



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
ESTADO DE SÃO PAULO

CONCURSO PÚBLICO

047. PROVA OBJETIVA

MÉDICO PLANTONISTA CLÍNICO

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 40 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.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

CONHECIMENTOS GERAIS

LÍNGUA PORTUGUESA

Leia o texto para responder às questões de 01 a 10:

Cuidar de quem cuida

Responder a uma pergunta várias vezes, lidar com uma crise de agressividade e insistir para que o ente querido se almente ou tome banho. Esses são alguns dos desafios enfrentados por brasileiros que assumem a tarefa de cuidar de um familiar idoso com demência. Na sua maioria, são mulheres, mas há também homens, filhos e filhas ou netos e netas, que se dedicam àqueles que precisam de ajuda, compreensão e afeto.

Não raro, o peso dessa rotina implica angústia, estresse e depressão, com o adoecimento de toda a família. Para atenuar esse sofrimento, o Ministério da Saúde traz a boa notícia de que está desenvolvendo um protocolo de terapia em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, de São Paulo. Batizado de Estratégias para Cuidadores em Demência (Escada), o projeto-piloto é uma adaptação do protocolo britânico *Start*. Ou seja, foi testado e aprovado.

O Hospital Oswaldo Cruz treina agentes comunitários que replicam o protocolo junto dos cuidadores, que passam por oito sessões, com suporte psicológico, nas quais aprendem técnicas de manejo do estresse. O projeto está em andamento em Vitória (ES), Manaus (AM), Chapecó (SC), Teresina (PI), Cuiabá (MT), Guarapuava (PR) e Benevides (PA).

Os cuidadores são estimulados a refletir sobre o que é a demência e como a sobrecarga do cuidado pode impactar a sua saúde; a reconhecer os padrões de comportamento do idoso e o seu próprio comportamento para evitar gatilhos e reações negativas ou impulsivas; a fortalecer a comunicação com a pessoa com demência e com outros membros da família; a evitar a solidão; a resgatar pequenos prazeres; e a planejar o futuro. Não menos importante, há técnicas de relaxamento, com exercícios de respiração, meditação e alongamento.

O autocuidado, enfim, entrou na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS). Já não era sem tempo, haja vista que, segundo o *Relatório Nacional sobre a Demência: Epidemiologia, (Re)Conhecimento e Projeções Futuras*, divulgado pelo Ministério da Saúde em setembro do ano passado, 8,5% da população com 60 anos ou mais convive com a demência. São nada menos do que 1,8 milhão de brasileiros idosos nessa condição. Para piorar, projetam-se 5,7 milhões de pessoas com demência na terceira idade até 2050.

Tais números mostram que o projeto Escada é mais do que bem-vindo. Com o avanço da expectativa de vida do brasileiro, essa é uma política pública necessária. Oxalá seu teste seja um sucesso e, em breve, essa iniciativa seja replicada por todo o SUS, em todo o país. Só assim serão garantidas saúde mental e qualidade de vida àqueles que cuidam dos seus e precisam cuidar de si mesmos.

(Editorial, Disponível em: <https://www.estadao.com.br/opiniaio>, 02.11.2025. Adaptado)

01. De acordo com o editorial, o projeto-piloto Escada tem como finalidade

- (A) afastar os cuidadores de suas atribuições profissionais para que possam especializar-se nos cuidados aos idosos com demência, participando de oito sessões contínuas, com atendimento psicológico.
- (B) oferecer às famílias que têm um idoso com demência serviços de atendimento especializado, tanto para o doente quanto aos demais familiares, evitando sobrecarga à saúde física e emocional das pessoas.
- (C) estabelecer um protocolo para os cuidadores de idosos, de tal forma que essas pessoas se dediquem ao próprio cuidado, evitando danos à saúde física e mental decorrentes da rotina vivenciada.
- (D) revisar os protocolos de cuidados com as pessoas idosas com demência, porque o número de idosos é alto atualmente e projetam-se 5,7 milhões de pessoas com demência na terceira idade até 2050.
- (E) aliar as atribuições de cuidados da família com idoso com demência às dos cuidadores, para que não haja, para nenhuma das partes, sobrecarga de tarefas, evitando-se, assim, angústia, estresse e depressão.

02. Analisando-se os dados apresentados no texto, conclui-se corretamente que a quantidade de idosos com demência no Brasil é

- (A) alta, mas não há previsão de aumento nas próximas décadas.
- (B) alta, e há previsão de aumento nas próximas décadas.
- (C) baixa, e não há previsão de aumento nas próximas décadas.
- (D) inexpressiva, mas tende a aumentar nas próximas décadas.
- (E) baixa, e há previsão de que diminua nas próximas décadas.

03. Com a frase do 5º parágrafo “Já não era sem tempo...”, o editorial manifesta, em relação ao projeto-piloto Escada, seu ponto de vista
- (A) favorável, apresentando, em seguida, a justificativa para o seu posicionamento.
 - (B) contrário, apresentando, em seguida, os argumentos para a sua oposição.
 - (C) de dúvida, apresentado, em seguida, os seus possíveis pontos negativos.
 - (D) favorável, apresentando, em seguida, as sugestões para a sua implementação.
 - (E) contrário, apresentando, em seguida, as consequências nefastas de sua implementação.
04. O termo destacado está empregado em sentido próprio em:
- (A) Esses são alguns dos **desafios** enfrentados por brasileiros que assumem a tarefa de cuidar de um familiar idoso com demência. (1º parágrafo)
 - (B) Não raro, o **peso** dessa rotina implica angústia, estresse e depressão, com o adoecimento de toda a família. (2º parágrafo)
 - (C) **Batizado** de Estratégias para Cuidadores em Demência (Escada), o projeto-piloto é uma adaptação do protocolo britânico *Start*. (2º parágrafo)
 - (D) Os cuidadores são estimulados a refletir sobre o que é a demência e como a sobrecarga do cuidado pode **impactar** a sua saúde... (4º parágrafo)
 - (E) Só assim serão garantidas **saúde** mental e qualidade de vida àqueles que cuidam dos seus e precisam cuidar de si mesmos. (6º parágrafo)
05. Sem prejuízo ao sentido do texto, na passagem do 2º parágrafo “**Não raro**, o peso dessa rotina **implica** angústia, estresse e depressão, com o adoecimento de toda a família. Para **atenuar** esse sofrimento, o Ministério da Saúde traz a boa notícia de que está desenvolvendo um protocolo de terapia...”, as expressões podem ser substituídas, correta e respectivamente, por:
- (A) Eventualmente; envolve; analisar.
 - (B) Intermitentemente; acaba; abrandar.
 - (C) Ocasionalmente; reforça; dissipar.
 - (D) Frequentemente; acarreta; amenizar.
 - (E) Habitualmente; promove; eliminar.
06. O motivo por que se empregam as vírgulas na passagem do 3º parágrafo “O projeto está em andamento em Vitória (ES), Manaus (AM), Chapecó (SC), Teresina (PI), Cuiabá (MT), Guarapuava (PR) e Benevides (PA).” também se aplica às passagens:
- (A) ... o peso dessa rotina implica angústia, estresse e depressão... (2º parágrafo) / Ou seja, foi testado e aprovado. (2º parágrafo)
 - (B) ... mas há também homens, filhos e filhas ou netos e netas... (1º parágrafo) / ... com exercícios de respiração, meditação e alongamento. (4º parágrafo)
 - (C) Para atenuar esse sofrimento, o Ministério da Saúde traz a boa notícia... (2º parágrafo) / Oxalá seu teste seja um sucesso e, em breve, essa iniciativa seja replicada... (6º parágrafo)
 - (D) ... que replicam o protocolo junto dos cuidadores, que passam por oito sessões, com suporte psicológico... (3º parágrafo) / Para piorar, projetam-se 5,7 milhões de pessoas com demência... (5º parágrafo)
 - (E) O autocuidado, enfim, entrou na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS). (5º parágrafo) / Com o avanço da expectativa de vida do brasileiro, essa é uma política pública necessária. (6º parágrafo)
07. Considere a frase a seguir:
- Na sua maioria, são mulheres, mas _____ também homens, filhos e filhas ou netos e netas, que se entregam ao zelo _____ que _____ de ajuda, compreensão e afeto.
- Em conformidade com a norma-padrão, as lacunas da frase devem ser preenchidas, respectivamente, com:
- (A) existe ... àqueles ... necessitam
 - (B) é comum ... por aqueles ... anseiam
 - (C) são comuns ... naqueles ... reclamam
 - (D) se flagram ... para aqueles ... clamam
 - (E) existem ... daqueles ... carecem
08. Considerando-se o emprego do acento indicativo da crase e a concordância nominal, em conformidade com a norma-padrão, na frase do 6º parágrafo “Só assim serão garantidas saúde mental e qualidade de vida **àqueles** que cuidam dos seus e precisam cuidar de si **mesmos**.”, as expressões destacadas podem ser substituídas, respectivamente, por:
- (A) à qualquer pessoa ... próprios
 - (B) à pessoas ... próprios
 - (C) à quem ... próprio
 - (D) à quem ... próprios
 - (E) às pessoas ... próprias

09. Na passagem do 1º parágrafo "... e insistir para que o **ente** querido se alimente ou tome banho.", a expressão destacada faz uma alusão a uma pessoa da família. Outro termo que remete à ideia de família está corretamente destacado em:
- (A) ... e como a sobrecarga do cuidado pode impactar a **sua** saúde... (4º parágrafo)
- (B) ... àqueles que cuidam dos **seus** e precisam cuidar de si mesmos. (6º parágrafo)
- (C) ... **que** replicam o protocolo junto dos cuidadores... (3º parágrafo)
- (D) ... **essa** é uma política pública necessária. (6º parágrafo)
- (E) Na **sua** maioria, são mulheres, mas há também homens... (1º parágrafo)
10. De acordo com a norma-padrão, a passagem do 6º parágrafo "Tais números mostram que o projeto Escada é mais do que bem-vindo. Com o avanço da expectativa de vida do brasileiro, essa é uma política pública necessária." admite a seguinte reescrita:
- (A) Tais números mostram que iniciativas como o projeto Escada é mais do que bem-vindo. Devido o avanço da expectativa de vida do brasileiro, essa é uma política pública necessária.
- (B) Tais números mostram que iniciativas como o projeto Escada é mais do que bem-vinda. Em virtude do avanço da expectativa de vida do brasileiro, essa é uma política pública necessária.
- (C) Tais números mostram que iniciativas como o projeto Escada são mais do que bem-vindas. Devido ao avanço da expectativa de vida do brasileiro, essa é uma política pública necessária.
- (D) Tais números mostram que iniciativas como o projeto Escada são mais do que bem-vindo. Por causa do avanço da expectativa de vida do brasileiro, essa é uma política pública necessária.
- (E) Tais números mostram que iniciativas como o projeto Escada são mais do que bem-vindas. Em virtude ao avanço da expectativa de vida do brasileiro, essa é uma política pública necessária.
11. Um estado brasileiro enfrenta dificuldades financeiras para manter hospitais regionais de média e alta complexidade. Como alternativa, o governo estadual propôs concentrar esses serviços em um único hospital de referência, localizado na capital, argumentando que a medida permitiria reduzir custos e otimizar a qualidade do atendimento, por meio da concentração de recursos tecnológicos e humanos especializados.
- Considerando as diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS), a proposta apresentada
- (A) contraria os princípios de descentralização e integralidade ao restringir o acesso a serviços especializados e concentrar decisões e recursos em um único território.
- (B) segue o princípio da participação social, uma vez que propõe mudanças estruturais a partir da avaliação técnica da Secretaria Estadual de Saúde.
- (C) promove a equidade ao garantir que pacientes de todas as regiões recebam o mesmo tipo de atendimento, em um serviço tecnicamente mais qualificado.
- (D) está de acordo com a diretriz de hierarquização, pois define um nível superior de atenção responsável por todos os casos complexos do estado.
- (E) fortalece a regionalização, ao permitir que os fluxos de referência e contrarreferência sejam centralizados em um serviço único, facilitando o controle da rede.
12. Um município de médio porte deixou de realizar as reuniões periódicas do seu Conselho Municipal de Saúde e não apresentou o Relatório Anual de Gestão nos últimos dois anos. Mesmo assim, a gestão local solicitou o repasse fundo a fundo de recursos federais para custeio das ações de Atenção Primária, alegando que o recurso é necessário para a execução das políticas públicas.
- Considerando as disposições da Lei Federal nº 8.142/1990, a situação descrita
- (A) está de acordo com a legislação, pois a ausência do conselho não impede o recebimento de recursos, uma vez que os serviços de saúde estão em funcionamento.
- (B) apenas exige correção formal, podendo o município receber os recursos e regularizar as suas pendências ao final do ciclo de 4 anos de gestão.
- (C) não fere a lei, pois as transferências intergovernamentais entre governo federal e município são automáticas e independem da participação social na gestão do sistema.
- (D) é irregular, uma vez que o funcionamento do conselho de saúde e a elaboração dos relatórios de gestão são condições necessárias para as transferências de recursos.
- (E) configura infração administrativa apenas se o município deixar de aplicar os recursos na Atenção Primária, não havendo relação direta com o controle social.

13. De acordo com a Lei Federal nº 8.142/1990, qual é a principal diferença entre os conselhos de saúde e as conferências de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (A) Os conselhos tratam de políticas locais, e as conferências discutem a implementação de programas federais.
- (B) Os conselhos reúnem gestores e usuários, e as conferências reúnem apenas representantes da esfera da gestão.
- (C) Os conselhos levantam as necessidades de saúde da população, e as conferências analisam o orçamento público.
- (D) Os conselhos atuam de forma permanente e deliberativa, enquanto as conferências são periódicas, avaliam a situação de saúde e propõe diretrizes.
- (E) Os conselhos e as conferências têm a mesma função de controle social, diferindo-se apenas pela sua periodicidade.

14. Durante a década de 1970, o sistema de saúde brasileiro era fortemente vinculado ao modelo previdenciário, no qual apenas os trabalhadores com carteira assinada tinham acesso à assistência médica financiada pelo Estado, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Considerando esse contexto histórico, qual foi uma das principais motivações para o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira?

- (A) Ampliar o número de hospitais da iniciativa privada conveniados com o sistema previdenciário.
- (B) Criar novos planos contributivos de saúde, que incluíssem também trabalhadores informais.
- (C) Romper com o modelo excludente vigente, propondo um sistema público universal.
- (D) Melhorar a eficiência administrativa do INAMPS, por meio de maior controle orçamentário.
- (E) Estabelecer parcerias público-privadas para ampliar gradualmente a cobertura assistencial.

15. Em 2024, o município Alfa registrou uma taxa de mortalidade infantil de 15 por mil nascidos vivos, enquanto o município Beta apresentou taxa de 10 por mil.

Com base nesses dados, é correto afirmar que

- (A) o município Beta apresenta menor risco de morte infantil ao nascer, indicando melhores condições de assistência pré-natal.
- (B) o município Alfa apresenta melhores condições de saúde infantil, pois tem maior número de nascimentos.
- (C) o município Beta apresenta piores condições de saúde infantil, pois o número total de óbitos até 1 ano é maior.
- (D) o município Alfa tem menor risco de morte no primeiro ano de vida em comparação ao município Beta.
- (E) o município Beta apresenta menor risco de morte no primeiro ano de vida, indicando melhores condições de saúde infantil.

16. Um programa municipal de saúde da mulher desenvolve as seguintes ações:

1. vacinação contra o HPV em adolescentes;
2. rastreamento do câncer de colo do útero por meio do exame citopatológico (Papanicolau);
3. definição de rastreamento na faixa etária e periodicidade conforme as recomendações do Ministério da Saúde;
4. acesso e seguimento clínico garantido para pacientes diagnosticadas com câncer invasor.

Com base nos níveis de prevenção em saúde, essas ações correspondem, respectivamente, a:

- (A) Promoção à saúde, secundária, terciária e quaternária.
- (B) Prevenção primária, secundária, quaternária e terciária.
- (C) Prevenção primária, secundária, terciária e quaternária.
- (D) Prevenção secundária, secundária, terciária e quaternária.
- (E) Prevenção secundária, secundária, quaternária e terciária.

17. Uma enfermeira da Atenção Primária atende uma criança com febre baixa e exantema, com história de contato recente com pessoas de outra cidade, onde há surto de sarampo. Sabendo que o município em que reside a criança não registra casos há mais de dez anos, a profissional decide aguardar a confirmação laboratorial antes de informar ao médico.

Com base nas normas do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, a conduta da enfermeira foi

- (A) correta, pois apenas o médico responsável pelo atendimento e diagnóstico pode realizar a notificação.
- (B) correta, pois a notificação deve ocorrer apenas após confirmação laboratorial, evitando registros falsos.
- (C) correta, porque o sarampo é de notificação semanal, devendo ser comunicado após o resultado do exame.
- (D) incorreta, pois a notificação deve ser imediata nesse caso e pode ser feita por qualquer profissional de saúde.
- (E) incorreta, pois a notificação é obrigatória para qualquer tipo de exantema de início agudo em crianças

18. Em determinado município, os usuários têm buscado o pronto atendimento como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. As unidades básicas apresentam baixa resolutividade, alta rotatividade de profissionais e pouca integração com os serviços de média e alta complexidade. Diante desse cenário, a Secretaria Municipal de Saúde decide ampliar as equipes da Estratégia Saúde da Família e investir na qualificação dos processos de cuidado.

Com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a principal finalidade dessa medida é

- (A) fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde.
- (B) desafogar os serviços de urgência e pronto atendimento, garantindo maior agilidade nos serviços hospitalares.
- (C) ampliar a Atenção Primária à Saúde como estratégia de diversificação da oferta assistencial para a população do município.
- (D) fortalecer a Atenção Primária como mecanismo de triagem e encaminhamento rápido para os níveis secundário e terciário.
- (E) reforçar a atuação da Atenção Primária em casos menos complexos, para direcionar o cuidado de doenças crônicas na alta complexidade.

19. Em um hospital público, a direção decide restringir a presença de acompanhantes durante a internação de pacientes adultos, alegando que a medida “melhora o fluxo de trabalho da equipe e reduz o risco de infecções hospitalares”. A decisão gera desconforto entre pacientes e familiares.

Com base nos princípios do Programa Nacional de Humanização (PNH), a medida adotada pela direção hospitalar

- (A) é coerente com o PNH, desde que a equipe garanta visitas diárias e informações médicas atualizadas aos familiares.
- (B) está em conformidade com o PNH, já que a autonomia das instituições é prioridade para garantir os melhores desfechos para o usuário.
- (C) é aceitável, uma vez que a humanização deve se adaptar às normas administrativas e contexto de cada serviço de saúde.
- (D) está adequada, pois prioriza a segurança do paciente e a eficiência operacional, objetivos centrais do HumanizaSUS.
- (E) é inadequada, pois fere o princípio da corresponsabilidade, que valoriza a presença do acompanhante e o vínculo entre usuários, trabalhadores e gestão.

20. Uma prefeitura elabora um plano de saúde municipal que inclui ações de segurança alimentar e promoção de práticas de atividade física. Durante a apresentação, um vereador questiona se essas iniciativas realmente pertencem ao campo de atuação do setor saúde, já que muitas delas envolvem outras secretarias municipais.

Com base na Lei Federal nº 8.080/1990, é correto afirmar que tais ações

- (A) são complementares, cabendo ao SUS apenas apoiar tecnicamente sua execução quando solicitado.
- (B) integram o campo de atuação do SUS, pois a saúde depende de políticas intersetoriais que atuem sobre seus determinantes.
- (C) pertencem exclusivamente ao setor de assistência social, pois não envolvem serviços de atenção à saúde.
- (D) devem ser executadas apenas após a garantia de cobertura integral dos serviços de atenção primária.
- (E) não fazem parte das competências do SUS, pois a lei limita sua atuação à proteção e recuperação da saúde.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

21. Homem, 47 anos, previamente hígido, é admitido no pronto atendimento após apresentar hematêmese volumosa enquanto jantava. Relata que, nos últimos 3 meses, vinha percebendo astenia progressiva, perda de 6 kg e episódios de epistaxe espontânea, que atribuía ao clima seco. Nega doenças prévias, mas refere uso frequente de anti-inflamatórios não esteroidais por dor lombar crônica. Na avaliação inicial, encontra-se pálido, sudorético e confuso. PA: 86 x 54 mmHg; FC: 132 bpm; FR: 24 ipm; SpO₂: 95% em ar ambiente. Extremidades frias, enchimento capilar 4 segundos. Abdome doloroso em epigástrio, sem visceromegalias palpáveis. Ausculta pulmonar sem alterações. Foram puncionados dois acessos periféricos e coletados exames, cujos resultados iniciais foram: Hb: 6,8 g/dL; Ht: 21%; Plaquetas: 38.000/mm³; TAP prolongado (INR 1,9); TTPA prolongado; Fibrinogênio: 98 mg/dL; D-dímero: > 10.000 ng/mL; Creatinina: 1,8 mg/dL (prévia desconhecida); Transaminases discretamente elevadas; Gasometria: acidose metabólica leve. Enquanto aguarda transfusão, o paciente apresenta novo episódio de hematêmese em grande volume, evoluindo com piora do rebaixamento do nível de consciência e queda da PA para 72 x 40 mmHg.

Considerando o quadro clínico, a hipótese fisiopatológica predominante e a conduta imediata adequada, além de transfusão de hemácias, que representa a intervenção prioritária é

- (A) iniciar droga vasoativa e transferir o paciente diretamente para a sala de endoscopia.
- (B) iniciar omeprazol em bomba de infusão e solicitar endoscopia urgente.
- (C) administrar vitamina K intravenosa.
- (D) administrar crioprecipitado e plasma fresco congelado por provável coagulação intravascular disseminada.
- (E) iniciar protocolo de choque séptico, incluindo antibióticos e corticoide EV.

22. Mulher, 28 anos, procura o pronto atendimento com história de gastroenterite, há 48 horas, com mais de 12 episódios de diarreia aquosa, nas últimas 24 horas, e vômitos frequentes. Refere que não consegue ingerir líquidos adequadamente. Nas últimas 6 horas, percebeu piora importante do mal-estar, tontura ao levantar e redução importante do volume urinário. Exame físico: Estado geral: prostrada, olhos encovados e mucosas muito secas; PA: 92 x 58 mmHg em repouso, reduzindo para 78 x 52 mmHg ao se sentar; FC: 126 bpm; FR: 20 irpm; Temperatura: 37,1 °C. Enchimento capilar: 4 segundos. Turgor cutâneo diminuído. Ausculta: sem alterações. Abdome: ruídos hidroaéreos aumentados. Laboratório inicial: Sódio: 150 mEq/L; Potássio: 3,1 mEq/L; Creatinina: 1,6 mg/dL; Gasometria com alcalose metabólica leve; Hematócrito discretamente elevado.

Considerando o quadro clínico, qual a conduta inicial apropriada no manejo dessa paciente?

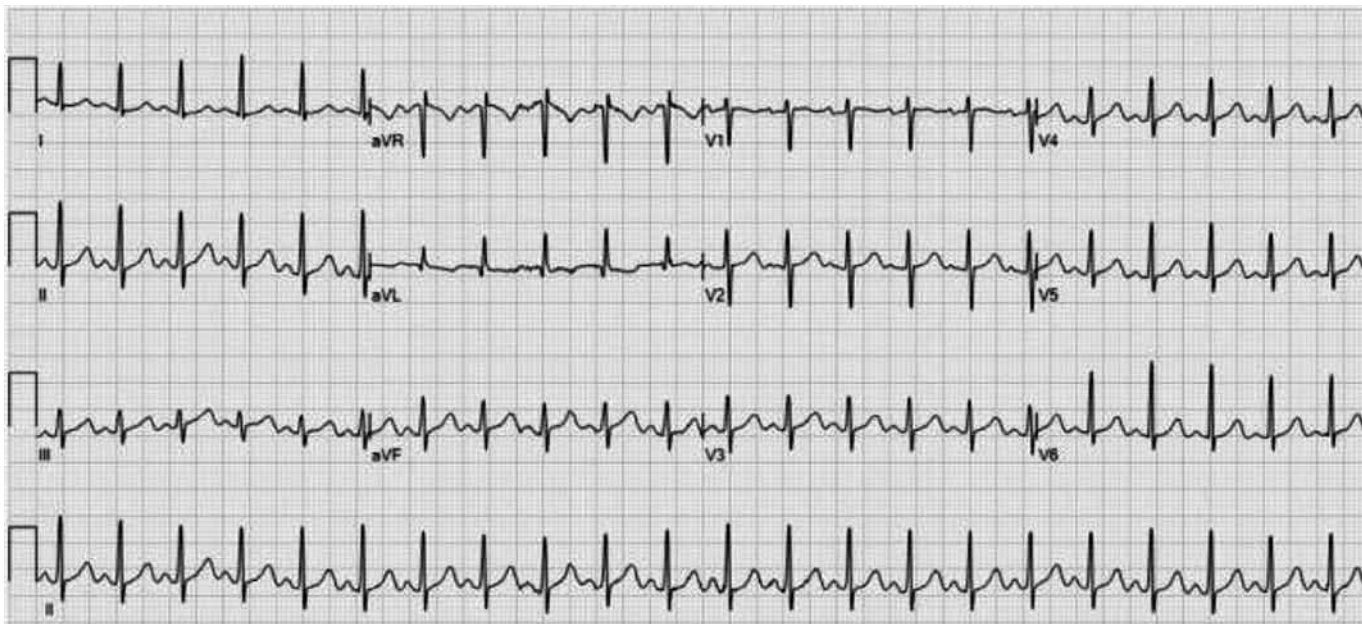
- (A) Suspende hidratação até correção do potássio sérico.
- (B) Iniciar solução glicosada 5% em infusão lenta.
- (C) Administrar solução fisiológica 0,9% em *bolus* rápido.
- (D) Administrar reposição oral exclusiva.
- (E) Iniciar Ringer Lactato com infusão lenta e monitorização.

23. Homem de 62 anos, portador de linfoma difuso de grandes células B, iniciou seu primeiro ciclo de quimioterapia há 36 horas. Ele chega ao pronto atendimento por apresentar náuseas intensas, vômitos, dor abdominal difusa e sensação de fraqueza generalizada. Relata que, desde a noite anterior, urinou pouco, apesar de estar tentando manter boa hidratação oral, conforme recomendado pelo oncologista. No exame físico: Estado geral: cansado, mas orientado; PA: 104 x 66 mmHg; FC: 112 bpm; FR: 22 irpm; SpO₂: 96% em ar ambiente. Sem sinais de congestão pulmonar. Abdome levemente doloroso, sem peritonismo. Extremidades perfundidas, sem edema, e sem sinais de desidratação grave. Os exames laboratoriais mostram: Potássio: 6,3 mEq/L; Fósforo: 6,8 mg/dL; Cálcio: 7,1 mg/dL; Ácido úrico: 12,7 mg/dL; Creatinina: 2,1 mg/dL (basal 1,0 mg/dL); DHL: 2.100 U/L; ECG: ondas T apiculadas difusas. A oncologia já havia prescrito hidratação endovenosa, nas primeiras 24 horas após a quimioterapia, com adesão parcial. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável, porém com clara piora da função renal e distúrbios metabólicos graves.

Considerando o quadro clínico e laboratorial, qual é a conduta prioritária apropriada nesse momento, além da administração de gluconato de cálcio?

- (A) Administrar alopurinol e ampliar hidratação endovenosa.
- (B) Administrar diurético para estimular diurese.
- (C) Indicar hemodiálise imediata por injúria renal aguda.
- (D) Iniciar rasburicase e manter hidratação vigorosa EV.
- (E) Restringir potássio e fósforo da dieta e reavaliar em 12 horas.

24. Homem, 71 anos, hipertenso, diabético e com histórico de infarto do miocárdio prévio, chega ao pronto atendimento com dispneia súbita, há 40 minutos, acompanhada de ortopneia intensa e sensação de sufocamento. Estava em repouso quando iniciou o quadro. Faz uso irregular de enalapril e furosemida há meses. Na chegada, apresenta-se extremamente ansioso, sentado e apoiado nos braços. Avaliação inicial: PA: 198 x 112 mmHg; FC: 128 bpm; FR: 32 irpm; SpO₂: 86% em ar ambiente. Perfusão periférica preservada. Estertores bolhosos difusos até metade dos campos pulmonares. Não há sinais de choque. Turgência jugular leve. Ausculta cardíaca: B3 audível. Extremidades sem edema importante. Gasometria arterial em O₂ por cateter 3 L/min: pH: 7,31; pCO₂: 32 mmHg; pO₂: 54 mmHg; HCO₃: 16 mEq/L; Lactato normal. Radiografia de tórax: congestão pulmonar acentuada e aumento leve da área cardíaca. O ECG está ilustrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com base no quadro clínico e na imagem apresentados, é correto afirmar que a conduta inicial apropriada, nesse momento, é

- (A) iniciar ventilação não invasiva associada a nitrato EV.
 - (B) administrar furosemida VO como primeira medida.
 - (C) administrar nitroglicerina oral e manter O₂ em cateter.
 - (D) realizar intubação orotraqueal imediata.
 - (E) administrar morfina EV como primeira droga para alívio do quadro.
25. Um homem de 34 anos, previamente hígido, é trazido ao pronto atendimento após apresentar cefaleia intensa há 24 horas, descrita como a “pior da vida”, associada a múltiplos episódios de vômitos em jato. Nas últimas 6 horas, evoluiu com sonolência progressiva e dificuldade para manter a atenção. A companheira relata que o paciente vinha utilizando analgésicos em excesso nas últimas semanas devido a dor cervical após uma queda leve durante atividade física, mas não procurou serviço médico na época. Na admissão: Glasgow: 13 (abertura ocular = 3, resposta verbal = 4, resposta motora = 6). Pupilas isocóricas, porém com resposta lenta à luz; PA: 158 x 98 mmHg; FC: 58 bpm; FR: 20 irpm; SpO₂: 98% em ar ambiente. Fundoscopia: borramento difuso de bordas papilares. Rigidez de nuca ausente. Sinais de lateralização ausentes. Após a admissão e avaliação inicial o paciente apresenta piora do nível de consciência (Glasgow 10) e episódio de bradicardia (48 bpm) com elevação da pressão arterial para 170 x 100 mmHg. Uma tomografia de crânio é solicitada antes de punção lombar, mas ainda não foi realizada.

Diante da principal suspeita diagnóstica, a conduta imediata apropriada no atendimento inicial é

- (A) remover 500 mL de LCR por punção lombar.
- (B) administrar solução hipotônica (SG 5%).
- (C) sedar profundamente o paciente e proceder à intubação sem sequência rápida.
- (D) elevar a cabeceira, otimizar ventilação e administrar manitol EV como medida inicial.
- (E) iniciar corticoide EV.

26. Homem, 29 anos, portador de diabetes *mellitus* tipo 1 desde os 17 anos, é trazido ao pronto atendimento por sua namorada devido a quadro de fraqueza intensa, náuseas, dor abdominal difusa e respiração ofegante com início na manhã do mesmo dia. Ela relata que o paciente havia interrompido o uso de insulina basal, há 3 dias, porque acreditou que estava “comendo pouco demais” devido a uma virose. Depois disso, evoluiu com poliúria, polidipsia e perda acentuada de peso. Na avaliação de admissão: Estado geral: sonolento, porém despertável; Glasgow: 14; PA: 102 x 64 mmHg; FC: 124 bpm; FR: 28 irpm, respiração profunda e ruidosa; SpO₂: 97% em ar ambiente; Temperatura: 37,4 °C. Pele seca, turgor diminuído. Halitose cetótica evidente. Abdome: dor difusa à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais iniciais: Glicemia: 458 mg/dL; pH arterial: 7,09; HCO₃: 8 mEq/L; pCO₂: 22 mmHg; Potássio: 4,9 mEq/L; Sódio: 132 mEq/L; Cetonas séricas fortemente positivas; Lactato: 1,9 mmol/L; Creatinina: 1,4 mg/dL. Foi puncionado acesso venoso calibroso e iniciada monitorização. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável.

Diante desse quadro, a primeira intervenção terapêutica apropriada é

- (A) administrar insulina regular em *bolus* seguido de infusão contínua.
- (B) administrar bicarbonato de sódio EV.
- (C) iniciar reposição volêmica vigorosa com solução fisiológica 0,9%.
- (D) repor potássio imediatamente.
- (E) iniciar solução glicosada 5%.

27. Paciente de 58 anos, sexo masculino, portador de cirrose hepática alcoólica Child-Pugh C, é trazido ao pronto atendimento pela família após apresentar sonolência progressiva nas últimas 12 horas. Relatam que, no dia anterior, ele teve dois episódios de vômitos alimentares e que, desde então, recusou a maior parte das refeições. Também mencionam que ele vinha apresentando fezes escurecidas nos últimos dias. Exame físico na admissão: Estado geral: sonolento, desperta ao estímulo verbal intenso; Glasgow: 13; PA: 102 x 68 mmHg; FC: 98 bpm; FR: 20 irpm; SpO₂: 97%; pupilas isocóricas e reativas; Ictericia 2+/4+. Aranhas vasculares em tórax. Abdome globoso, com sinal do piparote positivo. Presença de asterixis ao estender as mãos. Sem sinais de meningismo ou sinais neurológicos focais. Resultados laboratoriais iniciais: Hemoglobina: 8,2 g/dL; Sódio: 128 mEq/L; Potássio: 4,1 mEq/L; amônia plasmática elevada; Bilirrubina total: 5,1 mg/dL; INR: 1,9; Creatinina: 1,3 mg/dL; Glicemia: 108 mg/dL; a gasometria arterial mostra pH: 7,42 e pCO₂: 34 mmHg.

Considerando o quadro clínico exposto, assinale a alternativa que apresenta a intervenção prioritária após monitorização e estabilização inicial.

- (A) Administrar solução salina hipertônica para correção rápida da hiponatremia.
- (B) Administrar benzodiazepínico de curta ação para reduzir agitação potencial.
- (C) Iniciar antibiótico de amplo espectro como conduta primária.
- (D) Realizar paracentese diagnóstica imediata antes de qualquer medida.
- (E) Iniciar lactulose, por via enteral, e ajustar dose até obter 2–3 evacuações diárias.

28. Um homem de 63 anos, em acompanhamento por adenocarcinoma de pulmão metastático, chega ao pronto atendimento com queixa de cefaleia difusa e contínua, há três semanas, acompanhada de náuseas matinais e episódios frequentes de desequilíbrio ao caminhar. Nos últimos cinco dias, a família notou que ele começou a apresentar dificuldade intermitente para movimentar o lado direito do rosto ao sorrir e episódios de visão dupla quando mudava o foco de longe para perto. Ele relata também sensação de “choques elétricos” ao flexionar o pescoço. No exame físico, encontra-se consciente e orientado, porém com marcha instável. Há paresia do nervo facial direito e leve paresia do abducente esquerdo. O restante do exame neurológico é simétrico. Sinais meníngeos são discretos. Tomografia de crânio realizada na admissão não evidencia massas expansivas ou hidrocefalia marcante.

Nesse caso, após o atendimento inicial e estabilização, qual é o exame apropriado para confirmar a suspeita diagnóstica sugerida pelo quadro?

- (A) Eletroencefalograma.
- (B) Ressonância magnética de crânio sem contraste.
- (C) Tomografia de crânio com contraste.
- (D) Radiografia de coluna cervical.
- (E) Análise do Líquor com citologia seriada.

29. Homem de 72 anos, hipertenso e com fibrilação atrial não anticoagulada, é trazido ao pronto atendimento após apresentar início súbito de dificuldade para falar e fraqueza no braço e perna direitos, enquanto almoçava com a família. Chegou ao hospital cerca de 55 minutos após o início dos sintomas. A esposa relata que ele vinha mantendo níveis pressóricos mais elevados, nas últimas semanas, e que havia esquecido as últimas doses da medicação para controle da frequência cardíaca. Na admissão, está consciente, porém com dificuldade para articular palavras e seguir comandos complexos. Apresenta desvio de rima labial para a esquerda, queda do braço direito ao teste de força e diminuição da força na perna direita. PA: 184 x 102 mmHg; FC: 112 bpm em ritmo irregular e a glicemia capilar: 128 mg/dL. Não há sinais de trauma, convulsão ou febre. Foi realizada tomografia de crânio sem contraste que não mostra hemorragia.

Considerando o quadro clínico e os achados iniciais, qual deve ser a próxima conduta apropriada?

- (A) Administrar antiagregante plaquetário imediatamente.
- (B) Avaliar critérios de elegibilidade e proceder à trombólise endovenosa.
- (C) Reduzir a pressão arterial para 140 x 80 mmHg antes de qualquer outra medida.
- (D) Iniciar anticoagulação plena devido à fibrilação atrial.
- (E) Repetir a tomografia, em 6 horas, para avaliar a evolução.

30. Homem, 67 anos, com histórico de adenocarcinoma de próstata, tratado há três anos, e doença óssea metastática conhecida, procura o pronto atendimento relatando dor lombar progressiva nos últimos dez dias. Descreve a dor como profunda, constante e que piora ao se deitar, acordando-o várias vezes durante a madrugada. Nas últimas 48 horas, notou dificuldade crescente para caminhar e sensação de fraqueza nas pernas, especialmente ao tentar subir degraus. Menciona ainda episódios de formigamento em ambas as coxas e dificuldade para controlar a micção desde a manhã do atendimento. No exame físico, apresenta marcha instável e fraqueza grau 4 na extensão dos joelhos, além de dorsiflexão dos pés. A sensibilidade tátil está diminuída na face anterior das coxas, e há hiperreflexia patelar bilateral. O toque retal mostra tônus esfíncteriano reduzido. Pulsos periféricos presentes e simétricos. Sem febre ou sinais de infecção sistêmica. Os exames laboratoriais iniciais mostram função renal preservada, hemograma sem alterações relevantes e cálcio discretamente elevado (10,8 mg/dL). A radiografia simples da coluna lombar evidencia colapso parcial do corpo vertebral de L2.

Diante desse quadro clínico, qual a intervenção inicial apropriada enquanto se aguarda exame avançado de imagem?

- (A) Administrar anti-inflamatório não esteroide.
- (B) Iniciar corticosteroide sistêmico.
- (C) Solicitar fisioterapia motora imediata.
- (D) Prescrever analgésicos opioides.
- (E) Manter hidratação venosa agressiva.

31. Mulher, 36 anos, previamente hígida, é trazida ao pronto atendimento após apresentar um episódio súbito de perda de consciência enquanto conversava com colegas no trabalho. Testemunhas relatam que ela caiu da cadeira, apresentou rigidez generalizada, seguida de abalos tônico-clônicos, por aproximadamente dois minutos, com liberação de saliva espumosa e leve mordedura de língua. Após o evento, permaneceu confusa e sonolenta por cerca de 20 minutos. Na chegada ao hospital, encontra-se mais desperta, porém desorientada no tempo, e com cefaleia intensa. Nega uso de drogas recreativas ou novos medicamentos. Refere apenas uma infecção respiratória alta há cerca de uma semana. Na avaliação inicial: PA: 128 x 82 mmHg; FC: 104 bpm; temperatura: 37,8 °C; glicemia capilar: 102 mg/dL. O exame neurológico mostra lentificação psicomotora e discreta dificuldade de nomeação, mas sem déficits motores localizados. Pupilas simétricas e reativas. Ausência de sinais meníngeos. Foram realizados alguns exames iniciais no pronto atendimento: Sódio: 132 mEq/L; Potássio: 4,3 mEq/L; Magnésio: 1,7 mg/dL; Hemograma sem alterações relevantes. A tomografia de crânio sem contraste não revelou hemorragia ou lesões expansivas. A paciente permanece estável, porém ainda com leve sonolência e sem novo episódio convulsivo.

Considerando o quadro e o momento atual do atendimento, qual é a próxima conduta apropriada?

- (A) Solicitar punção lombar de líquido.
- (B) Liberar a paciente para casa com orientação de retorno se ocorrer nova crise.
- (C) Iniciar anticonvulsivante de manutenção por tempo indeterminado.
- (D) Prescrever benzodiazepínico de longa duração.
- (E) Administrar solução hipertônica.

32. Uma jovem de 22 anos, previamente saudável, é avaliada no pronto atendimento após episódio de desmaio durante apresentação acadêmica. Ela relata que estava em pé há vários minutos, sentiu calor súbito, tontura, visão escurecida e náuseas antes de perder a consciência. Colegas afirmam que ela caiu lentamente, sem rigidez corporal ou movimentos anormais, e recuperou-se em cerca de 30 segundos, acordando pálida, mas orientada. No hospital, encontra-se afebril, hidratada e sem queixas. PA: 108 x 70 mmHg em repouso, com leve queda para 96 x 68 mmHg ao se levantar; FC: passa de 78 para 102 bpm na ortostase. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Ausência de déficit neurológico. Glicemia capilar normal. Relata que dormiu mal na noite anterior, não tomou café da manhã e estava bastante ansiosa com a apresentação. Não usa medicamentos e não há história familiar de morte súbita.

Com base no relato apresentado, é correto afirmar que a conduta apropriada, nesse momento, é

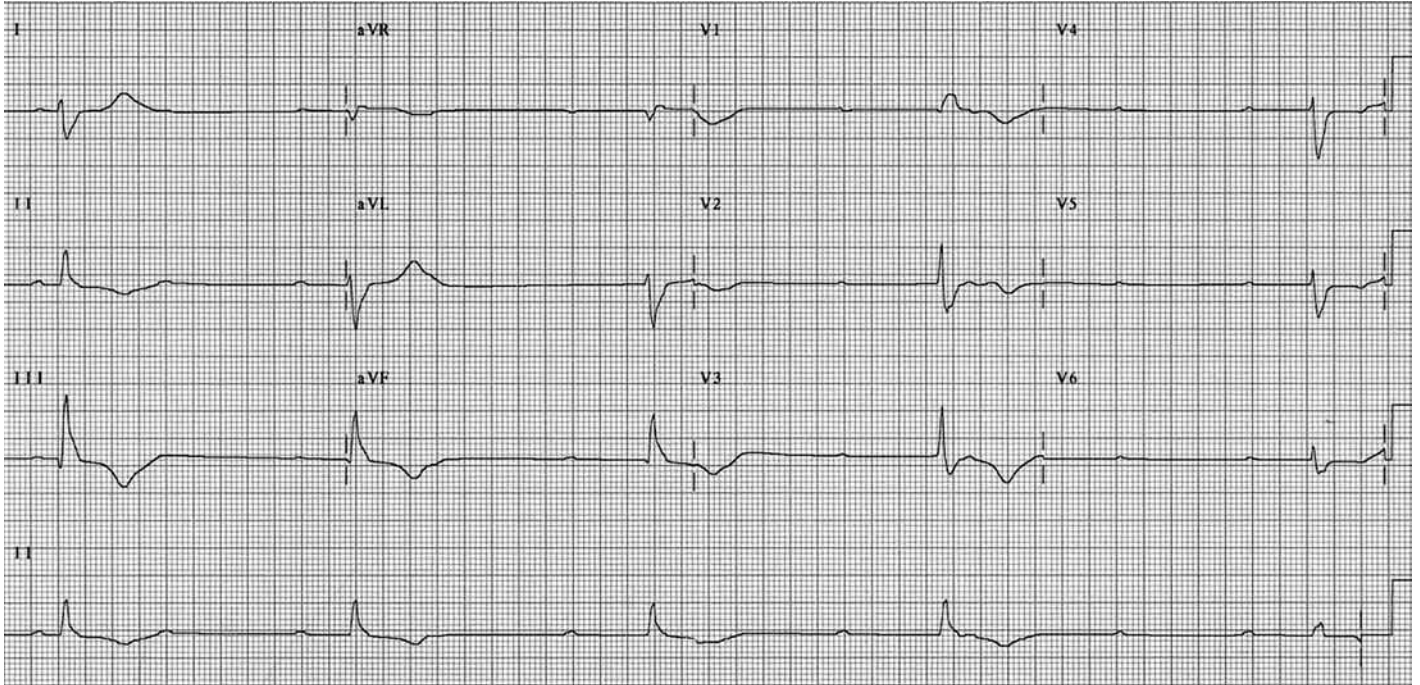
- (A) solicitar tomografia de crânio antes da alta.
- (B) indicar monitorização em unidade de internação por 24 horas.
- (C) orientar hidratação, alimentação regular e medidas de prevenção de síncope vasovagal.
- (D) iniciar betabloqueador para evitar recorrência.
- (E) solicitar ressonância cardíaca para descartar cardiopatia estrutural oculta.

33. Uma mulher de 68 anos, portadora de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e doença pulmonar obstrutiva crônica avançada, é trazida ao pronto atendimento pela filha devido a perda progressiva de peso nos últimos três meses. Segundo a filha, a paciente “está minguando”, perdeu mais de 10 kg, no período, e tem comido muito pouco, afirmando sentir-se sem apetite e cansada até para mastigar. Ela refere fraqueza intensa ao se levantar da cama, episódios frequentes de tontura ao caminhar e incapacidade de realizar tarefas simples, como tomar banho sem ajuda. Nos últimos dias, passou a ficar grande parte do tempo na cama, despertando em geral prostrada. No exame físico, está muito emagrecida, com musculatura temporal visivelmente atrofada, clavículas proeminentes e perda de massa muscular em membros inferiores. PA: 96 x 62 mmHg; FC: 108 bpm; FR: 22 irpm e SpO₂: 94% em repouso. A mucosa oral encontra-se seca, e há discreto edema maleolar bilateral. Está consciente, mas responde de forma lenta e monotônica. A filha relata que não há febre, diarreia ou vômitos. Não há sinais de processo infeccioso ativo no exame.

Considerando esse cenário, qual a conduta inicial apropriada?

- (A) Introduzir benzodiazepínico à noite para melhora do padrão de sono.
- (B) Prescrever estimulante de apetite e liberar a paciente para acompanhamento ambulatorial.
- (C) Iniciar corticoterapia sistêmica para ganho de apetite rápido.
- (D) Avaliar risco nutricional e iniciar suporte nutricional precoce associado a investigação das causas da piora funcional.
- (E) Indicar suplementação proteica isolada e reavaliar após duas semanas.

34. Um homem de 74 anos, hipertenso e coronariopata, é levado ao pronto atendimento após episódio de tontura intensa seguido de queda ao tentar levantar-se da cama pela manhã. A família relata que ele vinha se queixando de fadiga incomum, nos últimos dois dias, e que, na noite anterior, apresentou breve mal-estar indiscriminado, mas recusou atendimento. Ele usa betabloqueador e nitrato diariamente e nega mudanças recentes na dosagem. Na chegada, encontra-se pálido, com sudorese fria e ligeiramente confuso. PA: 82 x 58 mmHg e respiração regular. Não há sinais de trauma decorrente da queda. A ausculta cardíaca revela ritmo bradicárdico, sem sopros evidentes. Os pulsos são fracos, porém palpáveis, e a perfusão periférica está reduzida. A glicemia capilar está normal. Potássio: 4,2 mEq/L, colhido rapidamente na triagem. O paciente mantém-se hipotenso, apesar de reposição volêmica inicial com cristalóide. O eletrocardiograma a seguir foi solicitado:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Diante dos dados e da imagem apresentados, é correto afirmar que a intervenção inicial apropriada é

- (A) iniciar estimulação elétrica transcutânea.
- (B) aumentar hidratação venosa e observar resposta hemodinâmica.
- (C) administrar atropina intravenosa como primeira medida.
- (D) suspender o betabloqueador e reavaliar após 30 minutos.
- (E) iniciar infusão de noradrenalina como conduta principal.

35. Homem, 61 anos, com antecedente de insuficiência cardíaca e tabagismo, é encontrado caído no quintal de casa pela esposa. Ela relata que ele estava cortando madeira quando, subitamente, deixou cair as ferramentas e caiu de joelhos antes de desabar completamente. Ao chegar ao lado dele, percebeu que estava inconsciente e não respondia a estímulos. A equipe de atendimento pré-hospitalar chega em seis minutos. O paciente está inconsciente, sem movimentos respiratórios visíveis e sem pulso central palpável. A pele está fria e há episódios esparsos de respiração irregular e ofegante. O monitor cardíaco mostra ritmo irregular com complexos ventriculares desorganizados, variando de ondas rápidas a traçados de baixa amplitude. São iniciadas compressões torácicas de alta qualidade. Após cerca de dois minutos de RCP, o ritmo é reavaliado e permanece desorganizado, sem complexos identificáveis. A equipe dispõe de desfibrilador, acesso venoso periférico e materiais básicos para via aérea, além de adrenalina.

Diante desse cenário, qual a intervenção imediata apropriada?

- (A) Iniciar amiodarona como primeira intervenção antes do próximo ciclo.
- (B) Administrar adrenalina e repetir após três minutos.
- (C) Intubar o paciente imediatamente para garantir via aérea avançada.
- (D) Realizar desfibrilação e retomar compressões imediatamente após o choque.
- (E) Interromper as compressões para checar pupilas e sinais de perfusão antes de definir a conduta.

36. Uma mulher de 69 anos, hipertensa e com diagnóstico conhecido de doença renal crônica estágio 3, procura o pronto atendimento após dois dias de vômitos frequentes e redução importante do volume urinário. Refere que mal conseguiu se alimentar e manteve baixa ingestão de líquidos. Encontra-se sonolenta, com mucosas secas e PA: de 92 x 58 mmHg. Exame de triagem laboratorial: Creatinina: 3,1 mg/dL (prévia: 1,6 mg/dL); ureia elevada. Não há febre nem sinais de infecção.

Nesse contexto, é correto afirmar que a conduta inicial apropriada é

- (A) iniciar diurético de alça em alta dose para estimular diurese.
- (B) solicitar ultrassom renal antes de qualquer intervenção.
- (C) administrar bicarbonato EV devido ao aumento da ureia.
- (D) prescrever dieta hipoproteica imediata e observar evolução.
- (E) repor volume com solução cristalóide isotônica.

37. Mulher de 54 anos, previamente saudável, procura o pronto atendimento após três dias de febre alta, calafrios intensos, prostração e queda acentuada do estado geral. Ela relata dor abdominal difusa, desde a manhã, e náuseas persistentes. Na admissão, Temperatura: 39,4 °C; FC: 122 bpm; PA: 98 x 62 mmHg e perfusão periférica lenta. A respiração está acelerada, com 24 incursões por minuto. O exame físico mostra paciente bastante comprometida, com mucosas secas, sensibilidade abdominal difusa sem sinais de irritação peritoneal e ausculta pulmonar sem alterações relevantes. Não há rigidez de nuca nem sinais de foco evidente. A glicemia capilar é 114 mg/dL.

Além da coleta de culturas, a conduta inicial apropriada, nesse momento, é

- (A) iniciar ressuscitação volêmica e antibiótico empírico de amplo espectro.
- (B) indicar corticoterapia.
- (C) solicitar tomografia de abdome antes de qualquer outra medida.
- (D) prescrever anti-inflamatório não esteroide e liberar para reavaliação.
- (E) administrar antitérmico e observar por resposta clínica.

38. Homem, 59 anos, hipertenso e obeso, procura o pronto atendimento após desenvolver dor intensa no pé direito há cerca de 24 horas. Ele relata que a dor começou de forma abrupta, durante a madrugada, a ponto de acordá-lo, e evoluiu rapidamente com aumento de volume no local e leve hiperemia. Está com dificuldade para caminhar e refere que até o toque do lençol causa desconforto importante. Há três semanas, iniciou tratamento com um diurético tiazídico para controle da pressão arterial. Há 1 dia, participou de um almoço com consumo maior de carne vermelha e bebidas alcoólicas. Não usa outros medicamentos e não tem história de trauma no pé. No exame físico, apresenta calor, edema e rubor importantes na região da articulação metatarsofalangeana do hálux direito, extremamente dolorosa à palpação. Temperatura corporal: 37,2 °C; PA: 132 x 82 mmHg e não há linfangite ou ferida aparente. Ele consegue mover o pé, mas com dor exacerbada. Foram colhidos alguns exames na avaliação inicial: Leucócitos discretamente elevados; PCR moderadamente aumentada e ácido úrico: 8,9 mg/dL.

Considerando o quadro clínico, o momento atual e que não há contraindicações formais para nenhum medicamento, qual a conduta apropriada?

- (A) Iniciar alopurinol.
- (B) Suspender o diurético e prescrever antibiótico.
- (C) Iniciar anti-inflamatório não esteroide em dose plena.
- (D) Realizar drenagem articular.
- (E) Administrar corticoide intramuscular.

39. Um homem de 46 anos, sem doenças conhecidas, é trazido pelo resgate após tentar conter um incêndio doméstico. Ao entrar no ambiente fechado para retirar um familiar, permaneceu exposto à chama direta e grande quantidade de fumaça por aproximadamente cinco minutos. Na chegada ao pronto atendimento, está consciente, porém agitado e com queixas de dor intensa no tórax e nos membros superiores. A pele do tórax anterior apresenta áreas extensas com aspecto esbranquiçado e perda de sensibilidade ao toque, intercaladas com regiões de eritema e bolhas rotas. Os antebraços mostram áreas circulares de escurecimento e rigidez, com pulsos radiais palpáveis, porém diminuídos em comparação ao membro inferior. Há fuligem ao redor da boca e no interior das narinas, além de ela apresentar rouquidão desde o momento do acidente. Sinais vitais: PA: 118 x 72 mmHg; FC: 128 bpm; FR: 28 irpm; SpO₂: 92% em O₂ por cateter nasal. Ele apresenta respiração ruidosa, com esforço evidente, e relata sensação de “aperto na garganta”. Não há outras lesões traumáticas evidentes. A equipe prepara acesso venoso periférico e mede pressão no compartimento do antebraço, encontrada discretamente elevada, porém sem sinais imediatos de síndrome compartimental instalada. A oximetria de pulso mostra oscilação entre 88% e 92%, sem melhora consistente com aumento do fluxo de oxigênio no cateter.

De acordo com o quadro descrito, qual é a intervenção prioritária nesse momento?

- (A) Realizar hidratação vigorosa com solução de Ringer Lactato calculada pelo método de Parkland.
- (B) Proceder à intubação orotraqueal precoce devido ao risco iminente de comprometimento da via aérea.
- (C) Solicitar gasometria arterial e radiografia de tórax antes de qualquer intervenção.
- (D) Indicar escarotomia imediata dos antebraços para prevenir síndrome compartimental.
- (E) Administrar analgesia potente e observar a evolução respiratória por mais 30 minutos.

40. Uma mulher de 43 anos, previamente saudável, procura o pronto atendimento após início súbito de falta de ar, enquanto subia escadas em seu trabalho. Ela relata que a dispneia não melhorou com repouso e está acompanhada de dor torácica lateral, que piora com a inspiração profunda. Há três semanas, fraturou o tornozelo e tem permanecido com imobilização e mobilidade limitada. Não faz uso de anticoagulantes e nega febre, tosse produtiva ou sintomas gripais. Na admissão, encontra-se ansiosa, taquipneica e pálida; FR: 26 irpm, SpO₂: 90%; FC: 18 bpm, PA: 118 x 76 mmHg. A ausculta cardíaca mostra taquicardia sem sopros, e a ausculta pulmonar apresenta murmúrio vesicular preservado, porém com dor à palpação torácica lateral direita. Alguns exames rápidos são realizados no setor: ECG: taquicardia sinusal; Gasometria: leve hipoxemia e hipocapnia; D-dímero: elevado. A paciente mantém-se hemodinamicamente estável, porém bastante dispneica. Não há sinais de pneumotórax ou infecção.

A partir do exposto, qual o próximo passo apropriado na condução desse caso?

- (A) Administrar apenas analgésico e observar por melhora espontânea.
- (B) Iniciar anticoagulação plena imediatamente, sem exames adicionais.
- (C) Solicitar radiografia de tórax e aguardar o resultado antes de prosseguir.
- (D) Indicar teste ergométrico por possível dor torácica de origem cardíaca.
- (E) Solicitar angiogramografia de artérias pulmonares.

