



INSTITUTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DR. RODRIGO QUADROS

PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM MEDICINA DE EMERGÊNCIA

DATA: 17/08/2026

NOME: _____

Informações:

1. O tempo para a resolução da prova é de 02 (duas) horas.
2. Há 35 (trinta e cinco) questões objetivas com valor de 1,0 ponto cada. Verifique o número de questões antes de iniciar a prova. Se não houver o número descrito acima, chame o fiscal da sala.
3. Na correção da prova só serão computadas as respostas preenchidas com caneta preta.
4. Não será permitida a utilização de corretivo.
5. Em caso de questão anulada os pontos referentes a essa serão repassados às demais.



GABARITO A

	A	B	C	D
1	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐

	A	B	C	D
13	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐	☐

	A	B	C	D
25	☐	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐	☐
32	☐	☐	☐	☐
33	☐	☐	☐	☐
34	☐	☐	☐	☐
35	☐	☐	☐	☐

SOMA DA NOTA: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	32	33	34	35	

1. Jovem é encontrado sonolento, com fala arrastada, ataxia e miose bilateral após ingestão de múltiplos comprimidos. Sinais vitais normais. Nesse caso, o antídoto específico é:

- a) Atropina.
- b) Anticorpos antidigoxina.
- c) Flumazenil.
- d) N-acetilcisteína.

2.. Um homem de 56 anos chega ao pronto-socorro com dor torácica aguda e intensa. Seu eletrocardiograma está dentro dos limites da normalidade. A tomografia computadorizada contrastada do tórax é mostrada abaixo.



Qual dos seguintes fatores é o fator de risco mais importante para a condição atual deste paciente?

- a) Diabetes Mellitus.
- b) Hipertensão Arterial.
- c) Tabagismo.
- d) Processo Infeccioso.

3. Um homem de 51 anos é levado ao pronto-socorro devido a um “aperto no peito” que começou 30 minutos antes da chegada, associado à dispneia e náuseas. O paciente estava limpando sua garagem quando os sintomas começaram. Ele tem histórico de hipertensão e diabetes mellitus tipo 2. O ECG inicial mostra elevação do segmento ST nas derivações DI e aVL. As enzimas cardíacas estão elevadas. O cateterismo cardíaco de emergência neste paciente provavelmente mostrará oclusão de quais das seguintes artérias?

- a) Artéria coronária direita.
- b) Artéria circunflexa esquerda.
- c) Artéria coronariana principal esquerda.
- d) Ramo marginal direito.

4. Homem de 32 anos sofre queimadura em explosão de silo. Queimaduras de 2º/3º grau em face, pescoço, membros superiores. SCQ estimada para 60 kg. A estimativa de SCQ é:

- a) 18%

b) 23,5%

c) 31%

d) 36%

5. Um homem de 55 anos chega ao pronto-socorro com queixa de queimação intensa na região subesternal, acompanhada de sudorese, há uma hora. Ele tem histórico de obesidade e diabetes mellitus tipo 2 controlado por dieta. Na avaliação inicial, a pressão arterial é de 110/70 mmHg e a frequência cardíaca é de 60 bpm, regular. A saturação de oxigênio é de 98% no ambiente. O paciente está confortável em decúbito dorsal e não são auscultados sopros cardíacos. Os pulmões estão limpos à ausculta. O ECG imediatamente mostra ritmo sinusal normal com elevação do segmento ST de 2 mm nas derivações II, III e aVF. São administrados medicações preconizadas. Ao ser transferido para cateterismo de urgência, ele apresenta tontura e o monitor mostra bradicardia sinusal de 40 bpm. O paciente apresenta-se pálido e diaforético, e os pulsos periféricos são fracos. A pressão arterial é de 70/40 mmHg. Qual das seguintes opções é a melhor medida imediata para o manejo da condição deste paciente?

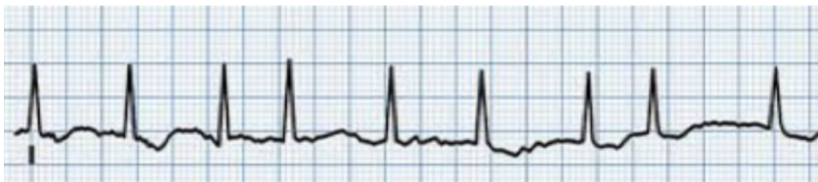
a) Adenosina.

b) Amiodarona.

c) Atropina.

d) Alteplase.

6. Com base no traçado eletrocardiográfico abaixo e frente a um paciente que preencha critérios de instabilidade, qual a conduta mais adequada?



a) Desfibrilação imediata com 200J.

b) Cardioversão elétrica sincronizada 75J.

c) Prescrição de Adenosina 6mg.

d) Cardioversão elétrica sincronizada com 200J.

7. Qual das lesões abaixo deve ser obrigatoriamente identificada e tratada no “B” da avaliação primária/reanimação:

Escolha uma opção:

a) Contusão pulmonar.

b) Hemotórax maciço.

c) Obstrução de via aérea.

d) Pneumotórax simples.

8. Paciente de 70 anos se apresenta no pronto socorro da Santa Casa com história de 1 hora de hemiparesia e hipoestesia a direita, negligência e afasia. A tomografia de crânio da entrada apresenta esse achado:



Qual o provável diagnóstico?

- a) AVCi de artéria cerebral anterior direita.
- b) AVCi de artéria cerebral média esquerda.**
- c) Hemorragia subaracnóidea a esquerda.
- d) AVCi de artéria cerebral média direita.

9. Paciente F.C.L., 18 anos, sem história de comorbidades, é levado ao pronto-socorro pela equipe do SAMU após ser atropelado e arremessado a uma distância de 10 metros. Rebaixou o nível de consciência imediatamente após o evento, porém mantinha a respiração espontânea. Ao exame físico, no momento da admissão, encontra-se sonolento, com abertura ocular ao estímulo verbal, confuso, algo desorientado, sem resposta motora no comando verbal e nem ao estímulo doloroso nos membros superiores e inferiores, executa somente o comando de piscar os olhos por duas vezes ao ser solicitado, PA: 139x81 mmHg. FC: 140 bpm; FR: 28 irpm e SatO₂: 98%. A classificação da Escala de Coma de Glasgow e a conduta em relação à proteção da via aérea são:

- a) Glasgow 13; suporte de O₂ caso seja necessário.**
- b) Glasgow 8; Intubação orotraqueal.
- c) Glasgow 11; máscara de O₂ não reinalante.
- d) Glasgow 9; intubação orotraqueal.

10. Você é chamado para atender um paciente de 50 anos na sala de emergência. Segundo o familiar, ele foi encontrado caído em casa e, desde então, apresenta-se sonolento. Não possui comorbidades conhecidas e é tabagista. Ao exame, apresenta abertura ocular ao estímulo doloroso. Verbaliza palavras inapropriadas, sem conseguir manter conversação. Não obedece a comandos motores e, ao estímulo doloroso, retira o membro estimulado, mas não localiza o estímulo. Pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Qual é a pontuação desse paciente na Escala de Coma de Glasgow?

- a) 8.
- b) 7.
- c) 6.
- d) 9.**

11. Paciente de 68 anos antecedentes de diabetes, IAM prévio, com quadro de febre, tosse dispneia importante, entubado na entrada e passado acesso central, feito reposição volêmica e iniciado fármacos vasoativos. Nos dados hemodinâmicos temos:

PAM 59 Fc 135
DC 3,9 (normal 4 a 6)
PCP 15 (normal 8-12)

PAP 19 (normal 12 a 15)
PVC 12 (normal 2 a 6)
RVS 1530 (normal 900 a 1500)

Qual o diagnóstico hemodinâmico?

- a) choque obstrutivo.
- b) choque misto (hipovolêmico e distributivo) com predomínio hipovolêmico.
- c) choque misto (cardiogênico e distributivo) com predomínio cardiogênico.
- d) choque cardiogênico.

12. Na intubação orotraqueal com lâmina curva:

- a) A epiglote é deslocada anteriormente pela tração para cima com a ponta da lâmina do laringoscópio na valécula.
- b) A epiglote é deslocada anteriormente pela tração para cima com a ponta da lâmina do laringoscópio na epiglote.
- c) A epiglote é deslocada posteriormente pela tração para cima com a ponta da lâmina do laringoscópio na valécula.
- d) A epiglote é deslocada posteriormente pela tração para cima com a ponta da lâmina do laringoscópio na epiglote.

13. Homem de 67 anos apresenta síncope súbita. Monitorização mostra assistolia. Inicia-se reanimação cardiopulmonar imediatamente. Qual medicamento deve ser administrado precocemente e de forma repetida durante esse ritmo de parada?

- a) Adrenalina endovenosa a cada três a cinco minutos.
- b) Amiodarona endovenosa a cada três minutos.
- c) Atropina endovenosa em dose única.
- d) Lidocaína endovenosa após cinco minutos de reanimação

14. Homem de 45 anos, previamente hígido, procura o pronto-socorro após consumir cachaça em um bar de alto padrão. Relata visão borrada, cefaleia intensa e náuseas iniciadas algumas horas após a ingestão. No exame físico, apresenta taquipneia e hálito alcoólico. Exames laboratoriais: Na: 140 mEq/L; Cl: 100 mEq/L; HCO₃: 10 mEq/L; Glicemia: 90 mg/dL; Ureia: 40 mg/dL; Creatinina: 1,0 mg/dL; Osmolaridade medida: 340 mOsm/kg. Gasometria arterial: pH: 7,20; pCO₂: 25 mmHg; HCO₃: 10 mEq/L; pO₂: 90 mmHg. Dado: fórmula para osmolaridade predita: $2 \times \text{Na} + \text{glicose}/18 + \text{ureia}/2,8$.

Diante do quadro, qual é o diagnóstico mais provável?

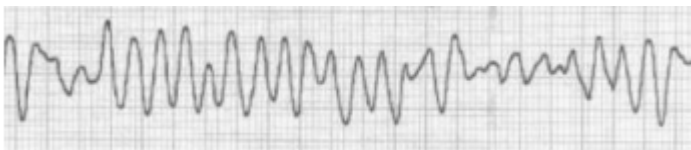
- a) Hipoglicemia alcoólica.
- b) Acidente vascular cerebral.
- c) Intoxicação por metanol.
- d) Intoxicação por etanol.

15. Homem de 62 anos, tabagista e hipertenso, apresenta dor torácica iniciada há trinta horas. Chega ao pronto-socorro com pressão arterial de 80x50 mmHg, extremidades frias, estertores

pulmonares difusos e rebaixamento do nível de consciência. O ECG mostra ondas Q em parede anterior e elevação residual do segmento ST. Qual é a conduta mais adequada?

- a) Administrar rapidamente um litro de solução fisiológica em bolus para restaurar a pressão arterial.
- b) Realizar reperfusão coronariana imediata associada a suporte hemodinâmico.**
- c) Iniciar noradrenalina como primeira escolha para estabilização hemodinâmica.
- d) Usar betabloqueador EV para reduzir a demanda miocárdica de oxigênio.

16. Homem de 60 anos chega ao pronto-socorro, trazido pelo SAMU, intubado devido quadro de dor torácica e insuficiência respiratória, evoluindo com parada cardiorrespiratória na entrada da sala vermelha, sendo iniciada manobras de ressuscitação cardiopulmonar e instalada prontamente monitorização cardíaca e sendo identificado o seguinte ritmo cardíaco:



Considerando o protocolo de ACLS 2025 (Suporte Avançado de Vida Cardiovascular) e o paciente permanecendo no ritmo acima durante as condutas preconizadas pelo protocolo, assinale a provável sequência de condutas que foram adotadas ao paciente:

- a) Desfibrilação - compressão por 2 min - desfibrilação - compressão por 2 minutos + adrenalina 1 mg - desfibrilação - compressão por 2 minutos + amiodarona 300 mg.**
- b) Desfibrilação - compressão por 2 min + adrenalina 1 mg - desfibrilação - compressão por 2 minutos + amiodarona 300 mg - desfibrilação - compressão por 2 minutos + adrenalina 1 mg.
- c) Compressão por 2 min + adrenalina 1 mg - desfibrilação - compressão por 2 minutos + amiodarona 300mg - desfibrilação - compressão por 2 minutos + adrenalina 1 mg.
- d) Desfibrilação - compressão por 2 min + amiodarona 300 mg - desfibrilação - compressão por 2 minutos + adrenalina 1 mg - desfibrilação - compressão por 2 minutos + amiodarona 150 mg.

17. Mulher de 32 anos, usuária de drogas ilícitas, é trazida à unidade de emergência em decorrência de cefaleia, vômitos e rebaixamento do nível de consciência. Ao exame físico, a paciente se encontra hipertensa (170x100 mmHg), bradicárdica (FC de 56 bpm), com respiração irregular, torporosa, com movimentos de retirada dos membros aos estímulos dolorosos, abertura ocular aos chamados e resposta verbal com sons incompreensíveis. Apresenta ainda isocoria, com reflexo fotomotor lentificado bilateralmente. Tomografia computadorizada do crânio evidencia volumosa hemorragia intraparenquimatosa à direita. Diante do exposto, a conduta indicada é:

- a) Manter hipertensão arterial permissiva, com redução da pressão arterial (PA) apenas se estiver acima de 220 mmHg de PA sistólica, e complementar a avaliação com ressonância magnética do encéfalo para avaliar a administração intravenosa de manitol.
- b) Reduzir a pressão arterial sistólica para níveis inferiores a 140 mmHg, mantendo níveis adequados da pressão de perfusão cerebral, avaliar e controlar possíveis coagulopatias, e acionar a neurocirurgia para avaliação de abordagem cirúrgica de urgência.**

- c) Realizar intubação orotraqueal tendo em vista a pontuação no escore de coma de Glasgow (9 pontos), realizar punção líquórica diagnóstica e terapêutica, prescrever manitol intravenoso, e avaliar a prescrição de nimodipina para prevenção de vasoespasma.
- d) Providenciar intubação orotraqueal, tendo em vista a pontuação no escore de coma de Glasgow menor que 8, reduzir a pressão arterial sistólica para níveis menores que 140 mmHg, controlar qualquer coagulopatia que esteja presente e avaliar trombectomia.

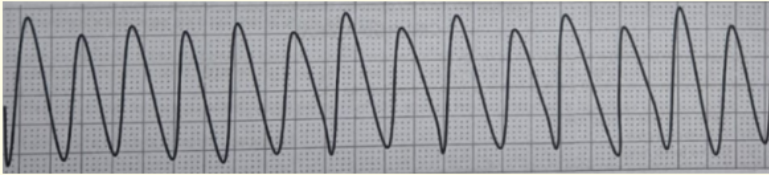
18. Homem de 25 anos, ocupante da motocicleta que colidiu contra um carro que atravessava na transversal, há 30 minutos, velocidade de 40 km/h, sem capacete. Lateral do veículo com deformidades significativas na porta e no vidro. Sinais vitais no local: Sat O₂ : 95%, FR: 16 ipm, FC: 100 bpm, PA: 110 x 70 mmHg, GCS: (AO: 3 RV: 4 RM: 6). O médico recebe o paciente em um hospital com total capacidade diagnóstica e cirúrgica, e os dados da admissão são os seguintes: A: via aérea pérvia, Sat O₂ : 94%, com colar cervical; B: MV+ bilateral, escoriações em tórax anterior bilateral, FR: 16 ipm; C: FC: 110 bpm, PA: 110 x 70 mmHg, FAST negativo, pelve estável, sem sangramentos externos; D: pupilas anisocóricas, midríase à direita, GCS: (AO: 2 RV: 2 RM: 3); E: laceração em crânio à direita, sem lesões em dorso. Qual achado do exame físico seria esperado nessa condição e quais condutas devem ser instituídas nesse momento?

- a) Hemiplegia ipsilateral à midríase, oxigênio em máscara não reinalante, tomografia de crânio e elevar cabeceira a 30°.
- b) Hemiplegia contralateral à midríase, intubação orotraqueal, acionar equipe de neurocirurgia e iniciar manitol ou solução salina hipertônica.**
- c) Tetraplegia, intubação orotraqueal, tomografia de crânio e cervical e acionar equipe de neurocirurgia e ortopedia.
- d) Hemiplegia contralateral à midríase, intubação orotraqueal, acionar a equipe de neurocirurgia e hiperventilação.

19. Homem de 32 anos, previamente hígido, vítima de queimadura elétrica por alta tensão (10.000 V), chega em sala de emergência apresentando lesão de entrada (mão direita carbonizada) e saída (pé esquerdo com necrose). Hemodinamicamente estável. Com relação a esse caso, assinale a alternativa correta:

- a) O cálculo volêmico inicial deve basear-se apenas na superfície queimada pela fórmula de Parkland.
- b) A reposição volêmica deve basear-se na diurese e em parâmetros como creatinofosfoquinase e mioglobínúria.**
- c) Recomenda-se hidratação agressiva com Ringer Lactato para atingir 10-15 mL/kg/h, ajustando conforme resposta renal.
- d) Diuréticos osmóticos devem ser administrados juntamente com a reposição volêmica.

20. Homem de 68 anos, previamente hipertenso e portador de doença coronariana, chega ao pronto atendimento com quadro súbito de palpitações intensas, tontura e rebaixamento do nível de consciência, com Escala de Coma de Glasgow de 6 Pontos, com pressão arterial de 62x34 mmHg, mas mantendo pulso palpável. Na monitorização cardíaca, observa-se o traçado abaixo:



Qual deve ser a conduta imediata mais adequada para este paciente?

- a) Proceder com intubação orotraqueal para estabilização antes de medidas específicas.
- b) Realizar cardioversão elétrica sincronizada imediata.**
- c) Administrar amiodarona intravenosa como primeira intervenção.
- d) Realizar desfibrilação elétrica sincronizada de forma imediata.

21. Homem de 76 anos de idade apresenta febre alta, tosse produtiva e dispneia progressiva há três dias. AP: DM2, DPOC e DRC. Exame físico: confuso; PA: 82x48 mmHg; FC: 124 bpm; FR: 36 irpm; SatO₂ 84% em uso de máscara de O₂ a 13 L/min; TEC > 5 segundos; extremidades frias e cianóticas. Exame laboratorial: lactato sérico 4,2 mmol/L. Apesar de adequada reposição volêmica, permanece hipotenso e anúrico, em uso de noradrenalina em bomba de infusão a 0,8 mcg/kg/min. Após nova avaliação, o paciente evolui com piora do nível de consciência (escala de coma de Glasgow 10 pontos) e sinais de fadiga respiratória. A conduta em relação ao manejo da via aérea é:

- a) Aguardar melhora hemodinâmica com vasopressores antes de realizar IOT e, se necessário, utilizar etomidato e succinilcolina.
- b) Indicar IOT via sequência rápida com uso de etomidato e rocurônio.**
- c) Contraindicar a IOT, oferecer VNI e aumentar noradrenalina até estabilização.
- d) Adiar IOT até estabilização clínica e, se necessário, utilizar fentanil, midazolam e succinilcolina para a sequência rápida de intubação.

22. Homem de 40 anos de idade sofreu queda do telhado chocando o dorso à esquerda contra o solo e um anteparo pontiagudo. Exame físico: SatO₂ oscilando entre 88% e 90% (cateter de O₂ – 5 litros/minuto), ferimento aspirativo na parede torácica posterior esquerda. AP: etilista, usuário de crack. De acordo com o protocolo de atendimento do ATLS, assinale a alternativa correta:

- a) O curativo oclusivo fechado em três pontas deve ser realizado de forma estéril, impedindo que o ar entre na expiração.
- b) A drenagem torácica deve ser realizada no 4º ou 5º espaço intercostal esquerdo, entre as linhas axilares média e posterior.
- c) A descompressão com a agulha deve ser realizada no 4º ou 5º espaço intercostal esquerdo, anterior à linha axilar anterior.
- d) O curativo oclusivo fechado nas quatro pontas pode ser realizado, desde que o paciente tenha o tórax drenado.**

23. Um paciente de 68 anos, hipertenso, em uso de hormonioterapia para neoplasia de próstata, evoluiu subitamente após 18h de pós-operatório de artroplastia do quadril, com dispneia e dor pleurítica à esquerda. Ao exame: lúcido, taquidispneico em ar ambiente, FC: 120 bpm, PA: 80x40 mmHg, SatO₂: 88%. Ausculta respiratória e restante do exame físico sem alterações. O ECG mostrou taquicardia sinusal e bloqueio de ramo direito. Ecocardiograma transtorácico revelou função normal do ventrículo esquerdo, disfunção do ventrículo direito e pressão sistólica da artéria pulmonar

estimada em 62 mmHg. Considerando o diagnóstico mais provável e a ausência de contraindicações a qualquer opção terapêutica, a conduta mais indicada e prioritária nesse momento é:

- a) Angioplastia coronariana primária.
- b) Trombólise sistêmica com alteplase.**
- c) Anticoagulação oral plena com rivaroxabana.
- d) Cateterismo cardíaco direito e embolectomia percutânea.

24. Homem, 56 anos, com histórico de litíase renal, Diabetes Mellitus e dislipidemia, proveniente da UPA com diagnóstico de pielonefrite. Ao exame: pele fria, sudoreica e tempo de enchimento capilar = 6 segundos. Letárgico e desorientado, Glasgow 13, FC 115 bpm, PA 85/50 mmHg (PAM = 62), FR 28ipm, Temperatura 39°C. Assinale a alternativa que contém a conduta e ordem de manejo mais adequadas para este caso:

- a) Coletar culturas de sangue e urina e, em seguida, iniciar ressuscitação volêmica precoce com 30ml/kg de cristalóide (Soro fisiológico ou Ringer Lactato). Antibioticoterapia de amplo espectro e droga vasoativa (DVA) indicados somente se PAM permanecer abaixo de 65mmHg após 3h de hidratação.
- b) Iniciar a ressuscitação volêmica com de 30mL/kg de cristalóide. Após a estabilização hemodinâmica, coletar culturas e administrar antibióticos de amplo espectro em até 3 horas.
- c) Administrar 30mL/kg de soluções colóides (ex: albumina 20%), iniciar noradrenalina concomitante, coletar culturas e administrar antibióticos em até 6 horas da admissão.
- d) Coletar precoce culturas de sangue e urina; administrar antimicrobianos de amplo espectro idealmente antes de 1h do reconhecimento do quadro; iniciar ressuscitação volêmica com 30mL/kg de cristalóide e, em paralelo, iniciar infusão de noradrenalina, preferencialmente em cateter venoso central, com meta de PAM acima de 65mmHg.**

25. Homem de 67 anos é levado ao serviço de emergência com quadro de dispneia súbita e dor torácica pleurítica iniciadas há 2 horas. Apresenta história de neoplasia de próstata em tratamento quimioterápico. Ao exame físico: FR=28 irpm, FC=110 bpm, PA=100x60 mmHg, SatO₂=91% em ar ambiente, sem edema ou sinais flogísticos em membros inferiores. É realizado eletrocardiograma que evidencia onda S em D1, onda Q em D3 e inversão de onda T em D3. Identifique o achado eletrocardiográfico encontrado e sua relação com a fisiopatologia do quadro clínico:

- a) Padrão S1-Q3-T3, encontrado em 10 a 15% dos pacientes, sinal indireto de sobrecarga de câmaras direitas sugestivo de tromboembolismo pulmonar.**
- b) Padrão S1-Q3-T3, presente em 60 a 70% dos casos, indicador específico de tromboembolismo pulmonar maciço.
- c) Bloqueio de ramo direito completo, achado em 40% dos casos, patognomônico de embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica.
- d) Padrão de McConnell, visualizado em 30 a 40% dos casos, indicativo de hipertensão pulmonar crônica secundária a múltiplos episódios embólicos.

26. Sobre o manejo do paciente com insuficiência cardíaca aguda em perfil clínico-hemodinâmico B no departamento de emergência, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Para um paciente que fazia uso de 80 mg de furosemida VO/dia em domicílio e que se apresenta com descompensação aguda, a posologia inicial recomendada de furosemida é de 20 mg EV.
- b) Diante de resposta diurética insatisfatória após a primeira dose de furosemida endovenosa (diurese > 200 mL/h em 6 horas), a conduta correta é manter a mesma dose total fracionando-a em horários mais próximos (passando de 12/12h para 6/6h).
- c) Em pacientes com IC aguda perfil B sem hipotensão, o uso de vasodilatadores endovenosos (nitroprussiato ou nitroglicerina) está indicado em conjunto à diureticoterapia, devendo o desmame ser iniciado com transição para vasodilatadores orais (preferindo-se IECA à BRA pela menor meia-vida) à medida que se atinja a meta pressórica (PAM ~65 mmHg).
- d) Inotrópicos como dobutamina ou milrinone devem ser introduzidos precocemente em pacientes com IC aguda perfil B que apresentem fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) $\leq 30\%$ em ecocardiograma.

27. Homem de 62 anos, previamente hipertenso, foi admitido na sala de emergência, por pneumonia adquirida na comunidade. Foi realizado ceftriaxona e azitromicina, além de expansão volêmica com ringer lactato em um volume total de 30 mL/kg. Devido à manutenção da instabilidade hemodinâmica, foi iniciada norepinefrina, com a qual se obteve uma pressão arterial média de 67 mmHg. Apesar das medidas iniciais, apresenta débito urinário de apenas 10 mL/h, extremidades frias, tempo de enchimento capilar de 6 segundos e lactato sérico de 5,8 mmol/L (VR: 0,5-2,0). Para avaliar melhor o estado hemodinâmico, a equipe realizou ultrassonografia à beira do leito, que revelou ventrículo esquerdo dilatado, com padrão hipodinâmico e com presença de líquido posterior à aorta descendente no eixo paraesternal longo. A veia cava inferior apresentava diâmetro de 2,2 cm, sem colapsabilidade significativa. Diante desse cenário, qual conduta deve ser priorizada para otimizar a perfusão do paciente?

- a) Realizar pericardiocentese guiada por ultrassonografia.
- b) Administrar dobutamina associada a norepinefrina.
- c) Otimizar dose de norepinefrina com o objetivo de manter PAM acima de 80 mmHg diurese acima de 0,5 mL/kg/h
- d) Realizar expansão volêmica em alíquotas de 20 mL/kg até melhora do débito urinário.

28. Homem de 60 anos com dispneia, ortopneia e crepitações em bases. Qual medicação deve ser iniciada para melhora sintomática imediata?

- a) IECA
- b) Digoxina
- c) Betabloqueador
- d) Furosemida

29. Homem, 62 anos, com dispneia súbita e dor torácica ventilatório- dependente há 6 horas. Antecedente de cirurgia ortopédica há 3 semanas e trombose venosa profunda prévia. Ao exame: FC: 112 bpm, SatO₂: 90% em ar ambiente e edema doloroso de panturrilha direita. O médico considera embolia pulmonar o diagnóstico mais provável. Com base no Escore de Wells, assinale a alternativa verdadeira:

- a) Baixa probabilidade pré-teste; solicitar D-dímero.

- b) Probabilidade intermediária; solicitar mapeamento V/Q.
- c) Alta probabilidade pré-teste; prosseguir com angiotomografia pulmonar.
- d) O Escore de Wells não se aplica na presença de sinais clínicos de TVP.

30. A intoxicação por metanol costuma cursar com:

- a) Acidose metabólica com anion gap normal.
- b) Acidose metabólica com anion gap aumentado.
- c) Alcalose metabólica associada a hipocalemia.
- d) Acalose metabólica associada a síndromes de Bartter/Gitelman.

31. Menino de 14 anos, asmático, apresentou dispneia, sibilos, hipotensão, pápulas e angioedema ao brincar no pula-pula em festa junina. Havia comido muito doce com amendoim há cerca de 2 horas antes do episódio. Familiares negavam alergia a amendoim. Em relação ao caso clínico, qual dever ser a conduta prioritária?

- a) Adrenalina intramuscular.
- b) Beta-adrenérgico e corticoide.
- c) Anti-histamínico e corticoide.
- d) Manobra de Heimlich e corticoide.

32. Uma mulher de 58 anos, com diagnóstico prévio de HAS, DM e IC perfil B, faz uso de enalapril, carvedilol, espironolactona e glifage XR, dá entrada na sala de emergência queixando-se de dispneia importante de início há 20 minutos. Refere que estava em uma festa de família, quando começou a sentir falta de ar. À admissão paciente em mau estado geral, PA 80x50mmHg, FC 100bpm, TEC 4 segundos, sO₂ 87% em ar ambiente, sibilando bilateralmente, notam-se algumas placas cutâneas em membros superiores e tronco. Aventada hipótese de anafilaxia, realizada adrenalina 0.5mg IM três vezes (com intervalo de 5 minutos) e iniciada adrenalina em bomba de infusão contínua. Paciente persistiu hipotensa (PAM 64 mmHg) e taquicárdica (FC 102 bpm). Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa que contém a próxima conduta mais apropriada para o caso.

- a) Reavaliar diagnóstico e realizar bolus de 0.5mL EV da adrenalina que estava em BIC e reavaliar.
- b) Realizar glucagon 2mg EV.
- c) Associar vasopressina em BIC.
- d) Realizar push dose (1mcg/kg) de adrenalina EV.

33. No protocolo BLUE (Bedside Lung Ultrasound in Emergency) para avaliação ultrassonográfica do paciente com dispneia aguda, um paciente apresenta padrão A no hemitórax direita com "sinal da praia" no modo M e padrão C no hemitórax esquerdo. Esse achado sugere:

- a) Pneumonia
- b) Embolia pulmonar cardiogênico
- c) Pneumotórax à direita
- d) Asma ou DPOC exacerbado

34. Assinale a opção correta, quanto ao ultrassom beira leito na sala do trauma FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma):

- a) Apresenta alta sensibilidade, mesmo com pouco pequenos volumes de líquidos em pacientes obesos e na presença de enfisema de subcutâneo.
- b) Os locais avaliados são subxifoide, hipocôndrio direito e hipocôndrio esquerdo.
- c) Pode substituir a tomografia de abdome, no trauma abdominal fechado com paciente estável.
- d) Em mãos experientes, pode ser possível o diagnóstico de hemo e pneumotórax.

35. O diagnóstico do choque e de sua etiologia pode ser refinado com a avaliação pelo ultrassom point of care. O uso do protocolo RUSH fornece uma abordagem sequencial da etiologia do choque. Tal método é composto pelo seguinte número de janelas no tronco do paciente:

- a) 6
- b) 7
- c) 8
- d) 9