesicular positivo e sem ruídos adventícios. Pressão Arterial sistêmica de 93 x 55 mmHg; queimaduras em face presentes. Lactato arterial 100 mg/dL (valor de referência: 16 mg/dL).

Marque a alternativa que melhor descreve as medidas prioritárias para cada um dos pacientes, respectivamente:

- a) Realizar intubação orotraqueal/ iniciar suporte de oxigênio suplementar a 100%/ iniciar infusão de cianocobalamina.
- b) Realizar intubação orotraqueal/ iniciar suporte de oxigênio suplementar a 100%/ iniciar infusão de hidroxocobalamina.
- c) Realizar suporte de oxigênio suplementar a 100%/ realizar intubação orotraqueal/ iniciar infusão de hidroxocobalamina.

- d) Realizar suporte de oxigênio suplementar a 100%/ iniciar suporte de oxigênio suplementar a 100%/ iniciar infusão de cianocobalamina.
- 7) Nos casos de traumatismo craniocéfálico leve, temos como estatística norte-americana a necessidade de intervenção neurocirúrgica ou morte em apenas 0,9% dos casos. Baseado nesses fatos, surgiram múltiplos escores de avaliação para traumatismo craniocéfálico leve, com o objetivo de reduzir o número desnecessário de tomografias computadorizadas. Temos quatro principais escores, com dois deles apresentando maior validação internacionalmente, sendo que um se destaca na especificidade, mantendo sensibilidade semelhante nos casos de doença neurocirúrgica. Qual escore atenderia melhor o sistema de saúde, considerando a sensibilidade e especificidade dos escores e o uso racional dos recursos?
- Canadian CT Head Rule.*
  - Nexus II Criteria.*
  - Rotterdam Score.*
  - New Orleans Criteria (NOC).*
- 8) Paciente de 54 anos, sexo feminino, previamente hipertensa, trazida ao Departamento de Emergência, acompanhada pelo esposo. Refere que, durante uma caminhada, sofreu trauma em inversão de tornozelo direito e foi atendida por equipe de saúde do parque em que estava. Queixava-se de dor. Foram realizadas aferição de sinais vitais e imobilização do tornozelo. A paciente foi orientada a procurar atendimento com rapidez, devido a elevado pico pressórico. Na avaliação inicial no Departamento de Emergência, a pressão arterial (PA) era 190x105 mmHg, com queixa de dor no tornozelo direito. Em relação ao manejo dos níveis pressóricos, qual a alternativa correta frente ao caso descrito?
- Analgesico simples, por via endovenosa agora, e captopril 50mg, sublingual agora.
  - Analgesico simples, por via endovenosa agora, e não realizar anti-hipertensivo.
  - Morfina 0,1 mg/kg, por via endovenosa agora, e nitroprussiato por via endovenosa, em bomba de infusão contínua.
  - Morfina 0,1 mg/kg, por via endovenosa agora, e captopril 50 mg, por via oral, agora.
- 9) Paciente de 56 anos, previamente hipertenso, apresentou-se no Departamento de Emergência com suspeita de dengue, no quarto dia da doença, após síncope no domicílio. Apresentava sonolência, temperatura de 38,5°C, frequência cardíaca de 123 bpm, pressão arterial de 112 x 69 mmHg, frequência respiratória de 25 irpm, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 96%, escala do coma de Glasgow apresentando taquicardia sinusal. Ao ultrassom *point-of-care* (PoCUS) foi evidenciado derrame pleural bilateral pequeno, sem outras alterações. Assinale a alternativa correta:
- Iniciar hidratação oral 60 mL/kg/dia, administrar antitérmico, realizar hemograma. Avaliar hematócrito e definir grupo de risco e ajuste na conduta, após avaliação laboratorial.
  - Iniciar hidratação venosa a 10 mL/kg/hora, reavaliar sinais vitais e diurese após a primeira hora e manter hidratação por via intravenosa 10 mL/kg/hora, até avaliação do hematócrito (em até 2 horas).
  - Iniciar hidratação venosa a 5 mL/kg/hora devido à presença de derrame pleural bilateral, reavaliar sinais vitais e diurese após a primeira hora, e manter hidratação por via intravenosa 5 mL/kg/hora até avaliação do hematócrito (em até 2 horas).
  - Iniciar imediatamente a fase de expansão rápida parenteral, com soro fisiológico a 0,9%: 20 mL/kg em até 20 minutos e reavaliação clínica a cada 15 a 30 minutos e de hematócrito em 2 horas.

- 10) Dentre as quatro alternativas, marque aquela que mais provavelmente descreve um paciente com diagnóstico de glaucoma agudo de ângulo fechado:
- a) Paciente trabalhador de indústria metalúrgica com queixa de olho vermelho após turno de trabalho, com dor importante no olho direito e hiperemia difusa de conjuntiva.
  - b) Paciente com relato de infecção de vias aéreas recente, evoluindo com dor e hiperemia da conjuntiva e da pálpebra do olho direito.
  - c) Paciente com dor intensa de início súbito, no olho esquerdo, com consistência pétreia ao toque e náuseas e vômitos associados.
  - d) Paciente com dor intensa no olho esquerdo de início há alguns dias, associada à turvação visual e reação de câmara anterior ao exame de lâmpada de fenda.

**Utilize o enunciado a seguir como referências das questões 11 a 13.**

Paciente de 89 anos, com histórico (descrito em prontuário) de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (28%) após infarto agudo do miocárdio no ano anterior, está em sala de emergência de um grande centro urbano brasileiro há cerca de 6 horas após ter sofrido queda da própria altura associada à fratura transtrocanteriana de fêmur. Evoluiu com quadro de choque e insuficiência respiratória refratários. A equipe multiprofissional, após conversa com familiares, opta por não indicar tratamento cirúrgico ou Suporte Avançado à Vida, considerando comorbidades e funcionalidade prévia.

- 11) Considerando cuidados de final de vida indicados para o manejo dessa paciente, marque a alternativa correta:
- a) Os opioides devem ser evitados como estratégia de controle da dor na fase final de vida.
  - b) Bloqueios anestésicos regionais são estratégias eficazes para o controle da dor na população idosa com fraturas secundárias à idade.
  - c) A oxigenoterapia suplementar é a melhor estratégia para controlar o sintoma de dispneia em pacientes na fase final de vida.
  - d) As medidas de conforto devem ser iniciadas após a chegada da equipe de cuidados paliativos na unidade de emergência.
- 12) Mesmo após medidas de suporte inicial, o paciente evoluiu para o óbito ainda na sala de emergência. Você, então, encaminha-se para notificar os familiares em relação ao óbito ocorrido. Considerando os princípios atuais em relação à notificação de más notícias, marque a alternativa correta:
- a) Familiares que se encontram muito longe do local do óbito podem receber a notícia por telefone.
  - b) Uso de eufemismos, como “ele se foi”, é encorajado.
  - c) No Departamento de Emergência, a etapa de *set-up* (preparo) não é indicada.
  - d) Ver o corpo após o evento deve ser desencorajado pela equipe de saúde.
- 13) Após a notificação da família, a equipe de enfermagem lhe questiona sobre a emissão da Declaração de Óbito (DO) dessa paciente. Considerando o caso clínico descrito, marque a alternativa correta:
- a) A equipe de ortopedia deve ser responsável pelo preenchimento da declaração.
  - b) O médico cardiologista que faz o seguimento ambulatorial do caso deve preencher a DO.
  - c) O preenchimento da DO deve ser realizado pela equipe médica do Instituto Médico Legal.
  - d) O plantonista da sala de emergência deve realizar o preenchimento da DO.

- 14) Você recebe no Departamento de Emergência uma paciente gestante de 32 semanas trazida por uma Unidade de Suporte Básico em parada cardiorrespiratória. A parada cardiorrespiratória foi presenciada, e a assistência pela equipe da Unidade Básica foi iniciada há 8 minutos, com compressões torácicas e aplicação do desfibrilador externo automático, que disparou três choques. Pensando em otimizar a chance de retorno à circulação espontânea, o próximo passo no atendimento deve ser:
- Realizar intubação orotraqueal.
  - Realizar bólus de sulfato de magnésio.
  - Realizar a histerotomia de reanimação.
  - Checar ritmo e realizar nova desfibrilação, se indicada.
- 15) Lactente de 6 meses com quadro de bronquiolite em observação aguardando transferência para Serviço Pediátrico. Você vai reavaliar o paciente e o encontra desacordado, com esforço respiratório muito grave e palidez cutânea intensa. Em sua avaliação, você observa frequência respiratória (FR) de 80 irpm, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 70% com oxigênio no cateter nasal, entrada de ar muito reduzida e esforço intenso. Extremidades frias, perfusão lentificada, pulsos periféricos fracos e centrais palpáveis, frequência cardíaca (FC) de 48 bpm. Quais as condutas prioritárias nesse momento?
- Iniciar oxigênio em alto fluxo por máscara facial e expansão volêmica, devido aos sinais de choque.
  - Iniciar ventilação com pressão positiva conectada à fonte de oxigênio e reavaliar a frequência cardíaca e sinais de choque. Iniciar compressões e ventilações, se não houver melhora.
  - Estimular, aquecer e realizar atropina na dose de 0,02 mg/kg por via endovenosa ou intraóssea. Iniciar a ventilação com pressão positiva.
  - Iniciar compressões alternando com ventilações e administrar bólus de epinefrina por via endovenosa ou intraóssea.
- 16) Marque a alternativa que descreve uma indicação de intubação orotraqueal e a melhor estratégia de realização do procedimento para um paciente em crise asmática grave:
- Aumento da pressão parcial de gás carbônico (pCO<sub>2</sub>) em mais de 5 mmHg na última hora e manutenção do esforço respiratório. Pré-oxigenar com ventilação não invasiva. Considerar intubação em sequência prolongada.
  - Diminuição da pCO<sub>2</sub> na última hora e manutenção do esforço respiratório. Pré-oxigenar com ventilação não invasiva. Considerar duplo preparo. Realizar sequência rápida de intubação (SRI) o mais rapidamente possível.
  - Aumento da pCO<sub>2</sub> em mais de 5 mmHg na última hora e manutenção do esforço respiratório. Pré-oxigenar com máscara não reinalante a 5 L/minuto. Proceder com SRI.
  - Diminuição da pCO<sub>2</sub> na última hora e manutenção do esforço respiratório. Realizar lidocaína. Considerar intubação em sequência prolongada.
- 17) Paciente vítima de trauma abdominal contuso, chega com sinais vitais: frequência cardíaca (FC) de 110 bpm, pressão parcial sistólica (PAS) de 100 mmHg, frequência respiratória (FR) de 26 irpm, temperatura de 35°C e E-FAST com líquido livre no abdômen. No atendimento pré-hospitalar foi realizada ressuscitação volêmica. Deve ser indicado protocolo de transfusão maciça para esse paciente? Por quê?
- Não, ABC score de 1 ponto.
  - Sim, ABC score de 1 ponto.
  - Sim, *Shock Index* > 1,0.
  - Não, *Shock index* > 1,0.

- 18) Mulher, 37 anos, referenciada à Unidade de Emergência com suspeita de abdome agudo. Refere dor abdominal em andar inferior do abdome e fossa ilíaca direita. Apresentou náuseas, vômitos e um episódio de febre aferida. Queixa-se ainda de dispareunia e corrimento vaginal de coloração amarelada. Ao exame físico apresenta abdome flácido, doloroso à palpação superficial e profunda de andar inferior de abdome sem descompressão brusca dolorosa. Ao toque vaginal, observa-se dor na mobilização do colo uterino. Com base nesse caso, podemos afirmar que:
- O diagnóstico de doença inflamatória pélvica aguda necessita da confirmação por exames de imagem como ultrassonografia pélvica e tomografia de abdome com contraste.
  - O diagnóstico de apendicite aguda deve ser considerado, porém, com base nos dados clínicos apresentados nesse caso, essa hipótese pode ser descartada.
  - Os dados clínicos apresentados fortalecem a hipótese diagnóstica de doença inflamatória pélvica aguda e exames de imagens podem ser importantes na exclusão de diagnósticos diferenciais e complicações.
  - Gravidez ectópica é o diagnóstico diferencial de abdome agudo em mulher jovem, porém ausência de sangramento vaginal e instabilidade hemodinâmica excluem esse diagnóstico, nesse caso.
- 19) Uma paciente de 43 anos, sem comorbidades, apresenta-se no Departamento de Emergência de um hospital secundário trazida pelo marido em uma cadeira de rodas. O marido encontra-se desesperado, pois, segundo ele, a paciente apresentava funcionalidade normal há 2 semanas, quando teve febre alta e diarreia e nunca mais se recuperou. Obteve o diagnóstico de dengue na ocasião. Paciente relata que está se sentindo um pouco mais fraca que o habitual, não consegue se colocar em pé e não tem conseguido trabalhar; refere formigamento em mãos e pés. Ao exame físico, apresenta-se lúcida e orientada, ausência de sinais meníngeos, reflexo patelar diminuído bilateralmente. Negou perda do controle esfinteriano. Negou febre ou cefaleia. Frequência cardíaca de 80 bpm; pressão arterial de 130x80 mmHg; frequência respiratória de 12 irpm; saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 98% em ar ambiente, temperatura de 36,3 °C. Assinale a alternativa com a conduta adequada no Departamento de Emergência:
- Realizar punção lombar; fazer admissão hospitalar; administrar corticoide, imunoglobulina 400 mg/kg por via endovenosa; transferir para enfermaria.
  - Realizar tomografia computadorizada de crânio; fazer punção lombar; administrar ceftriaxona 2 g + vancomicina 15 mg/kg + aciclovir 10 mg/kg + dexametasona; fazer admissão hospitalar.
  - Realizar tomografia computadorizada de crânio; se normal, alta com encaminhamento para Atenção Primária.
  - Realizar punção lombar; fazer admissão hospitalar; administrar imunoglobulina 400 mg/kg por via endovenosa; transferir para unidade de terapia intensiva.
- 20) Durante a laringoscopia, para otimização da visualização da glote, escolha a alternativa correta sobre as técnicas:
- A manobra de Sellick facilita a visualização e diminui o risco de broncoaspiração.
  - A manobra de BURP depende da disponibilidade do *bougie*.
  - A manobra da manipulação laríngea é efetiva, pois pode ser ajustada de forma imediata, conforme a visualização na laringoscopia.
  - A manobra de BURP é um movimento único, feito às cegas, que facilita a visualização e independe de um auxiliar.
- 21) Sobre o trauma cervical, assinale a correta:
- A presença de reflexos tendíneos profundos indica pior prognóstico.

- b) Um paciente que fala uma língua que você não entende deve ter a coluna imobilizada.
- c) A radiografia de coluna cervical em perfil é adequada para a avaliação de fraturas, desde que englobe de C1 a T1.
- d) Está indicada a restrição de movimento de coluna em um paciente que tem perda motora e sensitiva após ferimento por arma branca no pescoço.

22) Homem de 45 anos, admitido na emergência com história de febre e dispneia há 2 dias. Apresenta-se estável e sem necessidade de oxigênio suplementar. Durante a inssonação da transição toracoabdominal direita, você encontra a imagem a seguir. Identifique o achado ultrassonográfico apresentado na seta:

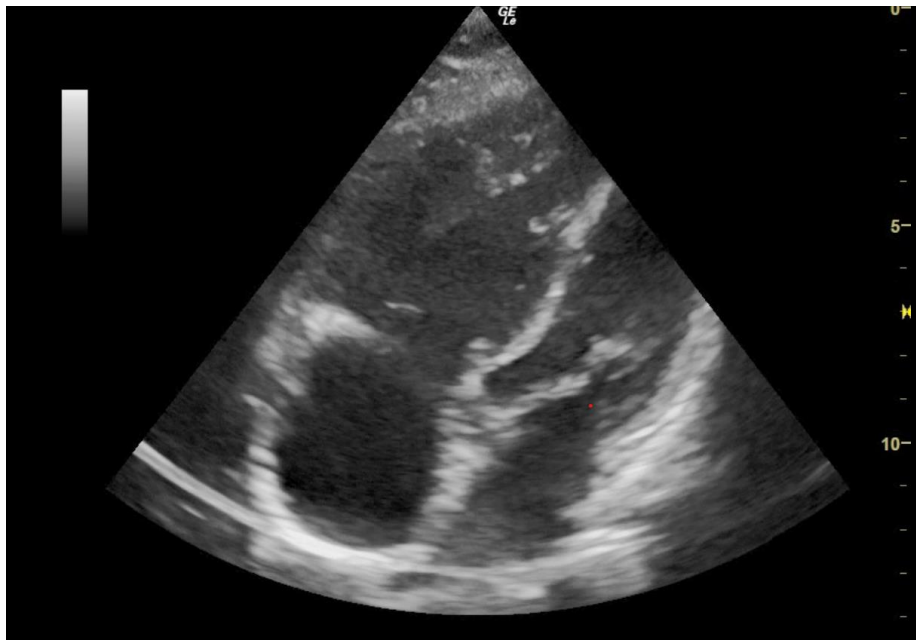


- a) Consolidação pulmonar.
- b) Artefato em espelho.
- c) Derrame pleural.
- d) Reforço acústico posterior.

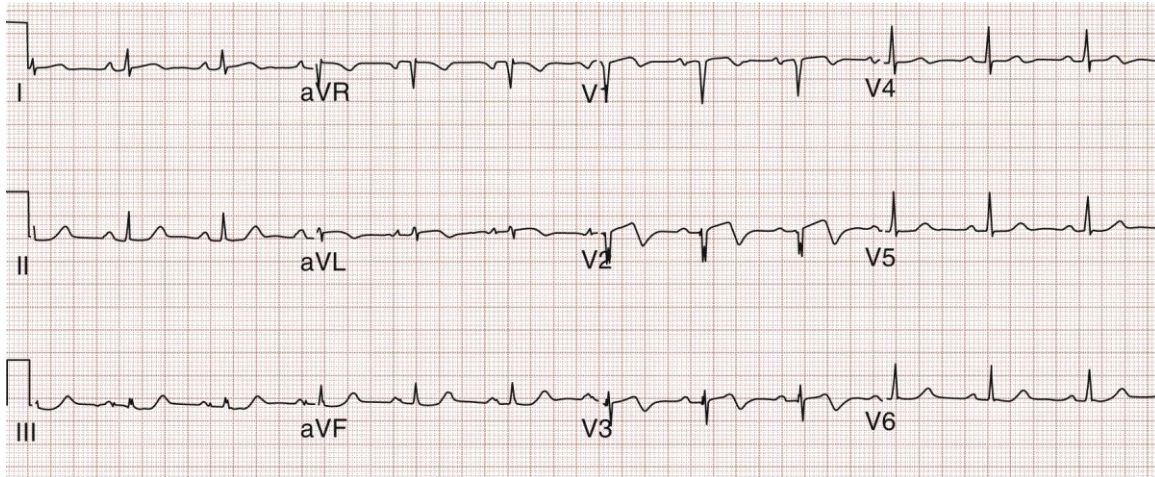
23) Ao realizar bloqueios anestésicos no Departamento de Emergência, devemos estar atentos à escolha do fármaco, suas propriedades farmacológicas e seus possíveis efeitos colaterais. Com relação à toxicidade dos anestésicos locais, assinale a alternativa correta:

- a) Anestésicos locais mais lipofílicos, como a bupivacaína, têm menor risco de toxicidade cardíaca, o que permite que suas doses máximas sejam mais altas, em comparação com os anestésicos que são mais cardiotoxicos, como a lidocaína.
- b) O acréscimo de epinefrina aos anestésicos locais diminui a absorção sistêmica do medicamento, o que permite o uso de doses maiores, no entanto, isso também reduz o tempo de duração da anestesia.
- c) No manejo da intoxicação sistêmica por anestésicos locais, a droga de primeira linha é a emulsão lipídica 20% com dose inicial em bólus de 1,5 mg/kg em 2 a 3 minutos, seguida de uma infusão de 0,25 mL/kg/minuto em 30 a 60 minutos.
- d) Devido à lipossolubilidade dos anestésicos locais, pacientes obesos (com maior índice de massa corporal), bem como aqueles com lesões extensas, possuem maior risco de superdosagem.

- 24) O médico emergencista deve assumir um papel de protagonismo no preparo e na resposta aos desastres. Em relação a esse assunto, é correto afirmar que:
- a) O tratamento dos pacientes mais graves é priorizado.
  - b) Planos de resposta de outras instituições podem ser copiados e implementados diretamente.
  - c) A *surge capacity* (capacidade de expansão rápida) é ditada pelo estoque de material nos serviços.
  - d) Exercícios de simulações de mesa são maneiras custo-efetivas de testar planos e envolver múltiplas agências.
- 25) Mulher de 45 anos apresentou dor torácica retroesternal seguida de síncope, trazida ao hospital por familiares. À admissão na triagem do hospital, apresentava-se pálida, sudoreica, hipotensa e taquicárdica, sendo encaminhada para a Sala Vermelha. Durante a monitorização, ficou irresponsiva. Confirmada a ausência de pulso central. São iniciadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Seu serviço dispõe de ultrassonografia à beira leito e você decide utilizá-lo para avaliação. Com base na imagem a seguir, qual seria a melhor conduta?



- a) Toracocentese de alívio.
  - b) Pericardiocentese.
  - c) Trombólise endovenosa.
  - d) Bicarbonato de sódio endovenoso.
- 26) Paciente do sexo masculino, 48 anos, tabagista, trabalhador da construção civil, teve um episódio de dor torácica associada à dispneia. A seguir, apresenta-se o eletrocardiograma do paciente, após melhora do quadro de dor.



Fonte: Walls R, Hockberger R, Gausche-Hill M, Erickson TB, Wilcox SR. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 10 ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022.

Com base nos achados desse traçado, o que pode ser afirmado?

- Padrão de Wellens; provável lesão de artéria descendente anterior proximal.
- Padrão de De Winter's; provável lesão da artéria descendente anterior.
- Inversão de T de parede anterior sugestiva de tromboembolia pulmonar (TEP).
- Padrão de Aslanger; oclusão do tronco da coronária esquerda.

27) Paciente de 68 anos, motorista de carro de aplicativo, tabagista, chega ao Departamento de Emergência de um hospital secundário em cadeira de rodas com dor lombar muito importante, Escala Visual Analógica (EVA) 10/10. Refere que possui marca-passo por arritmia, que não sabe informar qual, e descobriu recentemente um câncer de próstata, mas estava na fila para iniciar tratamento. Nega outras doenças ou uso contínuo de medicações. Sempre teve dor nas costas, mas dessa vez ela estava tão forte que não tinha forças nas pernas para trabalhar. Sobre a conduta no Departamento de Emergência:

- Analgesia e alta com orientações de mudança de hábitos de vida.
- Analgesia e solicitar tomografia computadorizada de coluna torácica e lombar.
- Solicitar transferência para realização de ressonância magnética da coluna torácica e lombar de emergência.
- Analgesia e solicitar raio X de coluna lombar; caso normal, alta com orientações de mudança de hábitos de vida.

28) Paciente de 51 anos, sexo masculino, é admitido no Departamento de Emergência referindo mal-estar inespecífico, dor torácica ventilatório-dependente e dispneia. Relata que os sintomas começaram naquele dia, de forma súbita, durante uma viagem de carro que teve duração de 3 horas. Na classificação de risco, frequência cardíaca de 99 bpm, pressão arterial de 121x78 mmHg, frequência respiratória de 19 irpm, temperatura de 36,3° C, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 96% ar ambiente. Ao exame físico pulmonar, não se observam alterações dignas de nota. O eletrocardiograma realizado na triagem mostra ritmo sinusal, sem alterações sugestivas de isquemia. Inicialmente, foram feitos os exames laboratoriais listados a seguir, e você realiza um ultrassom pulmonar, cardíaco e de vasos de membros inferiores à beira do leito, descritos como normais.

Exames complementares: hemoglobina 16 g/dL, hematócrito 45%, ureia 35 mg/dL, creatinina 0,95 mg/dL, leucograma 9.550 cél/mm<sup>3</sup>, plaquetas 232.000 cél/mm<sup>3</sup>, sódio sérico 141 mEq/L, potássio sérico 4,3 mEq/L, D-dímero 1.550 ng/mL, troponina 4 ng/dL (valor de referência < 5 ng/dL).

Após resultado dos exames, é solicitada uma angiotomografia de artérias pulmonares, que revela uma tromboembolia pulmonar (TEP) segmentar.

Você reavalia o paciente, neste momento, estável e sem queixas. Qual das alternativas a seguir está correta?

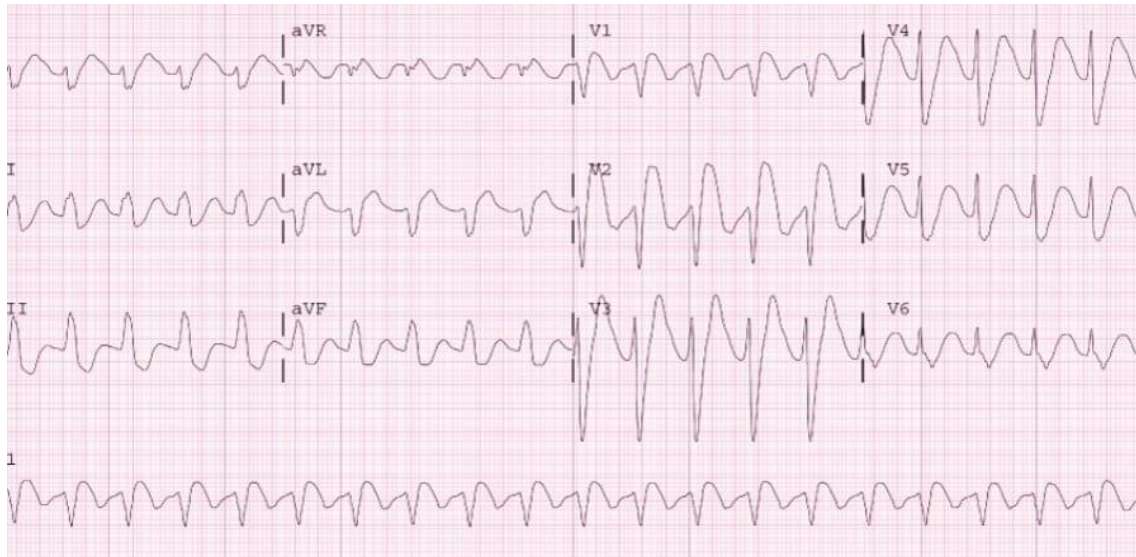
- a) O diagnóstico ainda não pôde ser estabelecido. Assim, estão indicados uma nova dosagem de troponina e um novo eletrocardiograma.
- b) Trata-se de um TEP segmentar, classificado como baixo risco. Nesse contexto, deve receber anticoagulação plena com enoxaparina e ser submetido à internação em regime de enfermaria.
- c) Trata-se de um TEP segmentar, classificado como baixo risco. Se capacidade de compreensão adequada e condições socioeconômicas favoráveis, o tratamento pode ser feito em regime ambulatorial com seguimento precoce (< 7 dias).
- d) Trata-se de TEP segmentar, classificado como moderado risco. A conduta adequada é anticoagulação plena com enoxaparina e internação em regime de terapia intensiva.

29) Mulher de 55 anos, previamente independente, admitida no Departamento de Emergência às 10h, com relato de ter ido dormir bem às 21h da véspera e encontrada às 8h, com dificuldade para comunicação verbal e paralisia de um lado do corpo. É hipertensa e diabética, em uso de enalapril e metformina. Não há histórico de trauma, cirurgia ou outras condições clínicas dignas de nota. À chegada, pressão arterial de 164/88 mmHg, frequência cardíaca de 101 bpm, com ritmo cardíaco irregular, glicemia capilar de 159 mg/dL, obedecendo a comandos, alerta, afásica, com paralisia facial e com hemiparesia completa à direita, com pontuação na escala de acidente vascular cerebral do *National Institutes of Health* de 12.

Submetida à ressonância do crânio com angiorressonância, que revelou hipersinal na difusão em metade do território da artéria cerebral média esquerda, com sequência FLAIR sem alterações e oclusão do segmento proximal da mesma artéria. Com base nesses achados, a conduta imediata que mais trará benefícios funcionais a esse paciente é:

- a) Indicar trombólise endovenosa com alteplase na dose de 0,9 mg/kg, sendo 10% administrados em bólus e o restante da dose infundida em 1 hora.
- b) Realizar tratamento de trombectomia mecânica.
- c) Administrar ácido acetilsalicílico 200 mg, sinvastatina 40 mg, enoxaparina profilática e fazer admissão hospitalar.
- d) Anticoagular a paciente com dose plena terapêutica de heparina de baixo peso molecular.

30) Paciente do sexo feminino, de 27 anos, é admitida ao Departamento de Emergência após ter sido encontrada desacordada em sua cama. A equipe do atendimento pré-hospitalar relata diversas caixas de comprimidos na cena, incluindo fluoxetina, clonazepam e amitriptilina. Ao exame, paciente desacordada, com escala de coma de Glasgow em 10, pupilas médias e fotorreagentes, reflexos tendíneos fisiológicos, frequência cardíaca de 131 bpm, pressão arterial de 70 x 50 mmHg, com extremidades frias e pegajosas, frequência respiratória de 28 irpm com respiração ruidosa e acúmulo de secreção em orofaringe. Temperatura 37,9°C, eletrocardiograma da paciente conforme imagem a seguir. Considerando o quadro descrito, marque a alternativa com o melhor conjunto de medidas indicadas:



- a) Iniciar bicarbonato de sódio endovenoso, expansão volêmica e drogas vasoativas; realizar intubação orotraqueal após estabilização inicial.
- b) Realizar intubação orotraqueal e iniciar flumazenil e expansão volêmica e drogas vasoativas.
- c) Realizar cardioversão elétrica sincronizada, iniciar flumazenil e aguardar a resposta terapêutica, antes de indicar intubação orotraqueal.
- d) Iniciar bicarbonato de sódio endovenoso, iniciar expansão volêmica e drogas vasoativas e cardioversão elétrica sincronizada.

31) Sobre a avaliação diagnóstica do idoso em estado confusional agudo, marque a verdadeira:

- a) No *delirium*, as manifestações de anomalias do sistema nervoso autônomo são mínimas ou ausentes, e alteração no nível de consciência geralmente não é uma característica.
- b) O *delirium* é caracterizado por um distúrbio neurocomportamental flutuante, que, normalmente, progride durante um curto período. É uma consequência direta de um estressor agudo do sistema nervoso central ou sistêmico.
- c) O *delirium* segue um curso gradual, com evolução ocorrendo ao longo de meses a anos, com períodos de agudização geralmente associado a processos infecciosos ou interações medicamentosas.
- d) Tanto o *delirium* como a demência afetam a cognição. Desse modo, as duas patologias não podem ocorrer concomitantemente em um paciente com quadro confusional, sendo considerados, portanto, diagnósticos diferenciais.

32) Sobre doenças exantemáticas na população pediátrica, marque a alternativa correta:

- a) O exantema súbito é uma doença causada por herpesvírus caracterizada por febre e *rash* cutâneo, que aparece tipicamente após defervescência febril. Convulsões febris podem ocorrer e devem levantar o alerta para a hipótese de encefalite, complicação comum, haja vista seu agente etiológico, porém com evolução benigna.
- b) Um achado característico do exantema súbito são lesões rosadas maculares ou maculopapulares, de 2 a 3 mm de diâmetro, raramente coalescentes, acometendo inicialmente tronco e que se espalham para pescoço e extremidades, que não clareiam à pressão e desaparecem em 1 ou 2 dias.
- c) As erupções cutâneas do sarampo surgem tipicamente entre o terceiro e quinto dia de doença, concomitante ao desaparecimento das manchas de Koplik, e se caracterizam por lesões eritematosas maculopapulares envolvendo face e

tronco que poupam braços, pernas, mãos e pé, até o terceiro dia de evolução, quando desaparecem.

- d) O tratamento do sarampo é principalmente de suporte com antipiréticos, hidratação e manejo do prurido. Sua complicação mais comum é a otite média, porém complicações mais graves e ameaçadoras da vida, como encefalite e pneumonia, podem ocorrer.
- 33) Nos anos 2000, a partir da iniciativa do *Institute of Medicine* (IOM), foi publicado o manifesto intitulado *Err is Human*, trazendo importantes provocações sobre erros na assistência em cuidados de saúde. Assinale a alternativa correta:
- a) A superlotação está associada a incremento no número de erros na assistência. Os riscos são vários e passam desde classificações de risco inadequadas, até pacientes que não aguardam atendimento.
  - b) No Departamento de Emergência, a tomada de decisão deve ser rápida e assertiva. De maneira surpreendente, estudos retrospectivos revelaram que vieses cognitivos não impactam nesse cenário.
  - c) A privação de sono é um fator pouco relacionado com erros em saúde.
  - d) Médicos emergencistas são interrompidos com frequência em suas ações, contudo, isso não está correlacionado com aumento de erros em saúde.
- 34) Paciente do sexo masculino de 54 anos, previamente etilista, hipertenso, que foi internado há 3 dias por um quadro de síndrome de abstinência alcoólica. No momento, apresenta-se muito agitado, retirando constantemente a máscara de oxigênio, com sudorese profusa e dessaturação rápida. Sinais vitais: pressão arterial de 123 x 56 mmHg, frequência cardíaca de 115 bpm, frequência respiratória de 32 irpm, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 88% com máscara não reinalante em fluxo máximo (*flush-rate*). Nos exames complementares, apresenta grande consolidação em lobo inferior direito na tomografia computadorizada de tórax e, na gasometria arterial, apresenta P/F estimada de 130. Para realizar a intubação, qual técnica e qual modalidade de pré-oxigenação seriam mais seguras?
- a) Intubação por sequência prolongada (*delayed sequence intubation*). Pré-oxigenação com ventilação não invasiva e fração inspirada de oxigênio de 100%.
  - b) Intubação com paciente acordado (*awake intubation*) com anestesia tópica da via aérea com lidocaína. Pré-oxigenação com máscara não reinalante em fluxo máximo (*flush-rate*) (>40 L/minuto).
  - c) Intubação por sequência rápida. Pré-oxigenação com dispositivo bolsa-válvula-máscara a 15 L/minuto.
  - d) Intubação forçada a agir. Não há tempo para pré-oxigenação.
- 35) Paciente imunossuprimido, tabagista de longa data, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. Admitido no Departamento de Emergência na vigência de insuficiência respiratória aguda hipoxêmica. Em relação à utilização da ventilação não invasiva (VNI) no Departamento de Emergência, assinale a alternativa correta:
- a) O índice ROX < 3,85 mensurado após 2, 6 e 12 horas do início da VNI está associado a baixo risco de falha na VNI.
  - b) A literatura apoia o uso de VNI como abordagem de primeira linha para manejo da insuficiência respiratória aguda leve a moderada em pacientes com imunossupressão.
  - c) Exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica, edema agudo de pulmão cardiogênico e crise asmática são situações nas quais a VNI possui evidências robustas de impacto na redução de mortalidade e nas taxas de intubação orotraqueal.

- d) A utilização de VNI no modo CPAP (*continuous positive airway pressure*) é terapia de primeira linha nos pacientes com insuficiência respiratória aguda por exacerbação doença pulmonar obstrutiva crônica.

36) Paciente do sexo masculino, de 40 anos, sofreu trauma craniocéfálico (TCE) após ser atingido na cabeça por um galho. Após o acidente, chegou em casa andando, mas logo começou a apresentar vômitos em jato e sonolência. Levado para a emergência de outro município, onde chegou com escala de coma de Glasgow de 8/15 e anisocoria. Foi imediatamente intubado e contato realizado para transferi-lo para sua unidade, que é a referência em neurocirurgia da região. Na chegada, o paciente apresentava bradicardia e hipertensão, sem o uso de medicamentos vasoativos. Sobre o quadro de TCE grave desse paciente, responda com verdadeiro (V) ou falso (F):

- ( ) Esse paciente apresenta reflexo de Cushing.
- ( ) Manter pressão arterial sistólica 110 mmHg.
- ( ) Manitol por via endovenosa 1 g/kg.
- ( ) Solução salina 3% por via endovenosa 1 mL/kg até Na 160 mEq/L.
- ( ) Manter pressão parcial de gás carbônico (pCO<sub>2</sub>) entre 30 e 35 nas primeiras 24 horas.
- ( ) Profilaxia para epilepsia pós-traumática nos primeiros 7 dias

Qual a sequência correta de respostas:

- a) F-V-V-F-F-V.
- b) V-F-F-V-V-F.
- c) V-V-F-V-F-V.
- d) V-V-V-F-F-V.

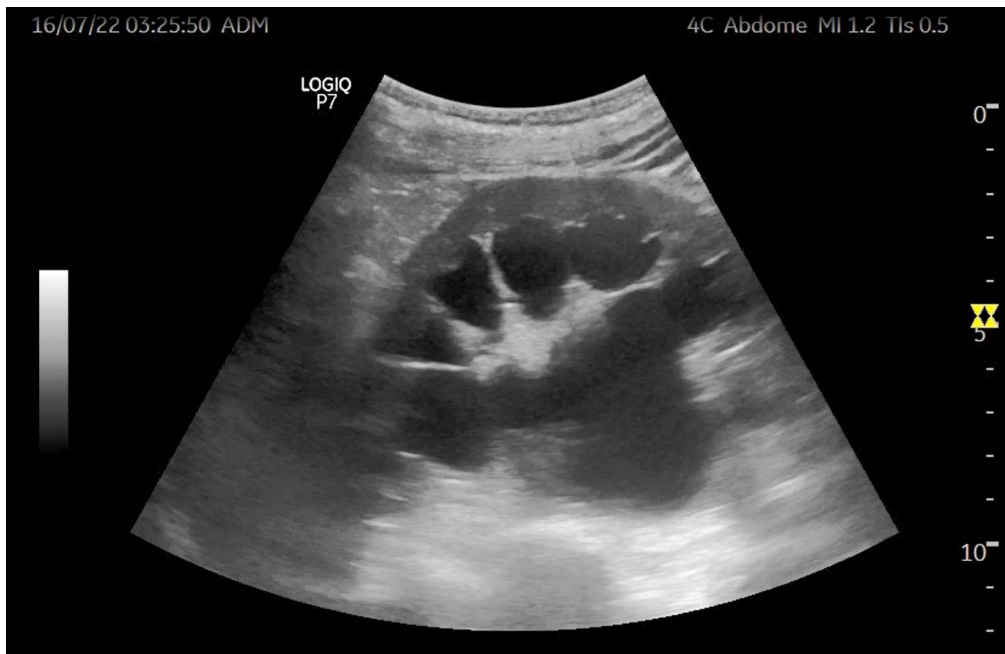
37) Paciente de 44 anos, previamente hígido, porém sedentário, é trazido ao Departamento de Emergência após “passar mal” ao participar de uma corrida de rua em Teresina (PI). Ele relatava mal-estar geral, náuseas e vômitos e dores em membros inferiores. Ao exame consciente, porém diaforético, dispneia leve em ar ambiente, frequência respiratória de 28 irpm, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 98%, frequência cardíaca de 123 bpm, pressão arterial de 100 x 70 mmHg deitado e tempo de enchimento capilar de 4 segundos. Membros quentes e bem perfundidos, temperatura 40,2°C. Marque a alternativa que descreve o tratamento inicial de escolha para esse paciente:

- a) Infusão de glicose 10% por via endovenosa 1.000 mL e antitérmico por via endovenosa.
- b) Infusão de NaCl 0,9% por via endovenosa 1.000 mL e antitérmico por via endovenosa.
- c) Infusão de glicose 10% por via endovenosa 1.000 mL e resfriamento ativo.
- d) Infusão de NaCl 0,9% por via endovenosa 1.000 mL e resfriamento ativo.

38) Paciente do sexo masculino, 8 anos de idade e 32 kg de peso com diagnóstico de asma e história de internações prévias em unidade de terapia intensiva com necessidade de ventilação mecânica por exacerbação chega ao Departamento de Emergência trazido pela mãe por nova exacerbação. Apresenta-se inquieto, taquipneico, com saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 90% e fala entrecortada. Imediatamente, é monitorizado, um acesso venoso periférico é obtido, e é ofertado oxigênio suplementar. Sobre o manejo desse paciente, assinale a alternativa correta:

- a) Por se tratar de uma crise grave, caso não haja resposta adequada após um primeiro resgate com beta-agonista inalatório, devemos iniciar precocemente o uso de beta-agonista endovenoso.

- b) Pacientes com exacerbações graves podem apresentar dificuldade de deglutição, sendo recomendada uma dose endovenosa de metilprednisolona ou dexametasona tão logo um acesso venoso seja estabelecido.
  - c) O uso de magnésio intravenoso, quando indicado, deve ser prescrito na dose de 50 a 75 mg/kg em infusão de 20 minutos somente após uma dosagem sérica de magnésio dentro do limite da normalidade.
  - d) O uso de terbutalina subcutânea e adrenalina intramuscular não possuem benefício em pacientes pediátricos com crise asmática grave, devendo ser utilizados exclusivamente em caso de suspeita de broncoespasmo relacionado à anafilaxia.
- 39) Um paciente de 32 anos, 75 kg, portador de anemia falciforme dá entrada no Departamento de Emergência de um hospital terciário com dor torácica importante, dispneia e dessaturação. Refere ter tido dor em braço esquerdo importante há 1 semana e, há 3 meses, faz uso irregular de hidroxiureia, pois não consegue ter acesso à medicação. Frequência cardíaca de 120 bpm, ritmo regular; pressão arterial de 120 x 80 mmHg; saturação periférica da hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 89% ar ambiente curva ruim do oxímetro; temperatura de 38,3°C. Sobre a conduta no Departamento de Emergência:
- a) Administrar oxigênio e ácido acetilsalicílico 200 mg; fazer eletrocardiograma, raio X de tórax e curva de troponina.
  - b) Administrar oxigênio; fazer angiotomografia computadorizada de tórax, ecocardiograma transtorácico, expansão volêmica com Ringer Lactato, enoxaparina em dose plena; dosar troponina e pró-peptídeo natriurético cerebral.
  - c) Administrar oxigênio; fazer tomografia computadorizada de tórax, expansão volêmica com Ringer Lactato; administrar morfina 10 mg por via endovenosa, dipirona 2 g por via endovenosa, ceftriaxona 2 g + azitromicina 500 mg; colher hemoculturas.
  - d) Administrar oxigênio; fazer tomografia computadorizada de tórax, expansão volêmica com Ringer Lactato; administrar ceftriaxona 2 g + azitromicina 500 mg; fazer hemoculturas e exames laboratoriais para sepse.
- 40) Homem, 38 anos, com dor abdominal há 3 dias localizada em flanco esquerdo do tipo cólica de forte intensidade associada a náuseas e vômitos. Paciente clinicamente estável e exame físico do abdome sem sinais de peritonite. Realizada analgesia com dipirona e tenoxicam por via intravenosa com melhora transitória. Hemograma com hemoglobina em 12 g/dL, hematócrito em 38%, leucócitos em 17.000 cél/mm<sup>3</sup> com 84% segmentados. Urina I/EAS: 500.000 hemácias/mL (referência < 10.000/mL) e 800.000 leucócitos/mL (referência < 10.000/mL), nitrito positivo. Realizado ultrassom *point-of-care* (PoCUS) abdominal, e a janela do quadrante superior esquerdo evidenciou a seguinte imagem:



Com base nos achados encontrados, qual a melhor conduta para o caso?

- a) Na imagem há sinais de hidronefrose leve. Quadro clínico sugere ureterolítase sem complicações. Tratamento ambulatorial com analgesia e antibioticoterapia para infecção urinária não complicada.
  - b) A imagem mostra a presença de líquido livre no espaço esplenorrenal, sendo necessária tomografia computadorizada contrastada para avaliar outras possibilidades diagnósticas.
  - c) A imagem evidencia hidronefrose importante à esquerda. Diante do quadro clínico e dos exames laboratoriais, a hipótese diagnóstica é pielonefrite obstrutiva. Nesses casos, além da antibioticoterapia e do manejo da dor, é fundamental a solicitação de consulta urológica especializada, para avaliar a possibilidade de desobstrução.
  - d) A imagem sugere sinais de dilatação de alças de intestino delgado, sugerindo diagnóstico de abdome agudo obstrutivo. É fundamental, nesse caso, a realização de tomografia de abdome com contraste e avaliação cirúrgica na sequência.
- 41) Sobre a indicação de bloqueios anestésicos guiados por ultrassom *point-of-care* (PoCUS) realizados no Departamento de Emergência, assinale a alternativa que correlaciona adequadamente o bloqueio e a respectiva analgesia oferecida:
- a) Bloqueio femoral/ fratura de terço médio da tibia.
  - b) Bloqueio da fáscia ilíaca/ fratura de terço médio da tibia.
  - c) Bloqueio ciático por abordagem poplítea/ fratura de côndilo medial de tibia.
  - d) Bloqueio ciático por abordagem poplítea/ fratura de maléolo lateral de tornozelo.
- 42) Você encontra-se reavaliando suas decisões após um atendimento em cena de um incidente com múltiplas vítimas (IMV) em um grande centro urbano brasileiro, em que você e sua equipe eram os responsáveis pelo serviço de triagem. O incidente envolveu a explosão de um caminhão de combustível na entrada da cidade, afetando diversos carros de passeio na área. Foram avaliadas cinco vítimas.

**Vítima 1:** criança aparentemente menor que 8 anos, com frequência respiratória de 38 irpm, triada como vermelha e encaminhada para centro de trauma terciário.

**Vítima 2:** criança aparentemente menor que 8 anos, com frequência respiratória de 25 irpm, tempo de enchimento capilar < 3 segundos, fala com sons inapropriados, triada como vermelha e encaminhada para centro de trauma terciário.

**Vítima 3:** adulto do sexo masculino com amputação traumática de membro inferior direito, recebendo torniquete ainda em cena, frequência respiratória de 23 irpm, tempo de enchimento capilar > 3 seg, triado como vermelho encaminhado para centro de trauma terciário.

**Vítima 4:** adulto em apneia e sem melhora após abertura de via aérea e cinco respirações de resgate, triado como cinza/preto e mantido em cena.

**Vítima 5:** criança mantida em apneia após abertura de via aérea e cinco respirações de resgate, triada como cinza/preto e mantida em cena.

Considerando que sua equipe optou pela realização do método START e JumpSTART como forma de triagem, marque a alternativa correta:

- a) Vítimas 1 e 2 receberam supertriagem (*overtriage*) e poderiam ter sido enviadas para uma unidade de pronto atendimento.
  - b) Vítima 3 não deveria ter recebido aplicação de torniquete na cena, já que em um IMV o uso de medidas como essa atrasa as condutas prioritárias.
  - c) Vítima 5, por ser uma criança, deveria ter sido encaminhada para o hospital, considerando melhor prognóstico de parada cardiorrespiratória na população pediátrica.
  - d) Vítima 4 deveria ter sido triada como cinza/preto antes mesmo da aplicação de cinco ventilações de resgate.
- 43) Rio Grande do Sul, maio de 2024, durante o período das enchentes, você recebe um paciente vítima de ferimento único de arma branca no abdome anterior. Foi realizada exploração digital, com sinais de penetração da cavidade. Está em um município isolado, sem previsão de exames de imagem ou transferência. Após 24 horas, o paciente permanece estável e sem sinais de peritonismo. Nesse momento, você recebe uma ligação informando que em 2 horas terá uma aeronave para transferência do paciente. Considerando a situação clínica descrita, qual a melhor conduta?
- a) Cancelar a transferência, pois o paciente não apresentar peritonismo após 24 horas de exame físico seriado.
  - b) Encaminhar para realização de tomografia computadorizada do abdômen.
  - c) Encaminhar para realização de FAST.
  - d) Encaminhar para laparotomia exploradora de urgência.
- 44) Homem de 65 anos, coronariopata. Procura atendimento devido à dor abdominal de forte intensidade em região epigástrica com irradiação para dorso há 1 dia. Apresenta vômitos de conteúdo gástrico. Infarto prévio há 1 ano. Faz uso regular de ácido acetilsalicílico 100 mg, clopidogrel 75 mg e enalapril 20 mg. Na avaliação inicial, apresenta pressão arterial de 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca de 133 bpm frequência respiratória de 24 ipm, tempo de enchimento capilar < 2 segundos, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 95%. Abdome plano, doloroso à palpação superficial e profunda de epigastro Ruídos hidroaéreos presentes, descompressão brusca dolorosa positiva, eletrocardiograma admissão mostrando taquicardia sinusal. Sem alterações de ST. Realizado ultrassom *point-of-care* (PoCUS) abdominal, que revelou a seguinte imagem:



Com base nos achados da história, do exame físico e da imagem do PoCUS, o diagnóstico mais provável é:

- a) Pancreatite aguda.
- b) Colecistite aguda.
- c) Úlcera gástrica perforada.
- d) Aneurisma de aorta abdominal.

45) Recém-nascido de 23 dias, com 4 kg, chega ao Departamento de Emergência trazido pela mãe com relato de “estar estranho” há cerca de 15 minutos. Ao exame físico, apresentando movimentos tônico-clônicos sugestivos de crise convulsiva. Sobre o manejo desse paciente, assinale a alternativa correta:

- a) O manejo de crises convulsivas desencadeadas por hipoglicemia, se esse for o diagnóstico, deve ser manejado com glicose 50% em bólus de 5 mL/kg, com repetição do bólus, conforme necessário, até normalização da glicemia.
- b) As drogas de primeira linha no manejo do *status* epiléptico nesta população são os benzodiazepínicos, sendo a dose recomendada, neste paciente, de 0,15 a 0,2 mg/kg de diazepam endovenoso ou 0,2 mg/kg de midazolam intramuscular.
- c) Apesar do risco de apoptose induzida, fenobarbital é a droga de escolha na convulsão neonatal. Em caso de refratariedade, devemos proceder com infusão contínua de benzodiazepínico.
- d) A realização de uma punção lombar e da coleta de material deve ser realizada em um segundo tempo, pois os sinais clínicos sugestivos de meningite são bastante exacerbados em recém-nascidos.

46) Sobre jornadas e escalas de plantão, assinale a alternativa correta:

- a) A escala médica de plantões é um documento que designa a responsabilidade do plantonista no plantão e todas as suas implicações éticas, civis e penais relacionadas a faltas.
- b) O plantonista poderá deixar a unidade de emergência quando conseguir contato com o próximo plantonista, mesmo antes da sua chegada presencialmente, deixando o registro da passagem por escrito.
- c) Diretores técnicos, clínicos e coordenadores não respondem ética e juridicamente por ausências em plantões.

- d) Quando o plantonista deseja não comparecer ao plantão, está desobrigado de procurar por substituto.
- 47) Paciente do sexo masculino, 46 anos, com hipertensão arterial sistêmica de difícil controle. Vem à Emergência por quadro de vertigem persistente com mais de 24 horas de duração e piora progressiva. Nunca teve quadro parecido previamente e não relata fator desencadeante. Apresenta *head impulse test* positivo, *Skew deviation* negativo e nistagmo horizontal. Qual o melhor diagnóstico para o paciente e qual manejo sintomático?
- Vertigem Posicional Paroxística Benigna e manobra de Epley.
  - Acidente vascular encefálico de fossa posterior e ácido acetilsalicílico + estatina.
  - Neurite vestibular e corticoide.
  - Vertigem Posicional Paroxística Benigna e teste de Hallpike.
- 48) Chega ao Departamento de Emergência paciente de 15 anos, sexo masculino, com relato de confusão mental, febre e calafrios. Paciente portador de linfoma de células B, em tratamento quimioterápico, tendo recebido a última infusão há 3 dias. Ele é levado imediatamente à sala de emergência.

Sinais vitais da admissão: frequência cardíaca de 120 bpm; pressão arterial de 85 x 50 mmHg; frequência respiratória de 25 irpm; saturação periférica da hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 97% ar ambiente temperatura de 39,5°C; glicemia capilar de 120 mg/dL.

- Sobre o manejo da neutropenia febril, qual a alternativa correta?
- Pacientes neutropênicos não devem receber terapia antimicrobiana até confirmação de diagnóstico infeccioso.
  - Cobertura empírica para *Gram*-positivos está recomendada se suspeita de celulite, infecção associada a cateter, pneumonia e instabilidade hemodinâmica. Nesses casos, não se recomenda cobertura antipseudomonas.
  - Para avaliação de infecções anorretais, baseado em opinião de especialistas, recomenda-se que toque retal não seja realizado de rotina.
  - O escore MASCC pode ser utilizado para identificação do agente etiológico, enquanto o *Clinical Index of Stable Febrile Neutropenia* (CISNE) pode ser utilizado para escolha do antibiótico a ser utilizado.
- 49) Mulher, 74 anos, hipertensa e tabagista. Trazida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) para a Sala de Emergência com história de tosse e dispneia com início há 7 dias. Fez uso de medicamentos prescritos em consulta prévia na unidade de pronto atendimento, porém não apresentou melhora. Na admissão, apresenta-se: sonolenta, dispneica em uso de máscara não reinalante 15 L/minuto. Sinais vitais: pressão arterial de 80x40 mmHg, frequência cardíaca de 125 bpm, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 90%, frequência respiratória de 34 irpm, temperatura de 37,9°C. Foram iniciadas monitorização, ressuscitação volêmica, noradrenalina em infusão contínua. Você decide realizar ultrassom *point-of-care* (PoCUS) pulmonar e encontra a seguinte imagem em *PLAPS point* à direita:



Com base nos achados, podemos concluir que:

- Trata-se de derrame pleural complexo, com sedimentos hiperecogênicos, podendo se tratar de exsudato, e, somado ao contexto clínico, sugere etiologia infecciosa para o caso.
- Trata-se de hepatização pulmonar/ consolidação com broncogramas aéreos que, no contexto clínico do caso, sugere a hipótese de pneumonia.
- Trata-se de extensa área de hepatização pulmonar/consolidação, podendo se tratar de atelectasia que, no contexto clínico do caso, sugere a hipótese de neoplasia pulmonar.
- O sinal da coluna (*spine sign*) está presente exclusivamente nas situações de derrame pleural, sendo um indicador da presença de líquido na cavidade pleural. No contexto clínico do caso, considerar a possibilidade de derrame pleural parapneumônico.

50) Você recebe uma paciente de 35 anos, trazida por ambulância de suporte avançado após colisão carro contra poste. É trazida em prancha rígida e com colar cervical, intubada por rebaixamento de nível de consciência. Ao exame físico apresenta *rash* malar, escoriações e equimoses em região toracoabdominal esquerda, taquidispneia, palidez cutânea, sudorese fria e pegajosa, com tempo de enchimento capilar aumentado. Ao exame ultrassonográfico à beira do leito, você percebe um coração hiperdinâmico, com derrame pericárdico, veia cava colapsável, deslizamento pleural bilateral e líquido livre em janela suprapúbica. Qual a conduta mais adequada nesse caso?

- Pericardiocentese.
- Toracotomia de reanimação.
- Reposição volêmica e avaliação cirúrgica.
- Trocar o tubo orotraqueal, devido à intubação esofágica.

51) Sobre paradas cardiorrespiratórias, assinale a alternativa correta:

- A infusão contínua de vasopressores não deve ser utilizada em parada cardiorrespiratória, optando-se por medicações em bólus.
- Pode-se realizar a trombólise durante a reanimação cardiopulmonar, preferencialmente nos 10 primeiros minutos de parada cardiorrespiratória.

- c) Está contraindicada a trombólise nos pacientes comatosos após retorno à circulação espontânea mesmo que a suspeita seja de parada cardiorrespiratória por causa cardíaca.
- d) Em pacientes com cardioversor/desfibrilador implantado não se deve realizar desfibrilação elétrica pelo risco de disfunção do aparelho.
- 52) Chega para você um paciente de 45 anos, previamente hipertenso, apresentando quadro de edema de face, principalmente lábios e língua. Ele nega sintomas de urticária. Está com dificuldade para falar e deglutir e apresenta um estridor bem audível. Faz uso de enalapril, hidroclorotiazida e anlodipino. Nega sintomas parecidos prévios ou quadro semelhante na família. Sinais vitais: pressão arterial de 150x80 mmHg, frequência cardíaca de 115 bpm, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 98% em ar ambiente e frequência respiratória de 18 irpm. Marque a alternativa que descreve o motivo para indicar a técnica de intubação acordado para esse paciente:
- a) Pela impossibilidade de realizar a intubação por via orotraqueal ou nasotraqueal.
- b) Pelo risco de falha no resgate (garantir a oxigenação).
- c) Pela inexperiência com via aérea cirúrgica ou indisponibilidade do cirurgião de cabeça e pescoço.
- d) Para evitar o uso do fentanil, devido ao risco de rigidez torácica.
- 53) Paciente chega no Departamento de Emergência, e sua avaliação com ultrassom *point-of-care* (PoCUS) evidencia um volumoso derrame pericárdico. Dentre as alternativas, assinale a que contém sinais ecocardiográficos sugestivos de tamponamento cardíaco:
- a) Colapso sistólico de ventrículo direito e veia cava inferior > 2 cm sem colapsibilidade.
- b) Colapso sistólico do átrio direito e fluxo mitral sem variação à inspiração.
- c) Colapso diastólico do ventrículo direito e colapso sistólico do átrio direito.
- d) Colapso sistólico do ventrículo esquerdo e variação do fluxo mitral > 20% à inspiração.
- 54) Um paciente atropelado por um trem é admitido na Sala de Emergência de sua unidade hospitalar, trazido pelo atendimento pré-hospitalar. Os sinais vitais da admissão são: frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial de 90 x 60 mmHg, frequência respiratória de 23 irpm, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 99% em máscara não reinalante 15 L/minutos. O paciente está lúcido e com bastante dor abdominal; escala de coma de Glasgow em 15/15. O atendimento pré-hospitalar realizou administração de 500 mL de Ringer Lactato e de 1 g de ácido tranexâmico e realizou estabilização pélvica. O paciente apresenta duas fraturas expostas de fêmur e uma amputação traumática em nível de tornozelo direito, já com torniquete. FAST positivo.  
É colhida uma gasometria arterial:
- |  |
|--|
| pH: 7,29.<br>Pressão parcial de gás carbônico: 25 mmHg (valor de referência: 35 mmHg).<br>Pressão parcial de oxigênio: 240 mmHg (valor de referência: 60 mmHg).<br>Hemoglobina: 8,9 mg/dL (valor de referência: 12 mg/dL).<br>Lactato: 6,0 mmol/L (valor de referência: 2 mmol/L).<br>Bicarbonato: 15 mEq/L (valor de referência: 22 mEq/L).<br>Cálcio iônico: 0,8 mmol/L (valor de referência: 1,1 mmol/L).<br>Excesso de base: -7. |
|--|

São solicitados testes de coagulação e tipagem sanguínea. Pensando na realização da ressuscitação da coagulação desse paciente, qual a estratégia mais indicada?

- a) Administração empírica de quatro unidades de plasma fresco congelado para quatro concentrados de hemácias (razão 1:1) e 1 g de ácido tranexâmico em 8 horas, além de 1 g de cálcio por via endovenosa.
- b) Administração empírica de 2 g de concentrado de fibrinogênio para quatro concentrados de hemácias associada a 3 g de cálcio por via endovenosa e a 1 g de ácido tranexâmico em 8 horas.
- c) Administração empírica de uma unidade simples de plaquetas para um concentrado de hemácias.
- d) Administração de 1 g de ácido tranexâmico em 8 horas associada a 1 g de cálcio por via endovenosa. Infundir 500 mL de cristalóide antes da administração de hemoderivados.

55) Os tempos de tratamento refletem a eficiência e a qualidade do atendimento de um sistema que gerencia o cuidado de pacientes com suspeita de síndromes coronarianas agudas. Em relação ao enunciado, assinale a alternativa correta:

- a) Recomenda-se a realização e a interpretação do eletrocardiograma de 12 derivações em até 15 minutos da chegada do paciente ao hospital.
- b) Para pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do ST (IAMCSST) e submetidos à estratégia fármaco-invasiva bem-sucedida, recomenda-se angiografia dentro de 2 a 24 horas da administração do bólus de fibrinolítico.
- c) Para pacientes com infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do ST (IAMSSST) e dor torácica recorrente ou contínua e refratária ao tratamento médico otimizado, a angiografia deve ser realizada em até 6 horas da admissão do paciente no hospital.
- d) Para pacientes com IAMCSST admitidos em hospitais sem hemodinâmica disponível, recomenda-se a administração imediata de fibrinolíticos, dentro de 20 minutos, após o diagnóstico de IAMCSST.

56) Mulher de 28 anos é encaminhada ao Departamento de Emergências hospitalar devido a choque secundário à sepse de origem urinária. Está em uso de noradrenalina por via endovenosa a 0,45 mcg/kg/minuto há mais de 24 horas em acesso venoso periférico. Você decide pela passagem de um acesso venoso central guiado por ultrassom. Sobre o uso dessa ferramenta nesse cenário, marque a alternativa correta:  
I. O ultrassom é útil para escolha e mapeamento do sítio de punção, identificando áreas de potenciais dificuldades, possíveis obstáculos e presença de trombose venosa.

II. Na punção no eixo longitudinal, a agulha deve ser alinhada ao feixe de som do transdutor e é possível observar a progressão da agulha entre os tecidos até sua entrada no vaso.

III. Na punção no eixo transversal, a agulha deve seguir o trajeto da hipotenusa do triângulo formado entre a distância do transdutor-vaso e transdutor-agulha.

- a) Somente está correta a I.
- b) I e II estão corretas.
- c) I e III estão corretas.
- d) Todas estão corretas.

57) Paciente de zona rural cafeeira, admitido com relato de ingestão há 6 horas de 100 mL de substância não identificada após discussão com a esposa. À admissão, apresentava vômitos e ulcerações em mucosa oral compatíveis com ingestão de substância cáustica; restante do exame sem alterações e exames laboratoriais dentro da normalidade. Foi realizada endoscopia digestiva alta 20 horas após a ingestão, que identificou lesões ZARGAR 2A. Foi indicada progressão de dieta e alta, porém nova

revisão laboratorial identificou elevação de escórias renais e transaminases. No terceiro dia de internação, o paciente iniciou hemodiálise por falência renal e, no quinto dia, evoluiu com falência respiratória associada à fibrose pulmonar extensa. Diante da evolução do paciente, qual a provável substância ingerida?

- a) Metanol.
- b) Paraquat.
- c) Ácido fluorídrico.
- d) Glifosato.

58) Sobre a analgesia do paciente no Departamento de Emergência, assinale a alternativa correta:

- a) A analgesia de pacientes com dor abdominal aguda sem etiologia definida deve priorizar analgésicos simples, antiespasmódicos e anti-inflamatórios, uma vez que o uso de opioides pode dificultar o diagnóstico etiológico da dor.
- b) O fentanil causa maior liberação de histamina do que a morfina, não sendo uma escolha adequada em pacientes com doenças pulmonares que causam broncoconstrição ou com história prévia de prurido associado a opioides.
- c) Apesar da baixa incidência de complicações graves com uso de fentanil no Departamento de Emergência, uma das mais graves, o tórax rígido, é sempre revertida com o uso do naloxone em doses tituladas de 0,2 mg endovenoso.
- d) O uso de cetamina em baixa dose (entre um décimo e um terço da dose dissociativa) possui efeito analgésico similar ao da morfina e é uma escolha adequada em pacientes em que a abordagem tradicional com opioides e anti-inflamatórios não é adequada ou efetiva.

59) Paciente de 26 anos, trazido por policiais após contenção física em *rave* devido a agitação intensa, alucinações e agressão a terceiros. À admissão, o paciente apresentava escoriações em tórax e em membros superiores, com contenção mecânica nas mãos e pés por algemas e agitação psicomotora intensa; ele proferia gritos e xingamentos e tentava morder ou cuspir em quem se aproximasse, impedindo a monitorização dos dados vitais. Sobre a contenção química do paciente descrito, marque a correta:

- a) Diazepam por via intramuscular, na dose de 5 a 10 mg.
- b) Haloperidol por via endovenosa, na dose de 5 mg.
- c) Midazolam por via intramuscular na dose de 5 a 10 mg.
- d) Cetamina por via intramuscular, na dose de 5 mg/kg.

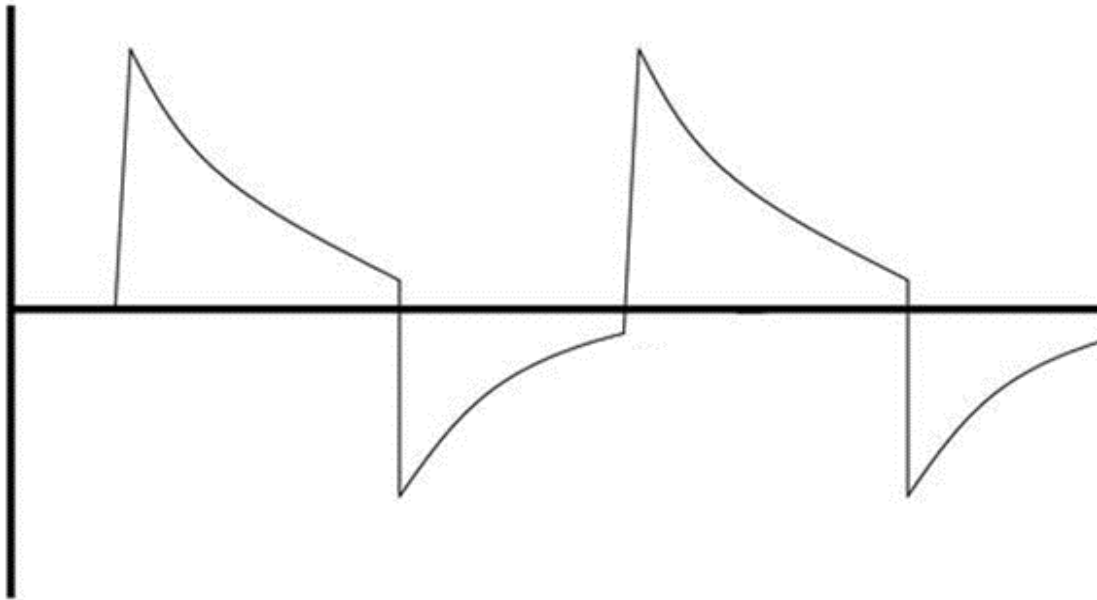
60) A unidade de suporte avançado (USA) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) é acionada para atender um paciente adulto com história de engasgo em um restaurante próximo à base operacional. À chegada, o paciente encontra-se alerta e com estridor audível, porém sem conseguir falar. Qual alternativa fornece a melhor conduta?

- a) Realizar adrenalina 0,3 a 0,5 mg por via intramuscular em vasto lateral da coxa.
- b) Conduzir o paciente para realização de broncoscopia.
- c) Caso o paciente fique irresponsivo e o objeto não seja visualizado à laringoscopia, deve ser realizada a cricotireostomia cirúrgica.
- d) Caso o paciente fique irresponsivo e o objeto não seja visualizado à laringoscopia, deve ser introduzir o tubo orotraqueal com guia o máximo possível, para alocar, de maneira seletiva, o objeto e recuar o tubo para ventilar.

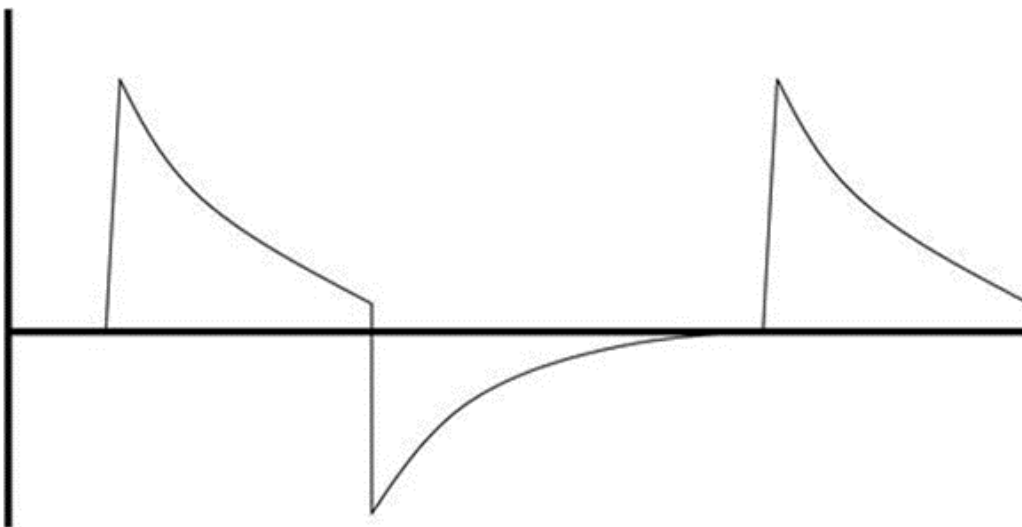
61) Sobre o manejo da epistaxe anterior, marque a verdadeira:

- a) A cauterização com nitrato de prata só deve ser realizada em pacientes que não respondam à aplicação de ácido tranexâmico.

- b) O tamponamento nasal resulta na resolução mais rápida do sangramento e em menor tempo de permanência no Departamento de Emergência comparado ao ácido tranexâmico.
  - c) A cauterização com nitrato de prata é a melhor opção diante de um paciente com sangramento ativo abundante.
  - d) Se a cauterização não for eficaz, pode-se considerar o uso de ácido tranexâmico antes de proceder à colocação do tampão nasal.
- 62) Homem, 52 anos, vítima de queda de moto com trauma em terço proximal do braço esquerdo com ferimento aberto e exposição óssea e provável fratura de úmero esquerdo. Admitido no Departamento de Emergência com dor intensa local, desvio do membro, incapacidade de movimentação, crepitação à palpação local e pulsos distais no membro presentes. A avaliação inicial sistematizada do trauma não evidencia lesões ameaçadoras de vida. Após medidas iniciais, você decide realizar um bloqueio anestésico guiado por ultrassom para controle da dor. Com base nesse procedimento, responda com a alternativa correta:
- a) O bloqueio do plexo braquial é o mais indicado para a lesão apresentada, pode ser realizado via janela interescalênica e promove analgesia satisfatória para ombro e terço proximal do braço, porém deve ser evitado em pacientes com doença pulmonar grave, devido ao risco de paralisia do nervo frênico.
  - b) O bloqueio do plexo axilar é o mais indicado para a lesão apresentada, promove analgesia para o braço e cotovelo e deverá ser realizado com infiltração do anestésico na bainha do nervo axilar ao nível do ombro.
  - c) Os bloqueios anestésicos devem ser opção de analgesia na emergência após tentativa escalonada de medicamentos endovenosos com uso de opioides em dose otimizada.
  - d) O bloqueio do plexo braquial é o mais indicado para a lesão apresentada, pode ser realizado na janela supraclavicular, promove analgesia satisfatória para ombro e braço e apresenta menor risco de pneumotórax quando se utiliza técnica com agulha fora do plano.
- 63) Sobre a *torsades de pointes* (TdP) adquirida, é correto afirmar que:
- a) Para prevenir a ocorrência de TdP, pode ser necessário realizar um *overdrive-pacing*, mantendo a frequência entre 100 e 120.
  - b) Sulfato de magnésio por via intravenosa empírica, na dose de 1 a 2 g, deve ser evitado.
  - c) A cardioversão elétrica em pacientes instáveis com TdP só pode ser realizada se houver sincronização.
  - d) Antiarrítmicos classe IA (procainamida) ou IC (propafenona) devem ser utilizados para controle da arritmia.
- 64) Paciente tabagista de longa data, admitido no Departamento de Emergência em insuficiência respiratória aguda. Apesar da terapia adjuvante, evoluiu com necessidade de suporte ventilatório invasivo. Na figura 1, observa-se a curva fluxo *versus* tempo imediatamente após a intubação orotraqueal. Na figura 2, nota-se a curva fluxo *versus* tempo após a realização de ajustes no ventilador mecânico. Assinale a alternativa correta:



**FIGURA 1**



**FIGURA 2**

- a) Duplo disparo; mudança de modo de ventilação controlada a volume (VCV) para ventilação a pressão controlada (PCV).
- b) Disparo reverso; redução da pressão positiva expiratória final (PEEP).
- c) Auto-PEEP; redução da frequência respiratória.
- d) Ciclagem tardia: aumento do tempo inspiratório.

65) Você está em um hospital de referência e recebe um paciente proveniente de uma unidade de pronto atendimento por quadro de choque séptico de foco respiratório, com início do quadro há 3 dias. Já recebeu ressuscitação volêmica e está em uso de noradrenalina na dose de 0,333 mcg/kg/minuto, sem melhoras da lactatemia nas últimas medidas; apresenta hemoglobina em 7,5 mg/dL. O ultrassom *point-of-care* (PoCUS) demonstra EPSS 13 mm; frequência cardíaca de 105 bpm, pressão arterial média de 60 mmHg e frequência respiratória de 24 irpm. Com esses dados disponíveis, qual seria a melhor estratégia de suporte hemodinâmico para esse paciente?

- a) Adrenalina por via endovenosa e um concentrado de hemácias por via endovenosa.
- b) Dobutamina por via endovenosa.
- c) Vasopressina por via endovenosa.
- d) Dobutamina por via endovenosa e um concentrado de hemácias por via endovenosa.

66) Você está manejando um paciente de 54 anos de idade, previamente portador de hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana e *diabetes mellitus* tipo 2, com quadro de choque séptico de foco pulmonar e indica a intubação orotraqueal. Sinais vitais: pressão arterial de 89 x 45 mmHg com noradrenalina 0,4 mcg/kg/minuto, frequência cardíaca de 135 bpm, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) 89% com Máscara não reinalante a 15 L/minuto, porém agitado e retirando o dispositivo de oxigenoterapia, glicemia capilar de 135 mg/dL, gasometria arterial mostrando pH de 6,8, pressão parcial de gás carbônico (pCO<sub>2</sub>) de 22 mmHg, pressão parcial de oxigênio (pO<sub>2</sub>) de 76 mmHg, bicarbonato de 3,5 mEq/L, sódio sérico (Na) de 130 mEq/L, cloro (Cl) de 103 mEq/L e lactato 18 mg/dL (valor de referência de 16 mg/dL). Qual sequência indica o planejamento mais seguro para a intubação desse paciente?

- a) Otimização hemodinâmica; sequência prolongada de intubação; cetamina + rocurônio; pré-oxigenação com ventilação não invasiva (VNI); uso de oxigenação apneica (OxAp) com cateter nasal 15 L/minuto; ajuste de parâmetros da ventilação mecânica (VM) para garantir um volume minuto alto.
- b) Uso de *push-dose* de adrenalina; sequência rápida de intubação; etomidato + succinilcolina; hidrocortisona; pré-oxigenação com VNI; uso de OxAp com cateter nasal a 15 L/minuto; ajustar os parâmetros da VM para garantir fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) 100%.
- c) Otimização hemodinâmica; técnica *SALAD* de intubação; cetamina + rocurônio; pré-oxigenação com VNI; uso de OxAp com cateter nasal a 8 L/minuto; ajustar os parâmetros da VM para garantir um volume minuto alto.
- d) Otimização da volemia; sequência atrasada de intubação; propofol + rocurônio; pré-oxigenação com máscara não reinalante em *flush-rate*; uso de OxAp com cateter nasal a 15 L/minuto; ajustar os parâmetros da VM para garantir uma pressão positiva expiratória final (PEEP) baixa.

67) Sobre tamponamento cardíaco, assinale a alternativa correta:

- a) A presença de distensão jugular confirma tamponamento cardíaco.
- b) A pericardiocentese é um tratamento eficaz para parada cardiorrespiratória (PCR) por tamponamento cardíaco traumático.
- c) A presença de baixa voltagem na cardioscopia é achado compatível com tamponamento cardíaco traumático.
- d) A toracotomia de reanimação deve ser realizada sempre que a causa da PCR for tamponamento cardíaco.

68) Sobre a avaliação e o manejo da criança vítima de traumatismo cranioencefálico (TCE), assinale a alternativa correta:

- a) O algoritmo da *PECARN* para avaliação do TCE pediátrico é um algoritmo único validado com os mesmos critérios para todas as crianças menores de 12 anos vítimas de TCE contuso e tem por objetivo a redução do uso da tomografia computadorizada, permitindo uma alta segura do Departamento de Emergência desses pacientes.
- b) Na avaliação radiológica do TCE pediátrico, a radiografia de crânio pode ser considerada no rastreio da criança vítima de abuso e na avaliação de possíveis corpos estranhos sob lacerações de escalpe.
- c) Crianças que apresentaram um episódio de crise convulsiva após TCE e possuem tomografia de crânio sem alterações, mesmo com exame

neuroológico normal, devem ser submetidas à observação hospitalar por 12 horas, seguida de nova tomografia de crânio, e somente se esta também for normal, podem ser liberadas com segurança para casa.

- d) Toda criança vítima de TCE e diagnóstico de fratura de crânio, mesmo que alertas e com fratura linear e sem depressão do crânio, deve obrigatoriamente ser hospitalizada e mantida em observação por, no mínimo, 24 horas.
- 69) Paciente de 18 anos, obesa, primigesta com 31 semanas, não faz pré-natal. Vem a emergência com queixa de cefaleia e borramento visual, porém relata a necessidade de usar óculos, algo que ela não faz. Na triagem, estava com pressão arterial de 158 x 102 mmHg, escala de coma de Glasgow em 15, pupilas isofotorreagentes, sem déficit neurológico. Cite o manejo pressórico inicial e qual a melhor investigação laboratorial nesse caso?
- a) Metildopa por via oral 250 mg e proteinúria em amostra.
  - b) Hidralazina por via endovenosa 5 a 10 mg e proteinúria em amostra.
  - c) Hidralazina por via endovenosa 5 a 10 mg e proteinúria de 24 horas.
  - d) Nifedipino por via oral 10 mg e proteinúria em amostra.
- 70) Lesões físicas são uma das principais causas de morte e perda de funcionalidade em crianças. Qual das alternativas a seguir representa lesões mais sugestivas de maus tratos na população pediátrica?
- a) Fratura distal do rádio e queimaduras em padrão de luva.
  - b) Fratura em espiral do fêmur e contusões na testa.
  - c) Fraturas de costelas e crânio.
  - d) Hematomas na perna e fratura de clavícula.
- 71) A síndrome de veia cava superior (SVCS) ocorre devido à compressão externa ou obstrução intraluminal (trombose) da veia cava superior. Mais de 60% dos casos estão associados à doença oncológica. Assinale a alternativa correta:
- a) Edema de extremidades de membros superiores, face e tórax, bem como eritema facial, dispneia, dor torácica e tosse, são manifestações clínicas pouco usuais.
  - b) Corticoide e diuréticos devem ser utilizados de rotina.
  - c) A SVCS raramente é fatal; quadros mais graves podem apresentar comprometimento de via aérea, edema cerebral e instabilidade hemodinâmica.
  - d) Mesmo na presença de trombose, a anticoagulação está sempre contraindicada.
- 72) Sobre o manejo do paciente queimado no Departamento de Emergência, assinale a alternativa correta:
- a) A recomendação de ressuscitação volêmica no grande queimado difere entre adultos e crianças, sendo recomendada em adultos com superfície corporal queimada maior que 10% e em crianças maior que 20%.
  - b) A fórmula de Parkland é um dos métodos mais utilizados para calcular a ressuscitação volêmica nas primeiras 24 horas após a lesão e baseia-se inteiramente em solução de Ringer Lactato ao invés de solução fisiológica à 0,9%.
  - c) Diferente da recomendação de 4 mL/kg/superfície corporal queimada da fórmula de Parkland, a *American Burn Association* recomenda volumes maiores na ressuscitação volêmica inicial, entre 5 a 6 mL/kg/superfície corporal queimada.
  - d) A reposição volêmica excessiva e agressiva durante a ressuscitação inicial, objetivando um débito urinário entre 2 e 4 mL/kg/hora, está associada a melhores desfechos e à redução da área de lesão tecidual.

- 73) Em relação ao diagnóstico, tomada de decisão e tratamento do choque no Departamento de Emergência, assinale a alternativa correta:
- No choque neurogênico, a dopamina é o vasopressor de escolha.
  - Hipovolemia, depressão da função miocárdica e extravasamento capilar podem estar presentes em graus distintos no choque séptico.
  - Redução na pressão arterial diastólica, com estreitamento/diminuição da pressão de pulso, é achado hemodinâmico no choque hemorrágico.
  - Em pacientes com choque cardiogênico, a terapia com corticosteroides está associada à redução da duração do choque.
- 74) Um paciente de aproximadamente 30 anos é trazido após ter sido vítima de ferimento por perfuração por arma de fogo (PAF) com evisceração de estômago e intestinos, com grande destruição de parede abdominal anterior. Ao realizar o rolamento, é identificada uma única perfuração puntiforme em região flanco-dorsal direita. Sobre a dinâmica desse mecanismo de trauma:
- Por se tratar de um provável ferimento de alta energia cinética, explica-se a destruição tecidual observada pelo fenômeno de cavitação temporária, em que a onda de choque do impacto desloca os tecidos, podendo lesionar estruturas fora do trajeto original do projétil.
  - É recomendável traçar as condutas apropriadas com base no exame físico e no trajeto estimado do projétil: a laparotomia exploradora está indicada de imediato em todos os casos de PAF de abdome.
  - A importância da relação da distância entre a vítima e a arma, a massa do projétil e a velocidade inicial imprimida pela arma podem ser demonstradas pela seguinte equação: energia cinética é igual ao quadrado da massa vezes a velocidade, divididas pelo dobro da aceleração da gravidade.
  - Tamanho é a velocidade dos projéteis de alta energia cinética que suas lesões não são consideradas contaminadas.
- 75) De acordo com a resolução 2.077 de 2014 do Conselho Federal de Medicina (CFM), é obrigatória a implantação de acolhimento com classificação de risco nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. Ainda sobre a resolução, qual a alternativa correta?
- Pacientes classificados como baixíssimo risco pelo enfermeiro podem ser encaminhados para unidades de menor complexidade, sem avaliação médica.
  - Casos classificados como urgência menor podem aguardar até 240 minutos para avaliação médica.
  - Ao utilizar de escalas estabelecidas mundialmente, times de enfermagem podem realizar classificação utilizando diagnósticos médicos.
  - No contato com o paciente, o médico poderá reclassificar seu risco, estabelecendo novas prioridades.
- 76) Sobre a abordagem do paciente com insuficiência cardíaca (IC) descompensada no Departamento de Emergência, assinale a alternativa correta:
- O achado de crepitações na ausculta pulmonar apresenta razão de verossimilhança positiva superior ao do achado de turgência jugular.
  - Nos pacientes com IC com fração de ejeção reduzida admitidos hipotensos, o uso de inotrópico deve ser encorajado.
  - Na ausência de choque, o uso de nitroglicerina endovenosa associa-se à redução de admissão em unidade de terapia intensiva, da necessidade de intubação orotraqueal e dos dias de internação.
  - O uso de diurético (furosemida) em infusão contínua associa-se à melhora da decongestão e à redução do tempo de internação hospitalar.

- 77) Você foi chamado para atender uma ocorrência após uma briga em um bar da região. Após chegar ao local do evento, já com a segurança da cena estabelecida, uma vítima de aproximadamente 45 anos, do sexo masculino, é identificada com dois ferimentos por arma branca no pescoço na Zona II à esquerda. O paciente se encontra bastante agitado, com um hematoma no pescoço, rouco. Sinais vitais: frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial de 80 x 40 mmHg, oxímetro de pulso sem onda, frequência respiratória de 34 irpm; escala de coma de Glasgow 12/15 (AO4 + RV4 + RM4). Em relação ao colar cervical, a melhor conduta é:
- Como trata-se de um traumatismo craniocéfálico, o paciente encontra-se alcoolizado e apresenta lesões distrativas, é recomendada a colocação do colar cervical.
  - Tendo em vista que o paciente apresenta lesões penetrantes do pescoço, é fundamental a proteção da coluna cervical do paciente, para evitar danos neurológicos secundários.
  - A aplicação da imobilização em prancha rígida e colar cervical é importante para o controle do sangramento, tendo em vista que a posição neutra pode restaurar a perfusão e reduzir potenciais fraturas.
  - Não está indicada a aplicação do colar cervical em lesões penetrantes de pescoço, já que sua aplicação pode dificultar o controle do sangramento e a abordagem da via aérea.
- 78) Uma paciente gestante de 39 semanas procura uma unidade de pronto atendimento com contrações uterinas efetivas. Ao revisar a documentação, a equipe descobre que a paciente é portadora de HIV e não aderente ao tratamento. Ao exame físico, ela se apresenta com pressão arterial de 150 x 80 mmHg, frequência cardíaca de 95 bpm, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 99%, frequência respiratória de 22 irpm, glicemia capilar de 101 mg/dL e temperatura de 36,5°C. A paciente apresenta contrações a cada 3 minutos, efetivas, com colo médio e 6 cm de dilatação, apresentação cefálica e prolapso de cordão umbilical ao toque vaginal. O local onde você se encontra não dispõe de outras especialidades. Assinale a conduta correta:
- Iniciar infusão de zidovudina intravenosa.
  - Realizar o parto cesariano de emergência.
  - Realizar a tocólise e transferência da paciente.
  - Puxar o cordão para o canal vaginal e avaliar o pulso no cordão.
- 79) Sobre o acidente com abelhas, marque a correta:
- Em um paciente picado por uma única abelha com quadro urticária associado a náuseas, vômitos persistentes e diarreia na primeira hora do acidente, anti-histamínicos e sintomáticos devem ser iniciados prioritariamente.
  - O quadro de síndrome de envenenamento por múltiplas picadas de abelha geralmente se manifesta precocemente, portanto a alta segura pode ocorrer se não houver intercorrências nas primeiras 12 horas do acidente.
  - Tanto no caso da anafilaxia, quanto no da síndrome do envenenamento por abelhas, a epinefrina é a base do tratamento, pois o choque circulatório é a via comum das duas entidades.
  - Na síndrome do envenenamento por abelhas, além de coagulação intravascular disseminada, alterações cardiovasculares e neurológicas, a insuficiência renal é frequente, e pode haver necessidade de hemodiálise.
- 80) Durante o manejo da via aérea de um paciente afogado na piscina, você se depara com grande quantidade de secreção turva vindo do estômago, com restos alimentares mal digeridos e muita espuma. Para facilitar a visualização durante a laringoscopia, qual técnica pode ser realizada?
- Cricotireoidostomia cirúrgica.
  - Laringoscopia assistida por aspiração contínua e descontaminação.

- c) Aspiração da orofaringe com aspirador flexível seguida por intubação às cegas.
- d) Intubação esofágica seguida de nova tentativa de laringoscopia direta.

81) Sobre a Regulação Médica das Urgências e Emergências, é correto afirmar que:

- a) O médico intervencionista é subordinado ao médico regulador, inclusive nas decisões de assistência local.
- b) O médico regulador deve garantir a existência de leitos vagos ao destinar um paciente transportado por ambulância.
- c) O médico intervencionista tem responsabilidade pelo atendimento do paciente em cena, inclusive quando há outros profissionais não médicos realizando o atendimento.
- d) Em casos onde há risco para a equipe, é função do médico regulador realizar o acionamento da viatura, ficando a cargo apenas da equipe de intervenção a decisão de realizar ou não o atendimento na cena.

82) Paciente de 28 anos é encontrado com pulso central fraco e sem resposta ao estímulo em via pública; segundo relato de amigos, é usuário de drogas. À ectoscopia, presença de pó branco nas narinas. Evolui para parada cardiorrespiratória durante abordagem inicial. Neste momento, marque a alternativa que melhor resume a condução ideal do caso:

- a) Iniciar manobras de ressuscitação; evitar uso de epinefrina; iniciar amiodarona precocemente em caso de ritmos chocáveis ao monitor; realizar intubação assim que possível.
- b) Iniciar manobras de ressuscitação; iniciar infusão de bicarbonato de sódio por via endovenosa; usar preferencialmente a lidocaína, caso seja indicado antiarrítmico durante a assistência.
- c) Administrar naloxona; iniciar manobras de ressuscitação; manter medidas usuais, como uso de epinefrina e amiodarona, conforme indicado na abordagem geral do paciente em parada cardiorrespiratória.
- d) Iniciar reanimação cardiopulmonar e infusão de benzodiazepínico e trombolítico por via endovenosa e manter a medicação durante a assistência.

83) Em uma noite de tempestade e chuvas torrenciais, você é acionado para um resgate no meio de um campo de futebol, onde um dos jogadores apresentou uma queda da própria altura após ser atingido por um raio. Ao chegar na cena, após 8 minutos do acionamento, todos os outros jogadores estão em volta do paciente com medo de tocá-lo. Na ectoscopia, você observa ausência de movimentos respiratórios, cianose de membros e livores generalizados; os olhos do paciente estão abertos, e suas pupilas estão totalmente midriáticas. Suas ações a seguir são:

- a) Tentar palpar pulso e verificar a respiração por não mais que 10 segundos, caso ausentes, trata-se de óbito em paciente inviável: acionar remoção do corpo para Instituto Médico Legal.
- b) Acionar o corpo de bombeiros para a remoção do paciente, uma vez que não é seguro tocá-lo.
- c) Realizar a remoção rápida do paciente até um lugar seco e protegido para realizar a tentativa de palpação do pulso do paciente e verificação da respiração; caso ausentes, iniciar manobras de Suporte Básico e Avançado de Vida.
- d) Tentar palpar pulso e verificar a respiração por não mais que 10 segundos; caso ausentes, prontamente iniciar as manobras de Suporte Básico e Avançado de Vida.

84) Durante atendimento como Time de Resposta Rápida hospitalar, você é acionado próximo ao término do plantão noturno para atendimento de um paciente na enfermaria, com descompensação respiratória aguda. Na avaliação à beira do leito:

**Exame geral:** regular estado geral, cianose de extremidades, taquidispneico moderado, referindo desconforto torácico.

**Exame neurológico:** escala de coma de Glasgow em 15, pupilar isofotorreagentes e médias, sem sinais localizatórios.

**Exame hemodinâmico:** ritmo regular, bulhas normofonéticas, em 2 tempos e sem sopros; frequência cardíaca de 110 bpm; pressão arterial de 105 x 75 mmHg; tempo de enchimento capilar < 3 segundos.

**Exame respiratório:** murmúrio vesicular positivo, sem ruídos adventícios; frequência respiratória de 28 irpm, saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) 92% em máscara não reinalante a 12 L/minuto.

Trata-se de um paciente internado para tratamento de doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada por pneumonia, com previsão de alta para hoje. Você solicita leito de terapia intensiva e, durante a transferência, realiza uma angiotomografia de artéria pulmonar, que confirma tromboembolia pulmonar (TEP).

Assinale a alternativa correta:

A avaliação pelo ultrassom *point-of-care* (PoCUS) é útil nesse cenário. A medida do *tricuspid annular plane systolic excursion* (TAPSE) inferior a 17 mm indica função ventricular direita preservada.

- Caso haja queda maior que 40 mmHg na pressão arterial sistólica basal, considera-se TEP de alto risco, e o tratamento trombolítico deve ser considerado.
- A intubação orotraqueal deve ser realizada precocemente, visto que hipoxemia leva à vasoconstrição pulmonar e pode trazer piora hemodinâmica por elevação da hipertensão pulmonar.
- A reanimação hemodinâmica deve ser feita com volumes superiores a 1.500 mL de cristalóide, em bólus.

85) Você recebe na Sala Vermelha um paciente trazido pelos familiares após um acidente de bicicleta em que ele atravessou uma cerca. O paciente apresenta lesões em face e parece estar inconsciente. Segue a avaliação primária do paciente.

A: aparente obstrução de via aérea por sangue e queda da língua.

B: sem alterações.

C: sem alterações.

D: escala de coma de Glasgow em 5.

E: hematoma e pequena lesão sangrante em região temporal direita; múltiplas lesões em face com sangramento ativo. Aparente fratura desalinhada em braço direito.

Na decisão sobre o manejo da via aérea desse paciente, marque a alternativa com melhor conduta a ser realizada:

- Aspirar a via aérea; evitar via aérea cirúrgica; pré-oxigenar com dispositivo bolsa-válvula-máscara; realizar a sequência rápida de intubação; evitar técnicas de intubação com manutenção do *drive* respiratório.
- Aspirar a via aérea; pré-oxigenar com máscara não reinalante em *flush-rate*; garantir duplo preparo ("*double set-up*"): laringoscopia + via aérea cirúrgica de resgate; evitar o uso do dispositivo bolsa-válvula-máscara.
- Aspirar a via aérea; pré-oxigenar com máscara não reinalante em *flush-rate*; garantir duplo preparo ("*double set-up*"): laringoscopia + máscara laríngea;

considerar técnica KOBİ, a depender da complexidade da lesão oral e dos riscos da apneia.

- d) Aspirar a via aérea; pré-oxigenar com máscara não reinalente em *flush-rate*; garantir duplo preparo (“*double set-up*”): laringoscopia + via aérea cirúrgica de resgate; considerar técnica KOBİ a depender da complexidade da lesão oral e riscos da apneia.

86) Sobre o manejo de sintomas, no Departamento de Emergência, de pacientes em cuidados paliativos, marque a alternativa correta:

- a) Mesmo em casos muito sintomáticos, esses pacientes não devem ser encaminhados ao Departamento de Emergência.
- b) Uso de opioides é a primeira linha para o manejo de dor e dispneia nesses pacientes.
- c) O uso de benzodiazepínicos é contraindicado nesses pacientes, devido ao alto índice de efeitos colaterais.
- d) Investigação diagnóstica da causa da dispneia não deve ser realizada, já que não mudará o prognóstico do paciente a longo prazo.

87) A resolução 2.077 de 2014 do Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece normativas acerca do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. Sobre esse tema, assinale a alternativa correta:

- a) A presença do médico emergencista com registro de qualificação da especialidade (RQE) é obrigatória na coordenação dos serviços hospitalares de urgência e emergência.
- b) Recomenda-se a implementação de Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência que possuem volumetria de mais de 50 mil atendimentos/ano.
- c) A sala de reanimação de pacientes graves deve disponibilizar o mínimo de dois leitos por médico no local, podendo o número de leitos e médicos ser maior, sempre nessa proporção.
- d) O coordenador de fluxo é médico com funções exclusivamente administrativas, presente diariamente no serviço, responsável por definir, em conjunto com a equipe assistente, os pacientes a serem transferidos para unidade de terapia intensiva.

88) Paciente com antecedentes de insuficiência cardíaca é admitido no Departamento de Emergência em choque (tempo de enchimento capilar lentificado), oligúria, extremidades frias e mal perfundidas, além de edema bilateral de membros inferiores. Sua pressão arterial é de 100 x 65 mmHg; lactato arterial de 5 mmol/L (valor de referência < 2 mmol/L), com saturação venosa central de oxigênio (SvcO<sub>2</sub>) de 65% e diferença venoarterial (*gap*CO<sub>2</sub> de 8 mmHg). Ultrassom *point-of-care* (PoCUS) pulmonar evidencia presença de linhas B e derrame pleural bilateral. Ecocardiograma *point-of-care* demonstra desvio paradoxal do septo, com ventrículo direito dilatado, excursão sistólica do anel tricúspide e a do anel mitral (TAPSE) de 8 mm, pressão sistólica de artéria pulmonar de 60 mmHg e fração de ejeção de ventrículo esquerdo preservada. Em relação ao tratamento farmacológico de suporte, assinale a alternativa com a melhor conduta.

- a) Diurético de alça, em associação com diuréticos tiazídicos e acetazolamida.
- b) Diurético de alça, em associação com vasodilatador parenteral (nitroprussiato de sódio).
- c) Diurético de alça e dobutamina.
- d) Diurético de alça e milrinone.

89) Sobre conceitos relativos ao transporte aeromédico, assinale a alternativa correta:

- a) Os temidos efeitos da hipóxia de altitude se dão de forma insidiosa, sendo sua gravidade e sintomas variáveis entre indivíduos.
- b) Conforme a altitude aumenta, menos moléculas de oxigênio estão presentes no volume de gás inalado, levando a uma fração inspirada de oxigênio ( $FiO_2$ ) inferior aos 21% do nível do mar, sendo taquipneia e taquicardia as respostas fisiológicas iniciais a essa hipóxia, entre outras.
- c) A exposição prolongada à hipóxia causada por uma despressurização de cabine não percebida, por exemplo, pode causar sintomas como cefaleia, náusea, tontura, fadiga, inconsciência e morte.
- d) Equipamentos médicos que possuam ar confinado em seu interior, como equipos com medicações e *cuffs* de dispositivos de via aérea, podem sofrer efeitos da altitude, causando sua compressão, conforme descrito pela lei de Boyle.

90) Um paciente de 22 anos é trazido para a Sala de Emergência com saturação periférica de hemoglobina ( $SpO_2$ ) de 77% e extremamente dispneico. Ele refere que iniciou um cansaço progressivo há aproximadamente 3 semanas, evoluindo com febre baixa, perda ponderal e tosse seca não progressiva. Ao ser colocado no suporte de oxigênio, rapidamente respondeu, evoluindo com melhora da frequência respiratória e saturação periférica de hemoglobina ( $SpO_2$ ) de 98% com cateter nasal de oxigênio a 3 L/minuto. Radiografia de tórax evidenciava infiltrados intersticiais e alveolares bilaterais difusos com predomínio peri-hilar e uma cavitação em ápice de hemitórax direito. Gasometria arterial em ar ambiente: pressão parcial de oxigênio de 54 mmHg e gradiente alvéolo-arterial de 42 mmHg. Realizado teste rápido de HIV, que resultou positivo. Sobre as prioridades de tratamento desse paciente no Departamento de Emergência, marque a alternativa correta:

- a) Deve-se iniciar a terapia antirretroviral imediatamente, associar amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina por via intravenosa em até 1 hora e iniciar hidrocortisona 200 mg/dia.
- b) É imperativo colocar o paciente em isolamento respiratório, iniciar a investigação de tuberculose e administrar amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina por via intravenosa e hidrocortisona 200 mg/dia.
- c) Deve-se iniciar a terapia antirretroviral imediatamente, iniciar a investigação de tuberculose e iniciar amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina por via intravenosa associados com sulfametoxazol + trimetropina 5 mg/kg por via intravenosa a cada 8 horas.
- d) Deve-se colocar o paciente em isolamento respiratório, iniciar a investigação de tuberculose, administrar sulfametoxazol + trimetropina 5 mg/kg por via intravenosa a cada 8 horas e iniciar prednisona 40 mg a cada 12 horas.

91) Sobre suspeita de maus tratos do paciente idoso, selecione a alternativa que contém indicadores:

- I. Abandono do paciente no Departamento de Emergência pelos cuidadores/tutores.
  - II. Má aderência a medicamentos e tratamentos.
  - III. Inconsistência entre lesão e história clínica.
  - IV. Presença de desidratação e confusão mental.
  - V. Uso de fralda e dificuldade de deambulação.
- a) I e II.
  - b) II, III e V.
  - c) I, II e III.
  - d) I, II e V.

92) Você é o médico plantonista da Central de Regulação de um estado no Norte do país. Recebe a seguinte solicitação de transferência oriunda de um hospital secundário da sua região: “paciente vítima de colisão moto x carro, apresentando traumatismo cranioencefálico grave, evoluindo com necessidade suporte ventilatório mecânico. Os sinais vitais estão estáveis. A instituição em questão não dispõe de equipamento de tomografia computadorizada. Avaliação ultrassonográfica da bainha do nervo óptico identifica 6 mm de diâmetro”. Em contato com o hospital de referência, constatou-se a indisponibilidade de vagas, em razão de superlotação. Considerando o caso clínico em questão, assinale a alternativa correta:

- a) Deve-se encaminhar paciente para unidade de terapia intensiva.
- b) Deve-se realizar trepanação em Sala de Emergência.
- c) Deve-se encaminhar o paciente para o hospital de referência, em vaga zero.
- d) Deve-se aguardar a vaga na origem, caso sinais vitais permaneçam estáveis.

93) Criança 2 anos, admitida com relato de ter iniciado há cerca de 2 horas sialorreia espessa e irritabilidade, frequência respiratória de 30 irpm sem esforço, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 96%, ausculta dentro da normalidade, à oroscopia também não foram encontradas alterações. O pai tem dúvidas se houve ingestão de algum objeto enquanto a criança brincava. Realizada radiografia de tórax que evidenciou a seguinte imagem:



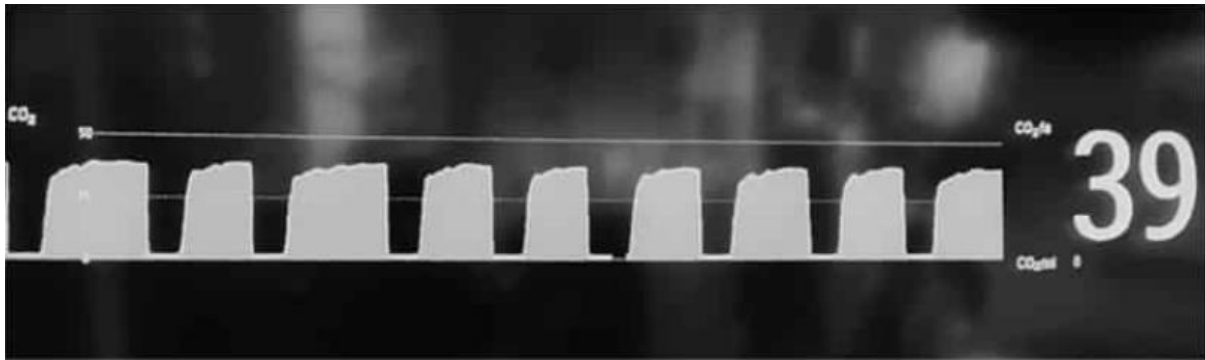
Sobre o caso, marque a verdadeira:

- a) Caso haja possibilidade de ingestão de bateria, esta deve ser removida com urgência por endoscopia, pelo risco de perfuração cáustica do esôfago.
- b) Caso seja uma moeda, a mesma deve ser removida por endoscopia, mesmo que não haja riscos de obstrução, pois a exposição pode desencadear intoxicação por metais pesados.
- c) Há sinais claros de obstrução de vias aéreas. A intubação deve ser imediata, e a posterior remoção do objeto por broncoscopia, se for o caso.
- d) Ingestão de demulcentes como a glicerina e o propilenoglicol está indicada, a fim de promover a proteção da mucosa esofágica e a movimentação do corpo estranho.

94) Em comparação ao tratamento dos pacientes adultos vítimas de queimaduras, existem algumas particulares, que necessitam ser observadas no atendimento das crianças. Sobre isso, é correto afirmar:

- a) A quantidade de volume que deve ser infundida é relativamente menor do que em adultos.
- b) A reposição de glicose na hidratação deve ser restrita a pacientes que se apresentam com hipoglicemia.

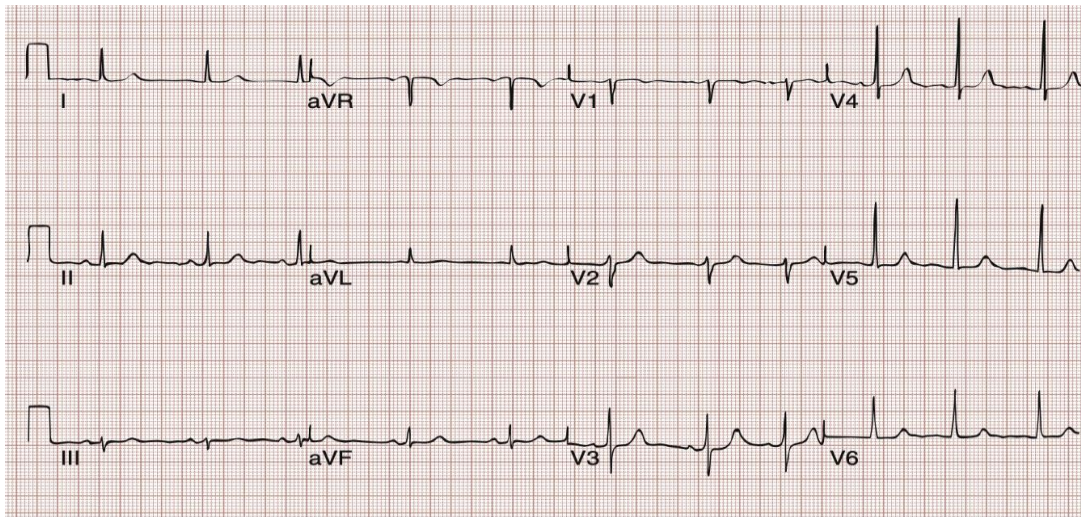
- c) A ressuscitação volêmica na criança deve ser indicada bem mais precocemente com relação ao adulto, no que se diz respeito à superfície corporal queimada (superfície corporal queimada de 10 a 20%).
  - d) A analgesia em pacientes pediátricos pode ser postergada até a transferência para unidade avançada, para evitar risco de alteração neurológica.
- 95) Sobre as particularidades do trauma pediátrico, em especial o raquimedular, assinale a alternativa correta:
- a) São considerados fatores de risco para lesões de coluna cervical em criança: alteração do *status* mental (incluindo intoxicações), défices neurológicos focais, dor cervical apenas em linha média, torcicolo, lesões significativas em torso, condições predisponentes para lesões de coluna cervical, mecanismo de trauma relacionado a mergulho e colisões automotoras de alto risco.
  - b) Fraturas de coluna cervical são raras, especialmente em menores de 8 anos, sendo as fraturas de coluna lombar e torácica mais frequentes. Nos segmentos lombar e torácico, as fraturas por compressão são mais comuns que fraturas por explosão, que são raras em crianças.
  - c) Tal qual no traumatismo craniocéfálico, o uso de radiografias simples não é recomendado na avaliação da suspeita de lesão de coluna cervical em pacientes que não podem ser clinicamente liberados e que apresentam escala de coma de Glasgow entre 14 e 15, sendo a tomografia computadorizada sempre o exame de escolha nessa avaliação inicial.
  - d) Diferente da população adulta, crianças com alta suspeição de lesões em coluna torácica ou lombar, devem ser mantidas em tábua rígida, devido à pouca colaboração da população pediátrica.
- 96) Chega ao Departamento de Emergência paciente de 37 anos, dentista, referindo dor abdominal intensa, em andar inferior, iniciada há 5 horas, enquanto realizava atividades laborais. Na sala de espera, enquanto aguardava, apresentou quadro de síncope. Encaminhada à sala de emergência para avaliação. Após monitorização: frequência cardíaca de 135 bpm em ritmo regular; pressão arterial de 85 x 55 mmHg; frequência respiratória de 23 irpm; saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) 96% em ar ambiente, perfusão lentificada, extremidades frias, algo letárgica. Ultrassom *point-of-care* (PoCUS) conforme protocolo *RUSH*: moderada quantidade de líquido livre abdominal. Apresenta contratilidade cardíaca preservada, sem derrame pericárdico, com relação de tamanho das câmaras preservada. Ausência de pneumotórax. Veia cava inferior com colabamento inspiratório, aorta sem sinais de dissecação ou aneurisma. Ausência de trombos identificados em membros inferiores. Assinale a alternativa correta:
- a) Não havendo identificação de sangramento vaginal, gestação ectópica rota não deve ser considerada, e o quadro deve se tratar de desidratação.
  - b) De acordo com esposo, paciente faz uso de dispositivo intrauterino. Gestação ectópica rota não faz parte dos diagnósticos diferenciais e deve ser descartada.
  - c) Moderada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal é uma alteração fisiológica da gestação e não tem correlação com a instabilidade hemodinâmica.
  - d) Se após melhora hemodinâmica inicial, paciente apresenta nova instabilidade, baseado nas informações, está indicado abordagem cirúrgica de urgência, considerando hipótese diagnóstica de gestação ectópica rota.
- 97) Durante o manejo de uma parada cardiorrespiratória, o paciente subitamente apresenta a curva abaixo no monitor multiparamétrico. Marque a alternativa que melhor descreve o que provavelmente aconteceu com o paciente:



Fonte: Ward I, Amoroso DM, Brandão Neto RA, Alencar JC. Manual de via aérea na emergência. São Paulo: Manole; 2023.

- a) Houve redução da qualidade da compressão torácica.
- b) Houve extubação do paciente.
- c) Houve provável retorno à circulação espontânea.
- d) Houve troca do dispositivo de via aérea.

98) Paciente do sexo masculino, 23 anos, previamente hígido, chega ao Departamento de Emergência após quadro de síncope durante partida de futebol com corrida de grande intensidade. Nega sintomas prévios, como febre, trauma ou uso de substâncias exógenas. Sinais vitais e exame físico sem alterações, incluindo medida da pressão arterial deitado e sentado. A equipe no atendimento inicial solicitou um eletrocardiograma, recebendo o resultado abaixo.



Fonte: Walls R, Hockberger R, Gausche-Hill M, Erickson TB, Wilcox SR. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 10 ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022.

Conforme a análise do eletrocardiograma e do quadro clínico, qual a melhor conduta?

- a) Teste ergométrico para investigação ambulatorial.
- b) Internação e ressonância magnética.
- c) Internação e ecocardiograma.
- d) Internação e estudo eletrofisiológico.

99) Homem, de 58 anos, encaminhado da unidade de pronto atendimento devido a episódio súbito de dor torácica, seguida de rebaixamento de consciência e perda de pulso central. Recebeu Suporte Avançado de Vida na origem, com ressuscitação cardiopulmonar, apresentando retorno à circulação espontânea com 20 minutos. Na

admissão na sala de emergência, encontra-se em uso midazolam, em infusão contínua e noradrenalina, na dose de 0,15 mcg/kg/minuto. Sinais vitais: pressão arterial de 130 X 70 mmHg, frequência cardíaca de 88 bpm, frequência respiratória de 16 irpm, saturação periférica de hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) de 98%, tempo de enchimento capilar < 2 segundos, temperatura de 34,7°C, glicemia capilar de 120 mg/dL. Avaliação neurológica: escala de coma de Glasgow em 3/15, pupilas médias fixas, ausência de reflexo córneo-palpebral e ausência de reflexo de tosse. *Drive* ventilatório está ausente. Durante a avaliação, notam-se episódios de mioclonia. Com base nos achados da avaliação inicial desse caso e sabendo que a sedação foi desligada na admissão, podemos considerar a abertura do protocolo de Morte Encefálica (ME):

- a) Após 6 horas da admissão hospitalar e após aguardar cinco meia-vidas do desligamento da sedação, desde que mantidos os parâmetros hemodinâmicos da admissão.
  - b) Após avaliar exames laboratoriais para identificar disfunção orgânica e decidir sobre se tratar ou não de potencial doador de órgãos.
  - c) Após realizar prova de fluxo cerebral (Doppler transcraniano ou arteriografia cerebral) ou prova de atividade elétrica cerebral (eletroencefalograma).
  - d) Após realizar exame de neuroimagem com achado compatível com o diagnóstico de ME, correção da hipotermia e tempo de observação hospitalar maior que 24 horas.
- 100) O triângulo da avaliação pediátrica é uma ferramenta muito importante na avaliação inicial de pacientes, ajudando a reconhecer rapidamente pacientes pediátricos graves em risco. Seus três componentes são:
- a) Aparência, padrão respiratório e perfusão/circulação da pele.
  - b) Presença de esforço respiratório, frequência cardíaca e escala de coma de Glasgow.
  - c) Perfusão periférica, interação com o examinador e dessaturação.
  - d) Padrão respiratório, frequência respiratória e tempo de enchimento capilar.