

006. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM MEDICINA DE EMERGÊNCIA OU PEDIATRIA

Área de Atuação: Emergência Pediátrica

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- ◆ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- ◆ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

PEDIATRIA

01. Mãe de 29 anos, HIV negativa, puérpera de 10 dias, procura o serviço de puericultura com o recém-nascido a termo, que está em aleitamento materno exclusivo. Relata estar em tratamento para tuberculose pulmonar, iniciando o esquema RIPE, há 5 dias, e refere uso recente de codeína para tosse. Apresenta também lesões vesiculares dolorosas em aréola da mama esquerda, compatíveis com herpes simples ativo.

Nesse contexto, com relação à amamentação e ao uso dos medicamentos, a conduta correta é

- (A) suspender definitivamente o aleitamento, devido à tuberculose ativa, e substituir por fórmula infantil até completar o tratamento.
- (B) manter o aleitamento em ambas as mamas, pois a tuberculose e o herpes não contraindicam a amamentação, e a codeína é segura em pequenas doses.
- (C) suspender temporariamente a amamentação na mama com lesão herpética ativa, manter o aleitamento na mama contralateral, evitar o uso de codeína (substituindo por analgésico seguro) e manter o tratamento antituberculoso.
- (D) interromper o aleitamento, por 2 semanas, devido ao uso de rifampicina e isoniazida, retomando após a negativação baciloscóica.
- (E) suspender a amamentação por risco de transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* e do vírus herpes pelo leite materno.

02. Menina de 6 anos, previamente saudável, apresenta tosse seca há 3 semanas, febre vespertina e perda de peso de 2 kg no último mês. O exame físico revela estertores finos em ápice pulmonar direito e linfonodo cervical de 1,5 cm, móvel e indolor. A radiografia de tórax mostra infiltrado heterogêneo no terço superior do pulmão direito com discreta adenomegalia hilar. O teste tuberculínico (PPD) apresenta 12 mm, e o IGRA (*interferon-gama release assay*) é positivo. A baciloscopia de escarro é negativa em três amostras.

Diante do caso clínico mencionado, qual o diagnóstico provável e a conduta adequada?

- (A) Infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis*; indicar isoniazida (INH), por 6 meses, e reavaliar se houver novos sintomas.
- (B) Tuberculose pulmonar primária paucibacilar; iniciar tratamento tríplice com rifampicina, isoniazida e pirazinamida, por 2 meses, seguido de fase de manutenção com rifampicina e isoniazida por 4 meses.
- (C) Tuberculose miliar; solicitar TC de tórax e líquido antes de iniciar o esquema RHZE por 9 meses.
- (D) Pneumonia bacteriana subaguda; iniciar amoxicilina de alta dose e reavaliar em 48 horas.
- (E) Linfadenite tuberculosa isolada – tratar com rifampicina e isoniazida, por 6 meses, sem necessidade de pirazinamida.

03. Criança de 2 anos, internada por diarreia crônica e perda de peso acentuada, apresenta emagrecimento grave, edema de membros inferiores, hipoalbuminemia e apatia. O diagnóstico nutricional é desnutrição energético-proteica grave (marasmo-kwashiorkor).

Frente ao exposto, qual é a conduta inicial adequada no manejo hospitalar dessa criança?

- (A) Iniciar correção hidroeletrólítica e tratamento de infecções, seguida por realimentação gradual e vigiância para síndrome de realimentação.
- (B) Introduzir dieta hipercalórica e hiperproteica de imediato para recuperação rápida do peso.
- (C) Administrar albumina intravenosa e diuréticos para controle do edema e melhora do estado nutricional.
- (D) Manter jejum, nas primeiras 48 horas, e iniciar nutrição parenteral total até melhora clínica.
- (E) Prescrever corticoterapia e suplementos de ferro para acelerar o anabolismo e corrigir anemia.

04. Menino de 11 anos, com IMC escore Z +3,2, é acompanhado no ambulatório de nutrologia pediátrica. Apresenta histórico familiar de obesidade e hipertensão arterial. Os exames laboratoriais mostram glicemia de jejum normal e HDL colesterol baixo. A família solicita “remédio para emagrecer”.

Nessa situação, a conduta inicial adequada no manejo da obesidade infantil é

- (A) implementar mudanças no ambiente obesogênico inicialmente, mas reavaliar logo, com possibilidade iniciar medicação e/ou plano alimentar mais específico.
- (B) iniciar tratamento farmacológico com orlistate, associado à dieta restritiva hipocalórica.
- (C) encaminhar diretamente para avaliação de cirurgia bariátrica, devido ao escore Z acima de +3.
- (D) indicar dieta cetogênica, por curto período, para promover perda rápida de peso e melhorar o perfil lipídico.
- (E) prescrever inibidor de apetite (sibutramina) sob supervisão médica rigorosa, para facilitar adesão ao tratamento.

05. Durante consulta de rotina, uma menina de 9 anos apresenta peso de 48 kg e estatura de 1,35 m. O cálculo do índice de massa corporal (IMC) é 26,3 kg/m². Segundo as curvas da Organização Mundial da Saúde utilizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria e pelo Ministério da Saúde, o valor corresponde a um escore Z +3 para idade e sexo.

Nesse caso, é correto afirmar que o diagnóstico nutricional correto e o critério utilizado são:

- (A) peso adequado para a idade; escore Z entre -2 e +2.
- (B) sobrepeso; escore Z entre +1 e +2.
- (C) obesidade; escore Z \geq +3 para IMC por idade.
- (D) risco de obesidade; escore Z entre 0 e +1.
- (E) obesidade grave; escore Z \geq +5 para IMC por idade.

06. Criança de 2 anos, previamente saudável, apresenta febre alta, há 3 dias, tosse produtiva e taquipneia (RR: 54 irpm). Ao exame físico: tiragem subcostal, estertores crepitantes difusos e murmúrio vesicular diminuído em base direita. Saturação de O₂: 93% em ar ambiente. Radiografia de tórax mostra infiltrado alveolar em lobo inferior direito. Diante dos dados apresentados, qual o diagnóstico provável e o manejo inicial indicado?

- (A) Bronquiolite viral aguda; iniciar nebulização com broncodilatador e corticoide inalatório.
- (B) Asma aguda; administrar beta-2 agonista de curta duração e reavaliar resposta clínica.
- (C) Bronquiopneumonia bacteriana; iniciar antibioticoterapia empírica com amoxicilina por 7 a 10 dias.
- (D) Pneumonia intersticial viral; tratar com oseltamivir e observar evolução.
- (E) Pneumonia atípica por *Mycoplasma pneumoniae*; iniciar azitromicina em dose única diária por 5 dias.

07. Criança de 9 anos é internada com icterícia, colúria e fezes hipocólicas, há 5 dias, acompanhadas de febre, mal-estar e dor abdominal. Os exames laboratoriais mostram aumento acentuado de TGO/TGP (> 1.000 U/L), bilirrubina total de 7 mg/dL (fração direta 4 mg/dL) e coagulograma normal. O pediatra considera o diagnóstico de hepatite viral aguda, mas deseja excluir outras causas.

Considerando o exposto, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico diferencial provável para uma criança com quadro agudo de hepatite e o exame indicado para confirmar o diagnóstico.

- (A) Doença de Wilson; confirmada pela dosagem de ceruloplasmina sérica diminuída e anel de Kayser-Fleischer.
- (B) Mononucleose infecciosa pelo vírus Epstein-Barr (EBV); confirmada por sorologia IgM anti-VCA positiva.
- (C) Hepatite autoimune tipo 1; confirmada por anticorpos antimúsculo liso e FAN positivos.
- (D) Hepatite medicamentosa; confirmada por aumento isolado de GGT e história de uso de paracetamol.
- (E) Leptospirose aguda; confirmada por sorologia IgM anti-Leptospira positiva e exposição a água contaminada.

08. Criança de 4 anos apresenta baixo ganho ponderal, perda de apetite, infecções respiratórias recorrentes e feridas de cicatrização lenta. A dieta é pobre em alimentos de origem animal, predominando cereais e leguminosas integrais.

Nesse caso, o diagnóstico e a conduta adequados são deficiência de

- (A) ferro; tratar com sulfato ferroso 3 mg/kg/dia.
- (B) zinco; confirmar por história alimentar e resposta terapêutica ao zinco.
- (C) vitamina C; suplementar 100 mg/dia para estimular o colágeno.
- (D) selênio; suplementar para prevenir cardiomiopatia.
- (E) vitamina D; suplementar 400 UI/dia para melhorar imunidade e crescimento.

09. Durante uma campanha de vacinação, pais de uma criança de 1 ano relatam preocupação com os efeitos adversos das vacinas, pois, após receber a vacina tríplice bacteriana (DTP), a criança apresentou febre de 38,5 °C, dor e vermelhidão no local da aplicação, com resolução espontânea em 48 horas. Nesse contexto, é correto afirmar que um evento adverso comum e esperado após a vacinação é

- (A) febre e dor local autolimitadas após DTP, que não contraindicam futuras doses.
- (B) anafilaxia após DTP, evento comum, que exige substituição de todas as vacinas com componente *pertussis*.
- (C) convulsão febril simples após DTP, que exige suspensão definitiva do esquema vacinal.
- (D) encefalopatia pós-vacinal após vacina tríplice viral, geralmente benigna e sem sequelas.
- (E) reação purpúrica grave após vacina influenza, considerada evento adverso esperado.

10. Durante avaliação para vacinação, um menino de 5 anos, portador de leucemia linfoblástica aguda em quimioterapia, é levado ao ambulatório para atualização do calendário vacinal. A mãe pergunta quais vacinas ele não deve receber, nesse momento, e quais são seguras.

Nesse contexto, é correto afirmar que se deve

- (A) suspender todas as vacinas, inclusive as inativadas, até o término do tratamento oncológico.
- (B) administrar a vacina BCG de reforço para prevenir tuberculose miliar em pacientes imunossuprimidos.
- (C) aplicar a tríplice viral normalmente, pois as vacinas de vírus atenuados são seguras em qualquer situação.
- (D) aplicar a vacina oral de poliomielite (VOP) como reforço, já que está indicada para maiores de 4 anos.
- (E) evitar vacinas de microrganismos vivos atenuados (como tríplice viral, varicela, febre amarela e VOP) durante a imunossupressão.

11. Criança de 3 anos com doença falciforme (HbSS) comparece à unidade básica de saúde para atualização vacinal. No prontuário, constam três doses da vacina pneumocócica conjugada 10-valente (VPC10) e uma dose de reforço aos 12 meses. Nenhuma dose adicional de VPC13 ou VPP23 foi administrada.

Com base nessas informações e segundo as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (2025) para pacientes com doença falciforme, qual é o esquema vacinal pneumocócico mais adequado nesse momento?

- (A) Administrar apenas uma dose de VPP23 imediatamente, pois o esquema com VPC10 já é completo.
- (B) Repetir o esquema de três doses da VPC10, pois as vacinas conjugadas precisam ser reiniciadas aos 3 anos.
- (C) Administrar uma dose de VPC13 e aguardar cinco anos para iniciar o esquema com VPP23.
- (D) Administrar duas doses de VPC13 com intervalo de oito semanas e, após 8 semanas da última, uma dose de VPP23.
- (E) Substituir a VPC13 por uma dose única de VPC20, dispensando o uso da VPP23.

12. Menina de 6 anos e 4 meses é trazida à consulta por desenvolvimento de mamas, há 6 meses, com crescimento rápido e surgimento de pelos pubianos. O exame mostra Tanner M2P2, idade óssea 8 anos, e aumento uterino à ultrassonografia pélvica. Os níveis séricos de LH basal estão elevados e o teste de estímulo com GnRH confirma resposta puberal de LH/FSH > 1.

De acordo com os dados apresentados, o diagnóstico e conduta apropriados são:

- (A) puberdade precoce periférica; tratar com antiandrogênico e acompanhamento sem bloqueio hipotalâmico.
- (B) adrenarca precoce; apenas seguimento clínico, pois não há ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal (HHG).
- (C) telarca precoce isolada; investigar causas ambientais e orientar regressão espontânea.
- (D) puberdade precoce central; iniciar tratamento com análogos de GnRH de ação prolongada.
- (E) puberdade antecipada constitucional; observar evolução do desenvolvimento puberal antes de iniciar terapia.

13. Recém-nascido, com 20 dias de vida, com triagem neonatal alterada para hormônio tireoestimulante (TSH) é encaminhado para avaliação. Os exames confirmam TSH elevado e T4 livre reduzido. A mãe relata que o bebê é tranquilo, sonolento, tem pele seca, constipação e icterícia prolongada.

A partir dos achados clínicos e laboratoriais, é correto afirmar que o diagnóstico provável e a conduta adequada são:

- (A) hipotireoidismo central; iniciar levotiroxina, apenas se houver atraso ponderal.
- (B) tireoidite de Hashimoto; solicitar anticorpos antitireoidianos e aguardar resultado antes de tratar.
- (C) hipotireoidismo subclínico; acompanhar sem medicação até o segundo mês de vida.
- (D) hipotireoidismo congênito primário; iniciar levotiroxina imediatamente, sem aguardar confirmação laboratorial completa.
- (E) hipotireoidismo transitório por uso materno de iodo; observar e repetir exames em 15 dias.

14. Criança de 7 anos apresenta dor abdominal recorrente, prurido anal noturno e perda ponderal discreta. O exame físico revela palidez e leve distensão abdominal. A mãe relata visualização de pequenos “vermes brancos” nas fezes.

Com base nas manifestações clínicas e nas principais parasitoses intestinais, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico provável e o tratamento recomendado.

- (A) Giardíase; tratar com albendazol por 3 dias.
- (B) Ancilostomíase; tratar com metronidazol por 7 dias.
- (C) Ascaridíase; tratar com ivermectina em dose única.
- (D) Estrongiloidíase; tratar com pirvínio em dose única.
- (E) Enterobíase; tratar com mebendazol em dose única, repetindo após 15 dias.

15. Recém-nascido a termo, de 10 dias, sem sintomas, retorna à unidade básica de saúde para nova coleta do teste do pezinho, pois a primeira foi realizada ainda na maternidade, com 24 horas de vida. Os pais estão apreensivos e questionam o motivo da repetição e, também, quais doenças o exame realmente detecta do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), em sua fase atual.

Assinale a alternativa que descreve corretamente o motivo da nova coleta e o propósito do exame.

- (A) A coleta precoce pode gerar resultados falsamente elevados de TSH e 17-OH-progesterona; o exame tem como finalidade diagnosticar doenças genéticas não tratáveis, como fibrose cística e AME.
- (B) A coleta deve ser feita, nas primeiras 24 horas de vida, para evitar perda de casos graves de hipotireoidismo congênito; o teste identifica exclusivamente doenças metabólicas hereditárias.
- (C) A coleta, antes de 48 horas de vida, pode gerar falsos negativos para doenças metabólicas e endócrinas, devendo-se repetir a amostra entre o 3º e o 5º dia de vida.
- (D) O teste tem caráter confirmatório e deve ser repetido em todos os recém-nascidos a termo; seu objetivo é rastrear infecções neonatais adquiridas no parto e imunodeficiências graves.
- (E) A coleta precoce altera apenas os níveis de aminoácidos plasmáticos, mas não interfere no diagnóstico de hipotireoidismo congênito; o exame tem foco em triagem de doenças infecciosas e genéticas raras.

16. Adolescente de 13 anos, portador de diabetes melito tipo 1, chega ao pronto socorro com história de poliúria, polidipsia, dor abdominal, náuseas e respiração rápida e profunda. Ao exame físico: desidratação, hálito cetônico e taquipneia (respiração de Kussmaul). Exames laboratoriais: Glicemia: 420 mg/dL; pH arterial: 7,15; Bicarbonato: 10 mEq/L; Cetonemia: positiva.

Com base nesses achados clínicos e laboratoriais, qual o diagnóstico provável e a conduta inicial adequada para essa condição?

- (A) Hipoglicemia grave por excesso de insulina exógena; administrar glicose hipertônica intravenosa imediatamente.
- (B) Acidose láctica secundária à hipóxia tecidual; iniciar oxigenoterapia e investigar causas de choque ou sepse.
- (C) Cetoacidose diabética por deficiência de insulina e aumento dos hormônios contrarreguladores; iniciar reposição hídrica vigorosa com solução salina isotônica e infusão de insulina regular após hidratação inicial.
- (D) Síndrome hiperosmolar hiperglicêmica por hipovolemia extrema; corrigir desidratação com soro fisiológico e administrar insulina em baixa dose contínua, monitorando osmolaridade sérica.
- (E) Alcalose metabólica secundária a vômitos repetidos; repor perdas gástricas com solução de cloreto de sódio e potássio.

17. Recém-nascido de 3 dias, a termo, apresenta pele íntegra, recoberta por vérnix caseoso em algumas áreas e descamação discreta nas extremidades. A equipe de enfermagem pergunta ao pediatra qual deve ser a conduta correta quanto ao cuidado com a pele do recém-nascido. Frente ao questionamento, é correto afirmar que o pediatra deve indicar:

- (A) remover completamente o vérnix, logo após o parto, com sabonete neutro para evitar infecções cutâneas.
- (B) realizar o primeiro banho, logo após o nascimento, para remover fluidos e reduzir risco de contaminação.
- (C) evitar a remoção precoce do vérnix, pois ele atua como barreira protetora natural da pele.
- (D) aplicar hidratantes oleosos, nas primeiras horas de vida, para prevenir dermatite atópica.
- (E) utilizar antisséptico alcoólico no coto umbilical para acelerar a queda do cordão.

18. Criança de 9 anos é trazida ao pronto-socorro com febre diária, há 6 dias, e dor migratória em joelhos e tornozelos. Há 3 semanas, apresentou quadro de faringoamigdalite febril não tratada. Ao exame físico, nota-se sopro holossistólico apical suave e discreto aumento do *ictus cordis*. Não há eritema marginado nem nódulos subcutâneos e a criança está afebril no momento do exame. Exames complementares: velocidade hemossedimentação: 82 mm/h; proteína C reativa: 10 mg/dL; título de anticorpo antiestrep-tolisina O: 750 UI; eletrocardiograma: intervalo PR: 0,22s; ecocardiograma: insuficiência mitral leve com refluxo valvar e espessamento da cúspide posterior.

O diagnóstico provável, com base nas informações apresentadas, é de

- (A) artrite idiopática juvenil oligoarticular.
- (B) febre reumática aguda com cardite subclínica.
- (C) artrite séptica migratória.
- (D) *lúpus* eritematoso sistêmico juvenil.
- (E) artrite reativa pós-estreptocócica.

19. Menina de 3 anos apresenta febre alta, há 2 dias, dor intensa em ouvido direito e irritabilidade. A mãe relata que a criança teve resfriado recente. Ao exame físico, observa-se membrana timpânica hiperemiada e abaulada, com mobilidade reduzida. Não há otorreia nem sinais de complicação. A criança tem histórico de alergia à penicilina, manifestada por exantema cutâneo leve (sem urticária ou anafilaxia).

A partir do quadro clínico mencionado, qual o antibiótico de escolha para o caso?

- (A) Eritromicina.
- (B) Cefuroxima axetil.
- (C) Amoxicilina + ácido clavulânico.
- (D) Azitromicina.
- (E) Clindamicina.

20. Lactente de 7 meses, previamente saudável, apresenta há dois dias tosse, coriza, febre baixa e dificuldade respiratória progressiva. Ao exame físico: taquipneia (68 irpm), tiragem subcostal, batimento de asa de nariz, sibilos e crepitações difusas. A saturação de O₂ é de 91% em ar ambiente. Radiografia de tórax mostra hiperinsuflação pulmonar e espessamento peribrônquico, sem consolidação. Com base nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a conduta inicial apropriada para esse caso?

- (A) Iniciar antibioticoterapia empírica e corticosteroide sistêmico.
- (B) Nebulizar com adrenalina e prescrever broncodilatores de rotina.
- (C) Internar para suporte com oxigênio umidificado e hidratação adequada.
- (D) Realizar radiografia de controle e iniciar prednisona oral por 5 dias.
- (E) Prescrever antibiótico e realizar aspiração nasotraqueal frequente.

21. Durante avaliação ambulatorial, um menino de 3 anos e 6 meses é encaminhado por suspeita de atraso no desenvolvimento. Os pais relatam que ele não olha nos olhos, não brinca de faz de conta, repete frases ouvidas na TV (ecolalia) e demonstra grande incômodo com mudanças de rotina. Além disso, apresenta interesse intenso por números e pode passar longos períodos girando objetos. Seu desenvolvimento motor é normal, mas a linguagem e a interação social estão prejudicadas.

Com base nas manifestações clínicas descritas, qual conjunto de características é mais consistente com o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA)?

- (A) Prejuízo na comunicação social recíproca, comportamentos restritos e repetitivos, resistência a mudanças e interesses específicos.
- (B) Atraso global do desenvolvimento com déficit motor e ausência de marcha até 2 anos de idade.
- (C) Déficit de linguagem isolado, mas com boa interação afetiva e gestual.
- (D) Instabilidade de atenção, impulsividade e dificuldade em seguir regras em múltiplos contextos.
- (E) Regressão cognitiva acompanhada de convulsões e perda de habilidades motoras finas.

22. Menino de 8 anos é levado ao consultório por apresentar dificuldade de concentração, inquietação e fala excessiva em sala de aula. Os professores relatam que ele frequentemente interrompe os colegas, levanta-se sem permissão e se distrai facilmente. O desempenho escolar está abaixo do esperado. O exame físico e neurológico são normais.

Assinale a alternativa correta, segundo o Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (2024), com relação ao diagnóstico provável.

- (A) Transtorno de oposição desafiante.
- (B) Transtorno do espectro autista.
- (C) Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.
- (D) Transtorno de ansiedade generalizada.
- (E) Transtorno específico de aprendizagem.

23. Menina de 10 anos é trazida pela mãe por apresentar cefaleia recorrente há cerca de 6 meses, ocorrendo 3 a 4 vezes por semana, geralmente no final da tarde, especialmente após dias de provas, conflitos escolares ou longos períodos de leitura. Refere dor em aperto, bilateral, localizada nas regiões frontotemporal e occipital, com intensidade leve a moderada, que melhora com repouso ou distração. Nega náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. Não há piora matinal nem despertares noturnos. O exame neurológico e oftalmológico é normal. A cefaleia não limita suas atividades diárias, e a mãe relata períodos de semanas sem dor.

Nesse caso, é correto afirmar que o diagnóstico provável é

- (A) enxaqueca com aura.
- (B) enxaqueca sem aura.
- (C) cefaleia do tipo tensional episódica.
- (D) cefaleia secundária a tumor cerebral.
- (E) sinusite crônica.

24. Criança de 5 anos chega ao consultório com inchaço nas pálpebras e nos pés há 7 dias. A mãe relata que a urina está “espumosa” e que o volume urinário diminuiu. A criança está afebril, com pressão arterial normal e sem dor à palpação abdominal. Exames laboratoriais: Urina tipo I: proteinúria intensa (+++), sem hematúria; Relação proteína/creatinina urinária: 4,5 mg/mg; Albumina sérica: 1,8 g/dL; Colesterol total: 310 mg/dL; Creatinina sérica: normal.

Segundo essas informações, é correto afirmar que o diagnóstico provável é

- (A) infecção urinária.
- (B) glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica.
- (C) síndrome nefrótica.
- (D) nefropatia por IgA.
- (E) desidratação.

25. Lactente de 10 meses, previamente saudável, apresenta febre, há 48 horas, irritabilidade e ausência de foco infeccioso evidente ao exame físico. É coletada urina por sondagem vesical, que mostra leucocitúria intensa e nitrito positivo. A urocultura mostra o crescimento de *Escherichia coli* >10⁵ UFC/mL.

Frente a esses dados, qual a conduta diagnóstica e etiológica adequada?

- (A) Considerar diagnóstico de infecção urinária baixa e tratar ambulatorialmente sem necessidade de investigação por imagem.
- (B) Considerar diagnóstico de pielonefrite aguda e solicitar ultrassonografia de rins e vias urinárias após o tratamento.
- (C) Diagnosticar bacteriúria assintomática e repetir a urocultura antes de tratar.
- (D) Solicitar uretrocistografia miccional seriada de rotina na fase aguda para descartar refluxo vesicoureteral.
- (E) Indicar profilaxia antibiótica após o primeiro episódio até completar 2 anos de idade.

MEDICINA DE EMERGÊNCIA

26. Paciente do sexo masculino, 72 anos de idade, ex-tabagista, DPOC (GOLD II), chega ao pronto-socorro com febre, tosse purulenta, dispneia progressiva e confusão mental. Ao exame físico: PA: 82 × 50 mmHg; FC: 118 bpm; FR: 28 irpm; SpO₂: 90% com cateter 3 L/min; T: 38,7 °C; tempo de enchimento capilar de 5 s; extremidades frias. Na abordagem terapêutica inicial, o paciente recebeu ringer lactato (2.100 mL EV) em 45 minutos e antibioticoterapia de amplo espectro (piperacilina-tazobactam 4,5 g EV).

Porém, após a reposição volêmica, o paciente apresenta PA: 86 × 52 mmHg; FC: 116 bpm; saturação venosa de O₂: 61%; lactato: 4,6 mmol/L (antes 4,9). Gasometria venosa: pH: 7,31; PvCO₂: 46 mmHg; HCO₃⁻: 22 mEq/L. Creatinina: 2,2 mg/dL (baseline 1,0); bilirrubinas normais; leucócitos: 17.800/mm³; PCR: 22 mg/dL. Realizou-se a radiografia de tórax a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual é a intervenção hemodinâmica apropriada nesse momento?

- (A) Novo bolus de 30 mL/kg de cristalóide rápido.
- (B) Noradrenalina EV titulada para PAM ≥ 65 mmHg.
- (C) Dobutamina EV em bomba de infusão.
- (D) Vasopressina como primeira droga vasoativa.
- (E) Albumina 20% 1 g/kg.

27. Em pacientes com SDRA moderada a grave em ventilação mecânica invasiva, qual estratégia ventilatória está mais associada à redução de mortalidade segundo as diretrizes?

- (A) Volume corrente de 8 – 10 mL/kg de peso ideal e PEEP baixa.
- (B) Volume corrente com PEEP baixa com alvo de complacência máxima.
- (C) Volume corrente de 6 mL/kg com hipercapnia agressiva (PaCO₂-alvo < 20 mmHg).
- (D) Volume corrente de 10 mL/kg com recrutamento alveolar a cada 2 horas.
- (E) Volume corrente de 6 mL/kg de peso ideal e pressão de platô < 30 cmH₂O.

28. Em emergência hipertensiva com lesão de órgão-alvo, qual meta inicial de redução pressórica é adequada?

- (A) Reduzir PAM em ~25% nos primeiros 60 minutos, evitando hipotensão.
- (B) Reduzir PAS imediatamente < 120 mmHg em 30 minutos.
- (C) Reduzir PAS para < 140 mmHg em 15 minutos com nitroprussiato.
- (D) Manter PA inalterada nas primeiras 6 horas para evitar hipoperfusão.
- (E) Reduzir PAM em 50% na primeira hora se houver cefaleia intensa.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 29 e 30:

Paciente, sexo masculino, de 16 anos de idade, há 6 dias com febre, com melhora há 24 h, associada a cefaleia, sonolência, sangramento gengival, mialgia, vômitos, dor abdominal intermitente e tontura ao levantar, chega à UPA. Ao exame físico: PA: 100 × 66 mmHg; FC: 112 bpm; abdome com hepatomegalia 2 cm; dor à palpação em FID, sem sinais de irritação peritoneal. Petéquias discretas, prova do laço positiva. Exames complementares iniciais: Ht: 44% (prévio 38% há 48 h); Hb: 13,8 g/dL; plaquetas: 58.000/mm³; leucócitos: 3.100/mm³; Na⁺: 132 mEq/L; K⁺: 3,6; Cr: 0,8; TGO/TGP: 68/74 U/L. Albumina: 3,1 g/dL. Ultrassom: discreto derrame pleural direito e traço de líquido livre em fossa ilíaca direita.

29. Qual é a hipótese diagnóstica associada ao caso clínico?

- (A) Febre tifoide com plaquetopenia.
- (B) Dengue sem sinais de alarme.
- (C) Dengue com sinais de alarme.
- (D) Dengue grave.
- (E) Leptospirose anictérica.

30. O paciente persiste com baixo débito urinário, perfusão periférica diminuída e hipoperfusão.

Qual é a estratégia imediata de fluidoterapia?

- (A) Soro fisiológico 0,9% 20 mL/kg em 15 – 30 min e reavaliar Ht e perfusão.
- (B) Ringer Lactato 10 mL/kg em 1 h e reavaliar; repetir se necessário.
- (C) Albumina 20% 1 g/kg de ataque.
- (D) Restrição hídrica por risco de extravasamento capilar.
- (E) Transfusão de plaquetas imediata.

31. Em um paciente com hiponatremia grave ($\text{Na} < 120 \text{ mEq/L}$), qual sequência fisiopatológica e diagnóstica orienta a conduta inicial segundo as diretrizes?

- (A) Dosar osmolaridade urinária antes de qualquer outra etapa, pois é o principal marcador causal isolado.
- (B) Diferenciar hiponatremia hipo, iso ou hiperosmolar antes de avaliar estado volêmico.
- (C) Confirmar hiponatremia hipotônica verdadeira e então avaliar volemia para definir conduta.
- (D) Administrar soro hipertônico antes da confirmação laboratorial.
- (E) Restringir líquidos como primeira conduta universal em todo tipo de hiponatremia.

32. Paciente de 10 anos de idade, antecedente de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 há 2 anos, chega à sala de emergência com história contada pelos pais de vômitos, dor abdominal e sonolência progressiva de início há 18h. Ao exame físico: FC: 138 bpm, PA: 94/62 mmHg, FR: 32 irpm, com padrão de respiração de Kussmaul, SpO_2 : 97%, Glasgow 14, perfusão lentificada.

O paciente apresentava exames laboratoriais: gasometria arterial: pH: 7,08; PaCO_2 : 20; HCO_3^- : 6; AG: 28. Glicemia: 456 mg/dL. Na^+ corrigido: 134 mEq/L. K^+ : 4,8 mEq/L. Cetose positiva. Lactato: 2,0.

As medidas iniciais foram realizadas com hidratação e insulina endovenosa, porém a criança evolui 4h depois com rebaixamento do nível de consciência, para Glasgow 10, antecedido de cefaleia intensa, sem hipotensão ou convulsão, porém com bradicardia relativa (FC: 92 bpm).

Quais são o diagnóstico da complicação e a conduta imediata?

- (A) Edema cerebral — administrar manitol EV imediatamente.
- (B) Encefalopatia hipóxica — iniciar ventilação mecânica.
- (C) Crise convulsiva subclínica — iniciar fenitoína.
- (D) Hiponatremia aguda — infundir solução salina hipertônica após suspender insulina.
- (E) Choque séptico — ampliar antibiótico e dar novo bolus de volume.

33. Paciente de 54 anos de idade, com história de febre, cefaleia intensa, vômitos e rebaixamento do nível de consciência há 24h. Glasgow 11; FC: 118 bpm; PA: 86 × 54 mmHg; Tax: 38,6 °C; petéquias em tronco. SpO_2 : 96% em O_2 . Realizou-se a tomografia de crânio a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual é a prioridade terapêutica inicial?

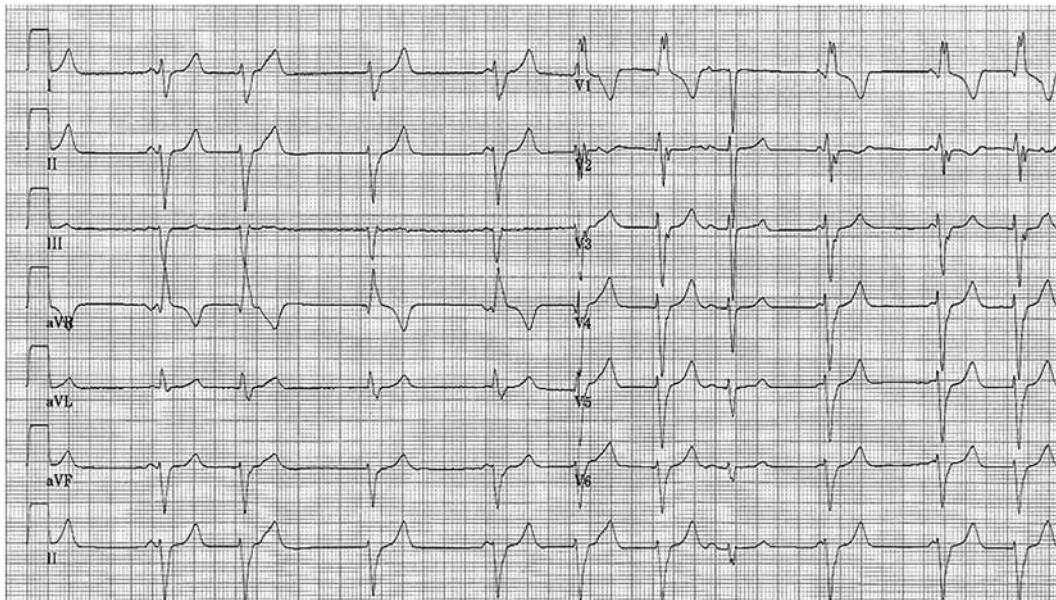
- (A) Punção lombar antes de qualquer intervenção.
- (B) Ceftriaxona + vancomicina imediatamente.
- (C) Corticoide após o antibiótico.
- (D) Expansão volêmica apenas e observar resposta.
- (E) Anticoagulação profilática imediata.

34. Paciente de 67 anos de idade, portadora de DPOC e diabetes mellitus tipo 2, comparece à consulta de revisão após alta hospitalar por pneumonia adquirida na comunidade. Encontra-se clinicamente estável, em seguimento ambulatorial, e relata calendário vacinal incompleto.

Considerando seu perfil clínico e o risco de complicações respiratórias e infecciosas, qual deve ser a prioridade em relação à vacinação para proteção contra desfechos graves segundo o calendário vacinal do adulto?

- (A) Varicela.
- (B) Dupla adulto (dT).
- (C) Pneumocócica + Influenza anual.
- (D) Febre amarela.
- (E) Tríplice viral (SCR).

35. Sobre a arritmia evidenciada no eletrocardiograma de repouso a seguir, assinale a alternativa correta.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

- (A) Pacientes assintomáticos e estáveis podem ser manejados apenas com betabloqueadores e seguimento ambulatorial.
- (B) O ritmo de escape é sempre estreito, pois se origina do nó atrioventricular.
- (C) O tratamento definitivo nos casos sintomáticos é o implante de marca-passo definitivo.
- (D) A atropina é geralmente eficaz, pois age diretamente no nível do bloqueio infranodal.
- (E) A principal etiologia é o aumento isolado do tônus vagal em adultos saudáveis.

36. Sobre o tratamento do choque anafilático, assinale a alternativa correta.

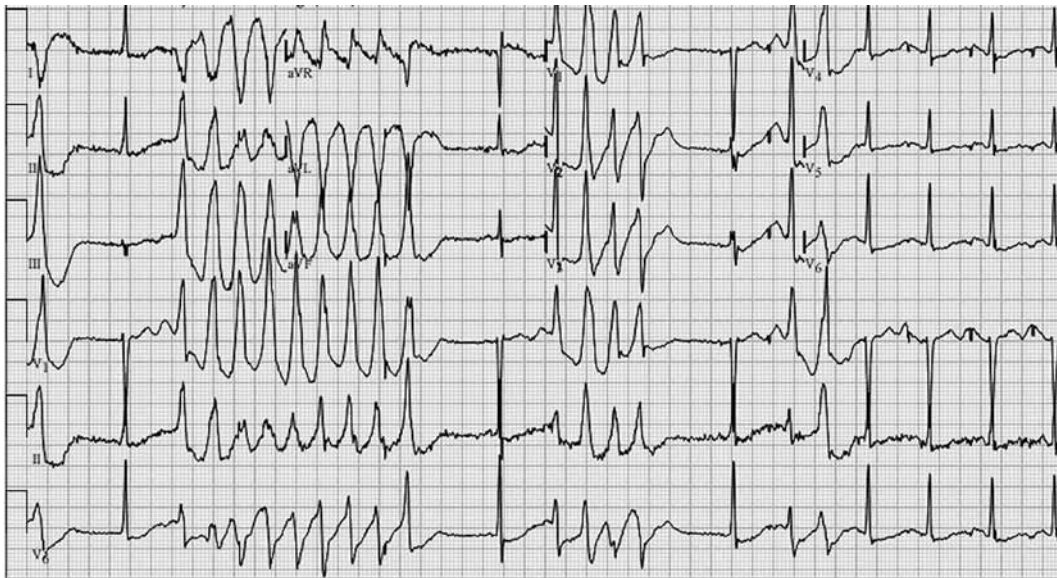
- (A) O anti-histamínico é o fármaco de primeira escolha, podendo ser usado isoladamente nos quadros iniciais.
- (B) A adrenalina deve ser administrada preferencialmente por via subcutânea, para reduzir risco de arritmias.
- (C) A dose de adrenalina é 0,01 mg/kg (máx. 0,5 mg), por via intramuscular no terço médio da coxa, podendo se repetir a cada 5 – 15 min se necessário.
- (D) Corticoide endovenoso é suficiente para reversão do quadro se administrado precocemente.
- (E) O broncoespasmo é tratado prioritariamente com salbutamol inalatório isolado, reservando adrenalina para hipotensão refratária.

37. Paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, politrauma, com traumatismo crânio encefálico grave, chega à sala de emergência trazido pelo serviço de resgate com escala de coma de Glasgow de 5, com pupilas anisocóricas e hipertensão intracraniana (PIC = 28 mmHg) no monitor, associado a PA: 150 × 90 mmHg e FC: 122 bpm.

Qual é a intervenção terapêutica imediata?

- (A) Hiperventilação agressiva (PaCO₂ 25 – 30 mmHg) por 15 minutos.
- (B) Infundir soro hipertônico 3% 250 mL em 30 minutos.
- (C) Administrar propofol em bolo para reduzir demanda metabólica cerebral.
- (D) Elevar a cabeceira do leito para 45°.
- (E) Solicitar angiografia cerebral.

38. Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, em uso de sertralina por transtorno depressivo e amiodarona por antecedente de extrassístolia ventricular, chega ao pronto atendimento com história de síncope há 10 minutos, apresentando PA: 110 × 70 mmHg e SatO₂: 96% aa. Realizou-se o eletrocardiograma a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual é a conduta nesse caso?

- (A) Realizar cardioversão elétrica assincronizada imediatamente com 200 J bifásicos.
- (B) Iniciar lidocaína 1,5 mg/kg IV devido à suspeita de TV sensível a antiarrítmicos de classe IB.
- (C) Administrar sulfato de magnésio 2 g IV em bolus e preparar cardioversão elétrica sincronizada.
- (D) Suspender amiodarona e iniciar isoproterenol para aumentar a frequência cardíaca.
- (E) Administrar betabloqueador endovenoso para encurtar o intervalo QT.

39. Segundo as diretrizes da Global Initiative for Asthma (GINA), qual achado clínico indica intubação orotraqueal imediata na crise asmática?

- (A) Sibilos intensos bilateralmente.
- (B) Hipocapnia persistente na gasometria arterial.
- (C) Silêncio auscultatório com alteração de nível de consciência ou exaustão respiratória.
- (D) PaO_2 levemente reduzida e pulsus paradoxus.
- (E) FC elevada com sudorese fria, mas boa saturação.

40. Na reanimação cardiorespiratória pediátrica (RCP) com ritmo não chocável (assistolia/atividade elétrica sem pulso), qual sequência de prioridades e medicação representa o manejo inicial conforme as diretrizes?

- (A) Checar via aérea avançada antes das compressões; em seguida, administrar adrenalina 0,1 mg/kg intramuscular a cada 3 – 5 minutos.
- (B) Iniciar compressões de alta qualidade com relação 15:2 para dois socorristas após 1 minuto de RCP, acionar ajuda, ventilar com bolsa-válvula-máscara, administrar adrenalina 0,01 mg/kg IV/IO a cada 3 – 5 minutos e reavaliar ritmo a cada 2 minutos.
- (C) Priorizar atropina em todos os ritmos não chocáveis e evitar adrenalina nas primeiras rodadas.
- (D) Realizar desfibrilação empírica a 2 J/kg, pois há chance de fibrilação ventricular oculta.
- (E) Administrar amiodarona 5 mg/kg após a primeira reavaliação de ritmo, apesar de não ser chocável.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 41 e 42:

Homem, 34 anos de idade, portador de asma desde a infância, chega à emergência com dispneia intensa, fala entrecortada e uso evidente de musculatura acessória. Relata início do quadro há cerca de 3 horas, sem melhora após várias nebulizações domiciliares com salbutamol. Ao exame físico: PA: 135 × 85 mmHg; FC: 128 bpm; FR: 36 irpm; SpO_2 : 88% em ar ambiente. Murmúrio vesicular muito reduzido bilateralmente, com sibilos difusos e fala monossilábica. Gasometria arterial: pH: 7,33; PaCO_2 : 47 mmHg; PaO_2 : 62 mmHg; HCO_3^- : 23. Após três nebulizações sequenciais com β_2 -agonista e ipratrópio, permanece com dispneia grave, uso de musculatura acessória e dificuldade para falar.

41. Qual deve ser a conduta imediata e prioritária nesse momento?

- (A) Administrar corticoide oral e observar resposta nas próximas 2 horas antes de qualquer outra intervenção.
- (B) Iniciar antibiótico empírico, pois infecção bacteriana é a principal causa de exacerbação asmática grave.
- (C) Iniciar magnésio sulfato intravenoso (2 g em 20 minutos) associado a oxigenoterapia suplementar, manter β_2 e anticolinérgico e preparar suporte avançado caso evolua com fadiga ou hipercapnia crescente.
- (D) Iniciar ventilação mecânica invasiva imediata, pois a $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg indica falência ventilatória.
- (E) Utilizar sedativo leve para reduzir ansiedade e melhorar padrão ventilatório, mantendo monitorização.

42. Mesmo após tratamento otimizado, o paciente evolui com rebaixamento do nível de consciência e bradipneia, necessitando intubação orotraqueal (IOT). Após IOT e ventilação mecânica, as pressões de pico estão elevadas (> 50 cmH₂O), e o capnograma mostra hipercapnia persistente (PaCO_2 : 70 mmHg), com auto-PEEP visível. O ventilador está em volume controlado, VC: 6 mL/kg; FR: 20 irpm; PEEP: 8 cmH₂O; FiO_2 : 60%.

Qual deve ser o ajuste ventilatório inicial para reduzir o risco de barotrauma e hiperdistensão dinâmica nesse paciente?

- (A) Aumentar PEEP para 12 cmH₂O e FR para 25 irpm, para reduzir PaCO_2 rapidamente.
- (B) Reduzir o volume corrente para 4 mL/kg e elevar a FR para manter volume-minuto.
- (C) Aumentar FiO_2 e volume corrente para corrigir hipercapnia e hipoxemia simultaneamente.
- (D) Reduzir a frequência respiratória e aumentar o tempo expiratório (relação I:E \geq 1:3), aceitando hipercapnia permissiva, com o objetivo de minimizar auto-PEEP e hiperdistensão.
- (E) Mudar para modo pressão controlada com PEEP zero para eliminar o aprisionamento aéreo.

43. Em relação à hipocalcemia aguda grave, assinale a alternativa correta quanto à abordagem diagnóstica e terapêutica inicial.

- (A) A manifestação clínica típica é bradicardia e hipotermia; o tratamento inicial é reposição oral de cálcio e vitamina D.
- (B) A tetania e o prolongamento do intervalo QT refletem instabilidade neuromuscular e cardíaca; a conduta inclui gluconato de cálcio 10% em infusão lenta IV com monitorização cardíaca contínua.
- (C) O cálcio ionizado deve ser evitado como parâmetro diagnóstico, pois sofre variação com o pH e não é confiável em emergências.
- (D) O tratamento deve ser adiado até correção completa do magnésio sérico, pois reposição simultânea aumenta o risco de arritmia.
- (E) A reposição de cálcio IV está contraindicada em pacientes em uso de diurético tiazídico devido ao risco de hipercalcemia.

44. Paciente portador de cirrose alcoólica Child-Pugh C chega à emergência com hematêmese volumosa e sinais de instabilidade hemodinâmica. Após reposição volêmica inicial e início de octreotídeo EV, é realizada endoscopia digestiva alta, que evidencia varizes esofágicas sangrantes com sangramento ativo, não controlado por ligadura elástica imediata. O exame laboratorial mostra INR: 3,0.

Qual deve ser a próxima conduta imediata para controle do sangramento?

- (A) Realizar tamponamento com balão de Sengstaken-Blakemore imediatamente.
- (B) Transfundir plasma fresco congelado (PFC) 15 mL/kg para corrigir INR.
- (C) Usar apenas vitamina K IV, pois PFC pode aumentar volume e piorar sangramento.
- (D) Iniciar dabigatrana para prevenir trombose portal.
- (E) Administrar complexo protrombínico concentrado (CPC) e vitamina K endovenosa.

45. Paciente chega ao pronto-socorro com midríase bilateral, pele seca, rubor, taquicardia sem arritmia associada e confusão mental. História de uso de antialérgico e antidepressivo tricíclico.

Qual é o mecanismo fisiopatológico predominante e o tratamento indicado?

- (A) Bloqueio muscarínico periférico e central; manejo com fisostigmina IV.
- (B) Bloqueio nicotínico central; uso de benzodiazepínico IV e atropina.
- (C) Ativação adrenérgica direta; usar bloqueador alfa seletivo para reduzir taquicardia.
- (D) Inibição colinésterásica; manejo com pralidoxima e atropina.
- (E) Liberação excessiva de dopamina; usar antipsicótico de primeira geração.

46. Paciente do sexo masculino, 64 anos de idade, portador de hipertensão arterial com hipertrofia ventricular e função ventricular esquerda preservada, chega à emergência com dispneia intensa, sudorese e ortopneia iniciadas há 1 hora. Ao exame físico: PA: 220 × 120 mmHg, FC: 110 bpm, FR: 34 irpm, SatO₂: 86% em ar ambiente. Murmúrio vesicular presente com estertores difusos até ápices, ritmo cardíaco regular com B3 audível, sem sopros. Eletrocardiograma: taquicardia sinusal, sem isquemia aguda.

Qual é a conduta inicial?

- (A) Iniciar noradrenalina em infusão contínua e diurético de alça IV para restaurar perfusão renal.
- (B) Intubar e ventilar mecanicamente imediatamente, pois a hipoxemia indica falência respiratória iminente.
- (C) Iniciar nitrato endovenoso em infusão titulada, associado a furosemida IV e ventilação não invasiva com pressão positiva.
- (D) Evitar vasodilatadores pela hipertensão grave e administrar betabloqueador IV para reduzir a pós-carga.
- (E) Administrar solução salina isotônica para expandir volume intravascular e otimizar o débito cardíaco.

47. Paciente de 6 anos de idade é trazido à emergência com febre alta há 12 horas, vômitos e sonolência progressiva. Mãe refere que surgiram manchas vermelhas que não desaparecem à pressão há 2 horas.

Ao exame físico: letárgico, PA: 70 × 40 mmHg, FC: 150 bpm, SatO₂: 94%, extremidades frias e tempo de enchimento capilar de 5 segundos. Lesões purpúricas disseminadas em tronco e membros. Glicemia: 78 mg/dL. Sem sinais meníngeos clássicos.

Qual é a conduta imediata e prioritária?

- (A) Iniciar antibiótico empírico após punção lombar, se não houver sinais de hipertensão intracraniana.
- (B) Coletar hemocultura e esperar resultado antes de iniciar antimicrobiano, devido à rápida progressão da doença.
- (C) Considerar dengue hemorrágica até prova em contrário, pois o exantema é indistinguível no início, com expansão volêmica e vasopressores, adiando punção lombar até estabilização.
- (D) Solicitar TC de crânio antes de antibiótico e expansão, para excluir abscesso cerebral.
- (E) Iniciar antibioticoterapia empírica imediata (ceftriaxona EV) e suporte hemodinâmico agressivo.

48. A crise tireotóxica é uma emergência endócrina potencialmente fatal, decorrente da liberação súbita e exacerbada de hormônios tireoidianos.

Em relação à fisiopatologia, ao diagnóstico e ao tratamento da crise tireotóxica, assinale a alternativa correta.

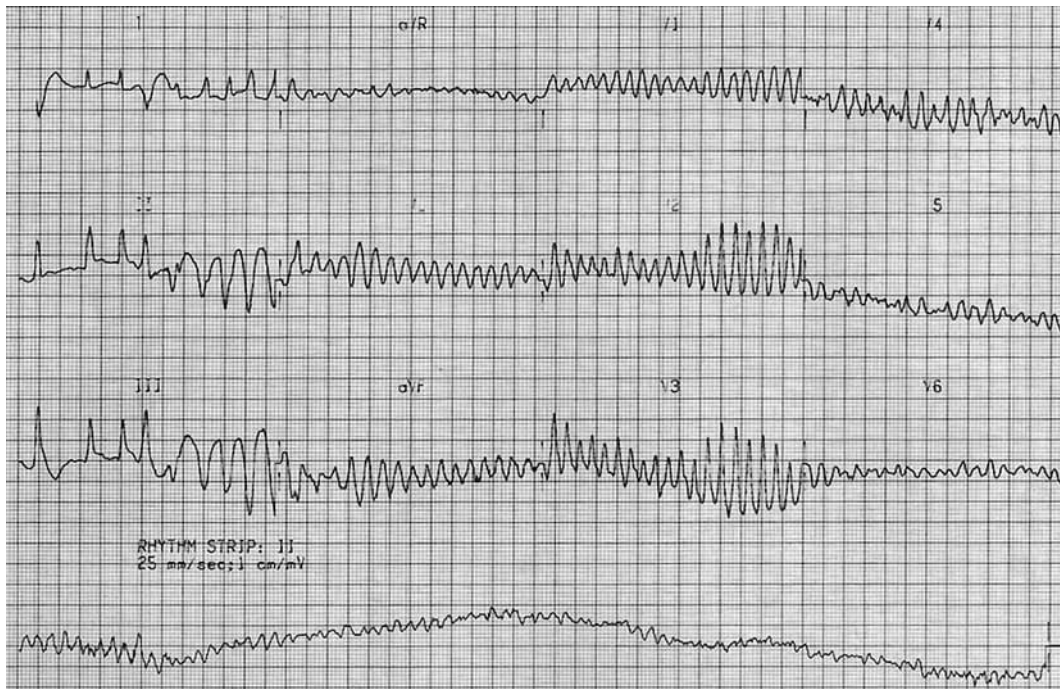
- (A) O diagnóstico é laboratorial, definido pela elevação abrupta de T3 e T4 e redução proporcional do TSH, independentemente de manifestações clínicas.
- (B) A administração de iodo deve preceder o antitireoidiano para bloquear imediatamente a liberação hormonal e reduzir a conversão periférica de T4 em T3.
- (C) A elevação de catecolaminas circulantes contribui para hipertermia e taquiarritmia, razão pela qual o uso precoce de betabloqueadores é parte essencial da abordagem inicial.
- (D) O metimazol é preferido ao propiltiouracil na fase aguda, pois, além de inibir a organificação do iodo, reduz também a conversão periférica de T4 em T3.
- (E) O uso de corticoides é contraindicado na crise tireotóxica, pois pode agravar a imunossupressão e piorar o quadro infeccioso precipitante.

49. Menina de 4 anos de idade, previamente hígida, teve crise convulsiva tônico-clônica generalizada por 4 minutos após febre de 39,2 °C em casa. Chega ao pronto atendimento, trazida pelo SAMU, com acompanhamento da avó materna, e apresenta-se sonolenta, mas despertável, FC: 128 bpm, SpO₂: 97%, sem sinais meníngeos, exame neurológico sem déficits. Glicemia normal. Radiografia e eletrólitos normais.

Qual a conduta adequada nesse momento?

- (A) Iniciar fenitoína para prevenção secundária imediata.
- (B) Midazolam endovenosa para impedir recorrência.
- (C) Observação e controle da febre, sem benzodiazepínicos.
- (D) Tomografia computadorizada de crânio na urgência.
- (E) Punção lombar com pesquisa de vírus.

50. Paciente de 59 anos de idade, previamente hipertenso, colapsa durante visita hospitalar de parente internado e é levado à sala de emergência. Ao chegar, está inconsciente, sem pulso e com respiração agônica. O eletrocardiograma realizado na urgência apresenta-se a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

A equipe inicia manobras de reanimação cardiopulmonar de alta qualidade e realiza o primeiro choque, sem retorno de circulação espontânea. Compressões são retomadas imediatamente.

Qual é o próximo passo indicado segundo o algoritmo atual de reanimação cardiopulmonar?

- (A) Administrar atropina antes do próximo choque.
- (B) Realizar nova análise de ritmo imediatamente após o choque.
- (C) Administrar amiodarona 300 mg após o primeiro choque.
- (D) Realizar 2 minutos de RCP antes de nova análise e próximo choque.
- (E) Iniciar dopamina em infusão contínua durante as compressões.

