

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL N.º 03/2015 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 25

MÉDICO I (Emergência Adulto)

01.	D	11.	E	21.	A
02.	E	12.	C	22.	A
03.	B	13.	E	23.	ANULADA
04.	D	14.	A	24.	C
05.	A	15.	B	25.	E
06.	D	16.	B		
07.	A	17.	E		
08.	B	18.	A		
09.	D	19.	C		
10.	D	20.	C		

**EDITAL Nº 03/2015**
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)**MISSÃO**

Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.

PS 25 - MÉDICO I
(Emergência Adulto)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada

**FAURGS**
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____



- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão portar** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, prótese auditiva, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto. **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca textos, lapiseira/grafite e/ou borracha durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não serão permitidos: nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita Objetiva, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala de prova, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova, se for autorizado pela Coordenação do Prédio e estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica) e/ou o Caderno de Respostas, quando se tratar de prova dissertativa. Se assim não proceder, será excluído do Concurso. (Conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

01. No que se refere ao diagnóstico diferencial da icterícia, considere as afirmativas abaixo.

- I - Transaminases hepáticas significativamente elevadas (três a cinco vezes o seu valor normal) e amilase normal sugerem icterícia de origem hepatocelular (hepatite).
- II - Transaminases normais ou com pequena elevação (menor que duas vezes o seu valor normal), fosfatase alcalina elevada, bilirrubina direta maior que a indireta e amilase elevada sugerem icterícia por hemólise.
- III- A ultrassonografia pode ajudar no diagnóstico, principalmente, quando há suspeita de icterícia obstrutiva.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas III.
- (C) Apenas I e II.
- (D) Apenas I e III.
- (E) I, II e III.

02. Considere as afirmações abaixo em relação ao exame clínico da apendicite aguda.

- I - Sinal de Rovsing é observado quando a palpação do quadrante inferior esquerdo causa dor no quadrante inferior direito.
- II - Sinal de Psoas é indicativo de apêndice retrocecal, sendo percebido pelo aumento da dor na extensão posterior da coxa direita, com o paciente em decúbito lateral esquerdo.
- III- Dor à descompressão é indicativo de inflamação peritoneal, sendo um sinal tardio de apendicite.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

03. Paciente de 32 anos é trazido à Emergência por queixa de cefaleia, confusão mental e febre há um dia. Qual a melhor conduta a ser tomada nesse caso?

- (A) Se o paciente apresenta *deficit* neurológico focal, deve ser administrada dexametasona endovenosa (EV) antes de qualquer procedimento diagnóstico.
- (B) Se o paciente apresenta *deficit* neurológico focal, deve ser realizada tomografia de crânio e, se não houver sinal de lesão expansiva, punção lombar seguida de antibioticoterapia.
- (C) A tomografia de crânio deve ser realizada antes da punção lombar na suspeita de meningite.
- (D) Dexametasona EV é sempre indicada em casos suspeitos de meningite.
- (E) Trata-se de provável caso de meningite viral, não sendo indicada a realização de punção lombar.

04. Paciente de 35 anos comparece à Emergência com queixa de dor abdominal há dois dias, localizada em região epigástrica, sem fatores desencadeantes. A dor é descrita como constante parecendo, às vezes, "refletir nas costas". Sobre o caso, considere as afirmativas abaixo.

- I - Pancreatite é uma das hipóteses diagnósticas e, dentre os exames a solicitar, a dosagem sérica de lipase é importante, pois tem valor prognóstico.
- II - A presença de hipocalcemia é considerada fator de gravidade.
- III- Na pancreatite, a intensidade da dor não tem relação com a gravidade da doença.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas I e II.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

05. Assinale a alternativa **INCORRETA** sobre os distúrbios do equilíbrio ácido-base.

- (A) No tratamento da acidose metabólica em pacientes com diabetes, sempre é indicada a infusão de bicarbonato para compensação.
- (B) Acidose metabólica com ânion *gap* normal é frequente em pacientes com diarreia.
- (C) Acidose hiperclorêmica pode ocorrer em pacientes que receberam grandes quantidades de solução de NaCl 0,9%.
- (D) Acidose com ânion *gap* elevado é característico de cetoacidose diabética.
- (E) No tratamento da acidose respiratória crônica, deve-se evitar a correção da PaCO₂ para níveis normais pelo risco de alcalose, tolerando-se um pH levemente acidêmico.

06. Homem de 78 anos, com história de hipertensão arterial, chega à Emergência queixando-se de dispneia e palpitação. Frequência cardíaca: 150bpm, batimentos irregulares, pressão arterial: 80/50mmHg.

Assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais indicado para esse paciente.

- (A) Deslanosídeo 0,4mg IV.
- (B) Metoprolol 5mg IV.
- (C) Provas vagais.
- (D) Cardioversão elétrica.
- (E) Amiodarona 300mg IV.

07. Paciente feminina, 27 anos, queixa-se de forte cefaleia, de instalação abrupta, com cinco horas de evolução. Descreve a dor como holocraniana, latejante. Nega febre, nega cervicalgia, não apresenta entorpecimento, nega náusea ou vômitos, nega alterações da acuidade visual. Refere nunca ter apresentado cefaleia tão intensa. Ao exame, está apirética, sua pressão arterial é de 150/96mmHg, seu pulso de 90bpm e sua frequência ventilatória é 16mpm. As pupilas são isocóricas e fotorreagentes. A movimentação do pescoço provoca desconforto. Não há *deficit* em pares cranianos, a força nos membros está preservada, a sensibilidade inalterada. Realizou tomografia computadorizada (TC) de encéfalo não demonstrando anormalidades.

Qual é o diagnóstico mais provável e o próximo passo diagnóstico?

- (A) Hemorragia subaracnoidea; punção lombar.
- (B) Tumor cerebral; ressonância nuclear magnética de encéfalo.
- (C) Enxaqueca; teste terapêutico com sumatriptano ou diidroergotamina.
- (D) Meningite; punção lombar.
- (E) Cefaleia tensional; não é necessária investigação adicional.

08. Assinale a alternativa **INCORRETA** sobre dor torácica aguda.

- (A) A ruptura esofágica deve sempre ser considerada no diagnóstico diferencial, principalmente quando o paciente apresentar vômitos ou participar de atividades que possibilitem barotrauma sustentado.
- (B) O alívio com nitrato sublingual permite afastar com segurança a hipótese de espasmo esofágico por doença do refluxo gastroesofágico.
- (C) O exame complementar mais importante durante a avaliação inicial é o eletrocardiograma.
- (D) A etiologia mais comum de dor torácica não cardíaca é a musculoesquelética.
- (E) Um único eletrocardiograma normal não permite excluir a possibilidade de síndrome coronariana aguda.

09. Paciente de 16 anos, portadora de diabetes tipo I, foi encontrada pelos pais caída em seu quarto. Estava torporosa, não sendo possível a obtenção de uma história. Foi conduzida pelo SAMU ao Serviço de Emergência, recebendo o diagnóstico de cetoacidose diabética grave. Sua pressão arterial é de 80/35mmHg e sua frequência cardíaca é de 135bpm. O hemoglicoteste acusou glicemia acima do limite de detecção. O bicarbonato está em 4mEq/l e o potássio em 6mEq/l. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- (A) Infundir noradrenalina IV em bomba de infusão para manter a pressão arterial sistólica acima de 90mmHg e administrar *bolus* de insulina regular 0,2U/kg.
- (B) Administrar 10U de insulina por via intramuscular (IM) e hidratar com soro fisiológico a 250ml/h.
- (C) Administrar 10U de insulina IV e iniciar hidratação com soro fisiológico contendo KCl a 20mEq/l.
- (D) Administrar *bolus* de soro fisiológico e iniciar administração de insulina regular a 0,2U/kg, seguido de infusão contínua de 0,1U/kg/hora.
- (E) Realizar a cardioversão elétrica, seguida de infusão de insulina a 0,2U/kg/hora.

10. Paciente com 15 anos de idade, hígido previamente, é trazido à Emergência por quadro de edema de face e de membros inferiores, diminuição do volume urinário, lassidão, sonolência, náuseas, cefaleia e dispneia. Ao exame, além de edema periférico, foi constatada turgência jugular e crepitações nas bases pulmonares. Pressão arterial 196/116mmHg e FC 110bpm, SAT O₂ 93% em ar ambiente. Foram encaminhados exames de avaliação.

Qual a conduta terapêutica mais adequada neste momento?

- (A) Administrar furosemida endovenosa associada a inibidor da ECA via oral, a cada quatro horas, até normalização da pressão arterial.
- (B) Iniciar com nitroglicerina endovenosa e furosemida contínua até normalização da pressão arterial e melhora dos sintomas de congestão.
- (C) Iniciar nitroprussiato de sódio e buscar a normalização da pressão arterial em, no máximo, quatro horas.
- (D) Iniciar nitroprussiato de sódio e diminuir a pressão arterial média em 25% do valor inicial na primeira hora.
- (E) Iniciar esmolol endovenoso para controle da pressão arterial, pois existe a possibilidade de insuficiência renal, o que seria uma contraindicação relativa ao uso do nitroprussiato.

11. Considere as afirmações abaixo em relação ao tratamento da hipertensão arterial nos eventos cerebrovasculares.

- I - Paciente com AVC isquêmico agudo, não elegível ao tratamento com trombolítico, deve ter a pressão arterial reduzida apenas quando a pressão arterial sistólica > 220mmHg ou a pressão arterial diastólica > 120mmHg.
- II - Pacientes com AVC isquêmico agudo, submetidos à terapêutica trombolítica, devem ter sua pressão arterial mantida em níveis menores que 180/105mmHg por, pelo menos, 24 horas.
- III- Alguns autores recomendam manter a pressão arterial sistólica de paciente com hemorragia subaracnoide em níveis menores que 160mmHg.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

12. Paciente feminina, 40 anos, previamente hígida, participou de uma meia-maratona de rua, no verão. Hidratou-se com água antes da corrida e, durante a prova, ingeriu grande quantidade de água nos postos de hidratação e também no final da corrida (cerca de seis litros ao todo). Pouco tempo depois apresentou crise convulsiva.

Qual é a causa mais provável do distúrbio?

- (A) Epilepsia.
- (B) Acidente vascular encefálico.
- (C) Hiponatremia.
- (D) Hipernatremia.
- (E) Hipocalcemia.

Instrução: As questões **13** e **14** referem-se ao texto abaixo.

Homem, 50 anos, há uma semana com cefaleia e há dois dias com confusão mental. No momento da avaliação inicial, já com sensório rebaixado, apresenta escore de Glasgow 10. Ausência de vômitos ou diarreia. Atendido na Emergência, sua pressão arterial era 130/80mmHg, FC 56bpm. Exames laboratoriais mostram: ureia 20mg/dL, creatinina 0,9mg/dL, sódio 115mmol/L, potássio 3,6mmol/L. Tomografia mostrou edema cerebral difuso e tumoração cerebral de 4cm na região frontal direita.

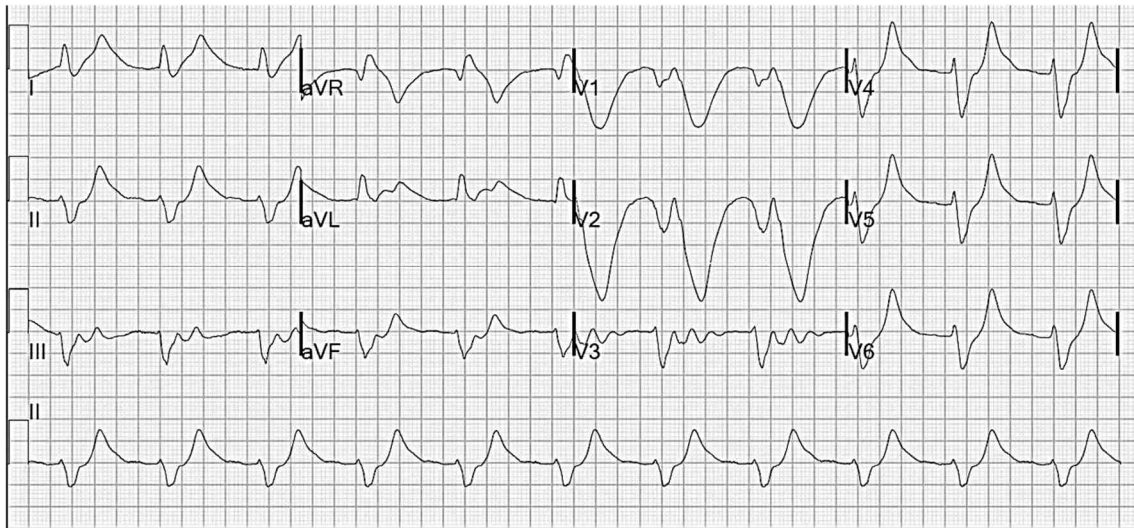
13. Qual é a causa provável da hiponatremia desse paciente?

- (A) Desidratação hipotônica.
- (B) Insuficiência adrenal.
- (C) Diabetes *insipidus* central.
- (D) Nefrite intersticial crônica.
- (E) Secreção inapropriada de hormônio antidiurético.

14. Com relação ao caso descrito acima, qual é a medida imediata a ser instituída?

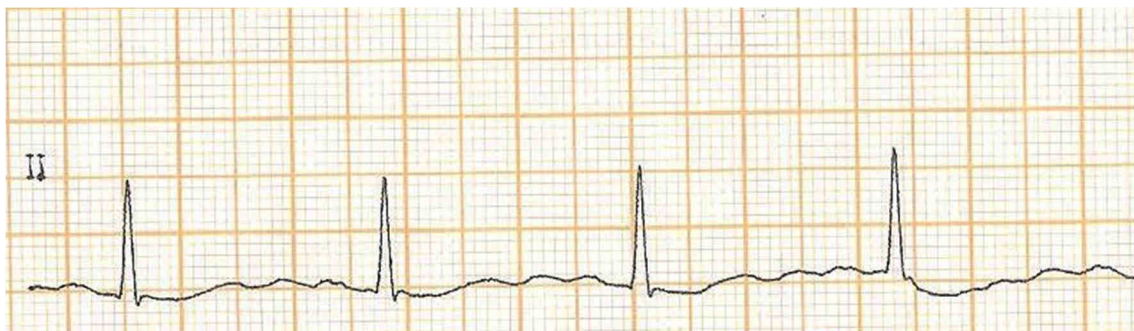
- (A) Sódio hipertônico a 3%, endovenoso.
- (B) Soro fisiológico a 0,9%.
- (C) Infusão de albumina.
- (D) Restrição hídrica.
- (E) Manitol em *bolus* a cada quatro horas.

- 15.** Paciente procura a Emergência com mal-estar inespecífico e fraqueza nos membros inferiores. Exames revelam potássio de 8,5mmol/L, e o ECG tem o seguinte traçado:



Qual a terapêutica mais adequada nesse caso?

- (A) Administrar um agente mineralocorticoide (fludrocortisona).
 (B) Gluconato de cálcio por via endovenosa.
 (C) Glicose com insulina por via endovenosa.
 (D) Bicarbonato de sódio por via endovenosa.
 (E) Nebulização com beta-agonista.
- 16.** Paciente portador de SIDA procura Emergência com história de diarreia profusa há três dias, extremamente fraco, com aperto no peito e parestesias nas mãos. O ECG pedido tem o seguinte traçado:



Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta subsequente.

- (A) Hipopotassemia – espironolactona.
 (B) Hipopotassemia – cloreto de potássio endovenoso.
 (C) Hiperpotassemia – gluconato de cálcio.
 (D) Angina – AAS e nitrato.
 (E) Acidose metabólica – bicarbonato endovenoso.

17. Paciente cardiopata isquêmico, diabético, com insuficiência renal crônica em tratamento conservador, com depuração da creatinina endógena (DCE) em torno de 30ml/min, vem à Emergência com quadro de angina instável. Indicado cateterismo cardíaco após estabilização do quadro anginoso. Com relação à prevenção da nefropatia por contraste, a medida mais eficiente a ser adotada é a administração de

- (A) solução a 0,45% antes do procedimento.
- (B) N-acetilcisteína por via oral antes do procedimento.
- (C) N-acetilcisteína por via endovenosa antes do procedimento.
- (D) manitol e furosemida após receber o contraste.
- (E) solução fisiológica antes do procedimento.

18. São sinais de Pneumotórax hipertensivo, **EXCETO**:

- (A) hipertensão.
- (B) turgência jugular, cianose.
- (C) murmúrio vesicular ausente do lado afetado.
- (D) hipertimpanismo à percussão do lado afetado.
- (E) desvio contralateral da traqueia.

19. Qual é o manejo farmacológico inicial de escolha para asma aguda exarcebada?

- (A) Corticoide por via endovenosa.
- (B) Atropina.
- (C) Beta-adrenérgico inalatório.
- (D) Beta-adrenérgico subcutâneo.
- (E) Sulfato de magnésio EV.

20. Paciente masculino, 60 anos, DM 2, HAS, chega à Emergência com quadro de sudorese e náuseas. Eletrocardiograma evidencia infarto agudo do miocárdio de parede inferior. Paciente evolui com hipotensão arterial, turgência jugular e ausculta pulmonar limpa. Essa evolução sugere

- (A) tamponamento cardíaco.
- (B) embolia pulmonar maciça.
- (C) comprometimento do ventrículo direito.
- (D) disfunção ventricular esquerda.
- (E) derrame pericárdico sem tamponamento.

21. Paciente feminina, 30 anos, previamente hígida, realiza TC de abdome com contraste para investigação de dor abdominal. Após o exame, apresenta episódio de síncope. Permanece letárgica, hipotensa, TA: 70/40. Qual a conduta inicial adequada para esse caso?

- (A) Administrar adrenalina 0,5mg IM, pois se trata de uma reação anafilática grave.
- (B) Apenas observar a evolução, pois se trata de uma reação vaso vagal.
- (C) Administrar prometazina 50mg por via endovenosa.
- (D) Administrar metilprednisolona 125mg por via endovenosa, pois se trata de uma reação anafilática grave.
- (E) Chamar, com urgência, o plantão cirúrgico.

22. Assinale a alternativa que apresenta os dados que predizem um prognóstico desfavorável em pacientes com hemorragia digestiva alta.

- (A) História de cirrose ou ascite ao exame físico.
- (B) História de melena.
- (C) Êmese em borra de café na drenagem nasogástrica.
- (D) Hematócrito inicial < 40%.
- (E) Pressão sistólica inicial < 110mmHg.

23. Homem, 65 anos, hígido previamente, sem história de internações recentes, dá entrada na Emergência com queixa de febre (40°C), dor pleurítica à direita, dispneia e tosse produtiva há 36 horas. Ao exame, apresenta-se pálido, sudorético, confuso, taquipneico, com intenso esforço ventilatório, TA 60/40mmHG, FC 120, FR 28mpm, SAT 90% com máscara com reservatório (Hudson), escore de coma de Glasgow de 13. Radiografia de tórax confirma consolidação extensa LID.

Assinale a alternativa que apresenta o correto manejo do paciente.

- (A) Trata-se de caso de pneumonia comunitária; após administração de 1.000ml cristaloides, deve-se aguardar coleta de exames e culturais para a introdução de antibioticoterapia.
- (B) Trata-se de caso de sepse grave de foco pneumônico, visto o paciente estar hipotenso na chegada, além de mostrar estigmas de disfunção ventilatória e neurológica concomitantes.
- (C) Trata-se de caso de pneumonia, não havendo benefício, neste momento, de ambiente monitorizado para o mesmo.
- (D) Para o caso em questão, devido à idade do paciente, meropenem + vancomicina + clindamicina formam a antibioticoterapia inicial ideal adequada.
- (E) A antibioticoterapia precoce não altera a mortalidade nesses casos.

24. Paciente masculino, 56 anos, 120kg, apresenta perda súbita de consciência na recepção do hospital. Conforme o acompanhante, vinha apresentando precordialgia aos esforços. Ao exame, apresenta-se inconsciente, irresponsivo e em apneia.

Sobre o manejo de parada cardiorrespiratória (PCR), é correto afirmar que

- (A) a verificação de pulso deve preceder sempre a chamado de auxílio com desfibrilador automático.
- (B) nunca existe benefício na realização de compressões isoladas, sem a aplicação de ventilação positiva.
- (C) a sobrevivência do paciente em questão depende da manutenção de compressões torácicas efetivas até que o desfibrilador esteja disponível e, em casos indicados, a desfibrilação deve ser executada da forma mais precoce possível.
- (D) o prognóstico neurológico dos pacientes em PCR pode ser predito pelo reflexo pupilar observado logo após o retorno à circulação espontânea.
- (E) a realização de intubação orotraqueal é contraindicada em todos os casos de PCR que ocorrem em ambiente pré-hospitalar.

25. Na sedação do paciente asmático, qual é a droga de escolha ideal na sequência rápida de intubação?

- (A) Midazolam.
- (B) Fentanil.
- (C) Propofol.
- (D) Diazepam.
- (E) Cetamina.