Publicado em
10/04/2026

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 01/2026
DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSO

PROCESSO SELETIVO 08

MÉDICO I
(Emergência Adulto)

01.	C	11.	C	21.	C	31.	A
02.	C	12.	D	22.	B	32.	D
03.	D	13.	D	23.	E	33.	C
04.	D	14.	E	24.	A	34.	C
05.	D	15.	E	25.	D	35.	D
06.	B	16.	A	26.	B	36.	C
07.	B	17.	A	27.	A	37.	E
08.	C	18.	E	28.	C	38.	A
09.	B	19.	A	29.	ANULADA	39.	C
10.	D	20.	B	30.	C	40.	C

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

CADERNO DE QUESTÕES

EDITAL Nº 01/2026
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior — **PS 08**

MÉDICO I
(Emergência Adulto)

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

ATENÇÃO

Transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

A palavra é prata, o silêncio é ouro.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: ___ ___ ___ ___ ___ ___ – ___

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

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

SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE FAURGS SETOR DE CONCURSOS

SISTEMA DE GESTÃO DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO FAURGS SETOR DE CONCURSOS

INSTRUÇÕES

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

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 **40** (quarenta) 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. O candidato que comparecer para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame**, **portar relógios,** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *pagers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos/próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, **exceto em situações autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei.** (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, réguas, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)

7. Não será permitida 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 em que forem pré-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 **41** serão desconsideradas.

9. Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.

10. A duração da prova é de **três horas (3h)**, 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, 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, o candidato somente poderá utilizar os sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se 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). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (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.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

Boa prova!

Instrução: As questões **01** e **02** referem-se ao caso clínico abaixo.

Um paciente de 65 anos, com histórico de aneurisma de aorta, em acompanhamento ambulatorial e portador de válvula aórtica metálica em uso de varfarina, dá entrada na emergência com quadro de hemoptise maciça. Relata tosse com escarro hemoptoico há 3 semanas, com piora abrupta hoje. Ao exame físico: PA 110/50 mmHg, FC 120 bpm, FR 30 irpm e $SatO_2$ 85% em ar ambiente.

01. Diante da insuficiência respiratória hipoxêmica e da necessidade de intubação orotraqueal, assinale a alternativa que apresenta o método de pré-oxigenação mais adequado.

(A) Ventilação com bolsa-válvula-máscara (BVM) com válvula de pressão expiratória final positiva (PEEP).
(B) Máscara facial simples com fluxo de oxigênio a 10 L/min.
(C) Cateter nasal de alto fluxo (CNAF).
(D) Ventilação não invasiva (VNI) com pressão de suporte.
(E) Máscara de Venturi a 50%.

02. O paciente relata ter tomado a medicação normalmente no dia anterior e desconhece o valor do último INR. Diante da gravidade do sangramento, qual é a conduta terapêutica imediata mais adequada?

(A) Administrar vitamina K endovenosa isoladamente e aguardar o resultado do INR para definir a necessidade de hemoderivados.
(B) Administrar plasma fresco congelado e vitamina K endovenosa.
(C) Administrar concentrado de complexo protrombínico, preferencialmente, associado à vitamina K, visando à reversão rápida da anticoagulação.
(D) Administrar ácido tranexâmico e aguardar o resultado do coagulograma para iniciar a reposição de fatores de coagulação específicos.
(E) Suspender a varfarina e administrar protamina.

03. Um paciente de 52 anos, em tratamento quimioterápico para neoplasia, comparece à emergência com queixa de febre aferida em domicílio (38,5 °C) há 2 horas. Nega tosse, disúria, diarreia ou outros sintomas localizatórios. Ao exame físico inicial, apresenta-se em regular estado geral, taquicárdico (FC 110 bpm), normotenso e febril. Diante da suspeita de neutropenia febril e considerando as particularidades da avaliação clínica nesta população, assinale a alternativa correta.

(A) O exame físico detalhado pode ser abreviado, focando apenas nos sistemas respiratório e cardiovascular, visto que a ausência de queixas específicas e a atenuação da resposta inflamatória tornam o exame minucioso pouco útil.
(B) A inspeção da orofaringe pode ser dispensada caso o paciente negue queixas como odinofagia ou disfagia, uma vez que a mucosite, quando infecciosa, apresenta-se invariavelmente com dor intensa.
(C) A ausência de sinais inflamatórios exuberantes (como edema e hiperemia) em cateteres ou feridas cirúrgicas permite excluir com segurança a infecção nesses sítios, dispensando a coleta de culturas específicas.
(D) O exame físico deve ser minucioso, incluindo inspeção detalhada da pele, orofaringe e genitália, devendo-se, contudo, respeitar a contraindicação formal à realização do toque retal.
(E) A coleta de culturas deve ser postergada até a confirmação laboratorial da neutropenia (neutrófilos $< 500/mm^3$), priorizando-se a administração imediata de antipiréticos e hidratação venosa.

04. Uma paciente de 42 anos, em tratamento quimioterápico para neoplasia de mama, procura o departamento de emergência com queixa de febre e calafrios. O hemograma confirma neutropenia grave (neutrófilos < 100 células/mm³). Ao exame físico, a paciente apresenta-se hipotensa, taquicárdica e com tempo de enchimento capilar lentificado. Considerando as diretrizes do Tratado de Medicina de Emergência da ABRAMEDE para o esquema inicial de tratamento antimicrobiano na neutropenia febril, assinale a alternativa que apresenta uma indicação correta para a introdução imediata de vancomicina ao esquema empírico.

(A) Febre persistente por mais de 24 horas em paciente hemodinamicamente estável, independentemente da identificação de foco.

(B) Diagnóstico de base de neoplasia hematológica (leucemias ou linfomas), devido ao maior risco intrínseco de infecções por gram-positivos.

(C) Pacientes classificados como de baixo risco pelo escore MASCC serão tratados via oral com amoxicilina-clavulanato e ciprofloxacino.

(D) Instabilidade hemodinâmica (choque séptico) ou infecção com alta suspeição de estar relacionada a cateter.

(E) Presença de mucosite grau I ou II, visto que a barreira mucosa íntegra é a principal defesa contra *Staphylococcus aureus*.

05. Uma paciente de 24 anos é trazida ao departamento de emergência após apresentar um episódio de perda transitória da consciência enquanto estava em um transporte público lotado e quente. Relata que sentiu náuseas, calor e sudorese imediatamente antes de "apagar". A recuperação da consciência foi rápida e completa, sem confusão pós-ictal. Nega antecedentes mórbidos ou uso de medicações. Ao exame físico: PA 110/70 mmHg, FC 78 bpm, ausculta cardíaca e pulmonar normais, exame neurológico sem déficits. O eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações realizado na admissão é normal. Qual é a conduta mais adequada?

(A) Realizar tomografia computadorizada de crânio para excluir causas neurológicas graves antes da alta, dado que a perda de consciência foi presenciada em local público.

(B) Internar a paciente em unidade de monitorização cardíaca por 24 horas para descartar arritmias paroxísticas, uma vez que a síncope em locais públicos é um sinal de alarme.

(C) Solicitar ecocardiograma transtorácico na sala de emergência para avaliação estrutural, pois síncopes em jovens frequentemente estão associadas a cardiomiopatia hipertrófica não diagnosticada.

(D) Dar alta com orientações e acompanhamento ambulatorial não urgente, visto que se trata de uma síncope reflexa (vasovagal) clássica em paciente de baixo risco.

(E) Iniciar tratamento farmacológico imediato com midodrina ou fludrocortisona para prevenir recorrências, mantendo a paciente em observação por 6 horas.

06. Uma paciente de 68 anos, em tratamento quimioterápico para neoplasia de cólon, é admitida na sala de emergência com queixa de dispneia súbita e dor torácica pleurítica. Ao exame físico: lúcida, orientada, PA 115/75 mmHg, FC 112 bpm, FR 28 irpm e $SatO_2$ 89% em ar ambiente. A angiotomografia de tórax confirma tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral. O ecocardiograma à beira do leito evidencia dilatação e disfunção do ventrículo direito (VD). Exames laboratoriais mostram troponina ultrassensível elevada. Qual é a conduta terapêutica imediata mais adequada?

(A) Administrar trombólise sistêmica com alteplase (100 mg em 2 horas) imediatamente, visto que a presença de disfunção de VD e de troponina positiva classifica a paciente como alto risco de mortalidade.

(B) Iniciar anticoagulação plena parenteral e manter a paciente sob monitorização intensiva, indicando-se a terapia de reperfusão de resgate (trombólise) apenas se houver deterioração clínica com instabilidade hemodinâmica.

(C) Encaminhar imediatamente para embolectomia cirúrgica, pois a paciente é oncológica e possui contraindicação relativa à anticoagulação e à trombólise sistêmica.

(D) Iniciar anticoagulação oral com rivaroxabana (NOAC) e programar alta hospitalar precoce após 24 horas de observação, visto que a paciente se encontra normotensa.

(E) Realizar a passagem de filtro de veia cava inferior e iniciar anticoagulação plena, dado o alto risco de recorrência trombótica em pacientes oncológicos, sem indicação de reperfusão.

07. Uma paciente de 58 anos, diabética, com diagnóstico prévio de neoplasia de mama metastática, é trazida ao departamento de emergência com queixa de dor abdominal difusa, náuseas e vômitos persistentes há 3 dias. Familiares relatam que a paciente apresenta constipação intestinal importante (sem evacuar há 5 dias) e notaram períodos de confusão mental e sonolência nas últimas 24 horas. Ao exame físico, a paciente encontra-se desidratada, com abdome distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos e dor difusa à palpação, sem sinais de peritonite. Diante deste quadro clínico, qual é o distúrbio metabólico que deve ser prontamente investigado como causa "não abdominal" dos sintomas?

(A) Cetoacidose diabética.
(B) Hipercalcemia.
(C) Hipocalemia.
(D) Hiperfosfatemia.
(E) Hiponatremia.

08. Um paciente de 72 anos, hipertenso e diabético, é trazido à emergência com quadro de tontura intensa, náuseas e vômitos, iniciado há 3 horas, ao levantar-se da cama. O paciente encontra-se agora melhor, mas de olhos fechados, recusando-se a movimentar a cabeça e relatando que "tudo roda" violentamente a qualquer mudança de posição. Ao exame físico, apresenta-se orientado, com PA 150/90 mmHg e glicemia capilar 140 mg/dL. O exame neurológico não evidencia disartria, disfagia ou déficits motores apendiculares. Na avaliação oculomotora, não se observa nistagmo espontâneo ou evocado pelo olhar fixo. Diante deste quadro, assinale a alternativa correta sobre a abordagem diagnóstica.

(A) Deve-se realizar imediatamente o protocolo HINTS (*Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew*), pois, em idosos com fatores de risco cardiovascular, a diferenciação entre neurite vestibular e AVC de fossa posterior é prioritária.

(B) A tomografia computadorizada de crânio é mandatória como primeiro exame antes de qualquer manobra física, uma vez que a intensidade dos sintomas e a idade do paciente tornam a hemorragia cerebelar a hipótese mais provável.

(C) A principal hipótese é de vertigem posicional (VPPB), devendo-se realizar a manobra de Dix-Hallpike para confirmação.

(D) O quadro é sugestivo de ataque isquêmico transitório (AIT) de circulação posterior; o paciente deve ser internado para anticoagulação plena e realização de ressonância magnética, independentemente das manobras provocativas.

(E) Trata-se de um quadro clássico de neurite vestibular; a ausência de nistagmo espontâneo é esperada devido à supressão visual, devendo-se realizar o teste de impulso cefálico (*Head Impulse Test*) para confirmar a lesão periférica.

09. Um paciente de 54 anos, portador de cirrose hepática de etiologia alcoólica com ascite moderada, procura a emergência com queixa de diminuição do volume urinário e mal-estar geral. Exames laboratoriais de admissão revelam creatinina de 2,5 mg/dL (sendo a basal de 1,0 mg/dL há 1 mês) e ureia de 90 mg/dL. O paciente nega uso recente de anti-inflamatórios não esteroidais ou outras drogas nefrotóxicas. Ao exame físico: PA 100/60 mmHg, FC 84 bpm, sem sinais de choque circulatório evidente. O exame de urina não apresenta proteinúria ou hematúria, e a ultrassonografia de rins e vias urinárias é normal, sem sinais de obstrução ou doença parenquimatosa crônica. Diante deste quadro de lesão renal aguda em paciente cirrótico com ascite, qual é o critério clínico indispensável para confirmar o diagnóstico de síndrome hepatorrenal (SHR)?

(A) A confirmação diagnóstica é feita imediatamente pela dosagem de sódio urinário; valores abaixo de 10 mEq/L indicam avidez tubular por sódio, confirmando SHR e dispensando prova de volume.

(B) O diagnóstico é confirmado pela ausência de melhora da função renal após 2 dias de suspensão de diuréticos e expansão volêmica com albumina (1 g/kg/dia).

(C) A presença de oligúria associada à elevação da creatinina em mais de 50% do valor basal em 7 dias já é suficiente para fechar o diagnóstico de SHR, devendo-se iniciar terlipressina imediatamente.

(D) O diagnóstico requer a realização de biópsia renal de urgência para excluir necrose tubular aguda (NTA) ou glomerulonefrites, visto que a clínica é insuficiente para diferenciação.

(E) A confirmação depende da demonstração de resistência vascular renal elevada através do Doppler de artérias renais, sendo este o padrão-ouro para diferenciar SHR de hipovolemia simples.

10. Uma paciente de 34 anos, com diagnóstico prévio de púrpura trombocitopênica imune (PTI), é trazida à sala de emergência com história de cefaleia de forte intensidade iniciada há 40 minutos, associada a vômitos e rebaixamento do nível de consciência. Ao exame físico, apresenta petéquias disseminadas. O hemograma mostra plaquetas de 3.000/mm³ e hemoglobina de 11 g/dL. A tomografia de crânio confirma uma hemorragia intraparenquimatosa. Diante deste quadro, qual é a abordagem terapêutica imediata mais adequada?

(A) Iniciar dexametasona 40 mg endovenosa por 4 dias, evitando-se a transfusão de plaquetas devido ao risco de ineficácia por consumo rápido e piora da autoimunidade.

(B) Realizar transfusão de plaquetas (1 unidade de aférese ou *pool*) isoladamente para controle do sangramento agudo, seguida de esplenectomia de emergência.

(C) Administrar imunoglobulina humana (IVIG) isolada na dose de 1g/kg, aguardando a resposta plaquetária em 24 a 48 horas antes de associar a corticoterapia.

(D) Iniciar terapia combinada com Metilprednisolona (1g/dia) e imunoglobulina humana (IVIG), associada à transfusão de plaquetas como terapia de ponte.

(E) Prescrever prednisona 1mg/kg via oral e ácido tranexâmico, uma vez que a transfusão de plaquetas e a IVIG só estão indicadas se houver falha após 48 horas de corticoterapia.

11. Em relação ao uso, no Brasil, de antibióticos no departamento de emergência, é correto afirmar que

(A) os principais germes envolvidos nas infecções de pele e partes moles são *S. Aureus* e *Streptococcus*, sendo contraindicado o uso de cefalosporinas de primeira geração devido à elevada taxa de resistência desses germes na comunidade.

(B) nas infecções do trato urinário os principais germes envolvidos são as bactérias gram-negativas, especialmente a *E. coli*, sendo a nitrofurantoína o tratamento de escolha de pielonefrites não complicadas.

(C) os inibidores da betalactamase intrinsecamente têm baixo poder antimicrobiano. Entretanto, quando adicionados a outros betalactâmicos, ampliam seu espectro de ação.

(D) o tratamento antibiótico por via endovenosa deve ser sempre priorizado no atendimento de pacientes, já que o tratamento por via oral não costuma ter a mesma eficácia.

(E) as cefalosporinas de primeira e segunda geração podem ser utilizadas para tratamento de infecções do sistema nervoso central, já que atingem bom nível terapêutico nas meninges.

12. A lesão renal aguda (LRA) é um diagnóstico comum no departamento de emergência. Em relação a essa patologia, é correto afirmar que

(A) a LRA mais prevalente é a desencadeada por fatores pós-renais, especialmente doença prostática.
(B) a diferenciação entre os casos de LRA pré-renal e intrínseca pode ser realizada pela relação ureia/creatinina.
(C) entre as complicações mais frequentes relacionadas à LRA estão os distúrbios hidroeletrolíticos, sobrecarga de volume e alcalose metabólica.
(D) a necrose tubular aguda é a causa mais comum de LRA intrínseca, sendo potencialmente reversível.
(E) o débito urinário é o melhor indicador de disfunção renal, visto que se reduz precocemente nos casos de LRA.

13. Um paciente de 52 anos, portador de cirrose hepática alcoólica (Child-Pugh C), dá entrada na emergência com hematêmese volumosa e melena. Ao exame, encontra-se sonolento, pálido, com PA 80/40 mmHg, FC 120 bpm e SpO_2 90%. O abdome é ascítico e há estigmas de hepatopatia crônica. Após a estabilização inicial com cristaloides, o sangramento persiste. Os exames iniciais mostram Hb 6,5 g/dL e plaquetas 45.000/mm³. Assinale a conduta correta neste caso.

(A) Deve-se administrar ácido tranexâmico (1 g em bólus seguido de infusão) imediatamente, visto que, embora os estudos sejam conflitantes, o benefício potencial na redução do sangramento supera o risco trombótico em pacientes com coagulopatia hepática grave e choque hemorrágico.
(B) A intubação orotraqueal (IOT) profilática deve ser realizada imediatamente em todos os pacientes com hematêmese volumosa, independentemente do nível de consciência, pois estudos recentes demonstram inequivocamente que a proteção da via aérea reduz a mortalidade global e o risco de pneumonia aspirativa neste grupo.
(C) A transfusão de plaquetas está indicada neste momento para elevar a contagem acima de 50.000/mm³, pois a trombocitopenia é o principal fator preditor de falha no controle endoscópico e deve ser corrigida antes da realização da endoscopia digestiva alta.
(D) O uso de terlipressina está indicado e deve ser iniciado com dose de ataque de 2 mg em bólus endovenoso, seguido de 2 mg a cada 4 horas, devendo ser mantido por 2 a 5 dias se confirmado o diagnóstico de varizes, pois é a única droga vasoativa isoladamente associada à diminuição de mortalidade.
(E) A meta de hemoglobina para a transfusão de concentrado de hemácias deve ser de 10 g/dL, uma vez que o paciente apresenta instabilidade hemodinâmica grave (choque classe III/IV), e a manutenção de níveis mais baixos (7-9 g/dL) exacerbaria a acidose lática e a disfunção de múltiplos órgãos.

14. Em relação ao manejo inicial de pacientes com insuficiência cardíaca aguda descompensada no departamento de emergência, é correto afirmar

(A) que não existe indicação de uso de ventilação mecânica não invasiva, visto que não há evidência de que seu uso reduz a evolução para necessidade de intubação orotraqueal.
(B) que o uso de diuréticos deve ser padronizado, sendo indicado início com dose de 1 mg/kg, independentemente da dose prévia de uso do paciente.
(C) que, em pacientes com perfil A e B, deve ser sempre suspenso o uso de betabloqueadores, com reinício na alta hospitalar.
(D) que o uso de vasodilatadores endovenosos fica restrito na descompensação aguda, visto que causam redução da pressão arterial.
(E) que, em pacientes com perfil C, não deve haver receio em relação ao uso de diuréticos, com recomendação de uso semelhante aos demais grupos de pacientes.

Instrução: As questões **15** e **16** referem-se ao caso clínico abaixo.

Paciente do sexo masculino, 86 anos, vem ao departamento de emergência com queixa de dispneia e edema de membros inferiores. Apresenta dispneia aos esforços há cerca de um ano, associada a tonturas e pré-síncopes eventuais. Nos últimos três dias, com dispneia em repouso e ortopneia (necessidade de usar 3 travesseiros para dormir). Refere ter "descuidado" da dieta e interrompido o diurético nos últimos 5 dias por conta própria. Traz ecocardiograma com fração de ejeção de 35%, área valvar aórtica de 0,7 cm e gradiente de pressão médio transvalvar de 35 mmHg. Ao exame, o paciente se apresenta em regular estado geral, prostrado e sudorético. Pressão arterial de 105/70 mmHg, frequência cardíaca 110, frequência respiratória 28, saturação de oxigênio 89% em ar ambiente.

15. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Pneumonia adquirida na comunidade em paciente com provável insuficiência cardíaca.
(B) Doença pulmonar obstrutiva crônica avançada com provável quadro de hipertensão pulmonar como causadora de insuficiência cardíaca.
(C) Embolia pulmonar descompensando agudamente um quadro de insuficiência cardíaca.
(D) Síndrome coronariana aguda em paciente com cardiopatia prévia, com sinais de falência de ventrículo esquerdo.
(E) Quadro de insuficiência cardíaca descompensada em paciente com estenose aórtica associada.

16. Quais achados seriam esperados no exame de ultrassom à beira do leito deste paciente?

(A) Predominância de linhas B nos campos pulmonares e veia cava com pouca variação respiratória.
(B) Ausência de deslizamento pleural e predominância de linhas A nos campos pulmonares.
(C) Predominância de linhas Z, veia cava com mais de 50% de variabilidade e presença do sinal de água-viva.
(D) Hepatização pulmonar e predominância de linhas B nos campos pulmonares.
(E) Predominância de linhas A nos campos pulmonares e movimento paradoxal do septo cardíaco.

17. Sobre emergências hiperglicêmicas, é correto afirmar

(A) que a cetoacidose diabética pode cursar com choque hemodinâmico devido à depressão miocárdica e vasodilatação secundárias à acidose metabólica grave.
(B) que a insulinoterapia é a primeira medida a ser realizada no tratamento das emergências hiperglicêmicas.
(C) que a hipercalemia costuma estar presente na maioria dos casos, devendo ser corrigida rapidamente pelo risco de arritmias.
(D) que, no estado hiperosmolar hiperglicêmico, a produção de insulina costuma estar pronunciadamente reduzida.
(E) que a cetoacidose diabética costuma ter surgimento insidioso, com poliúria, polidipsia e perda de peso presentes por vários dias antes da admissão hospitalar.

18. Em relação ao manejo do paciente com crise convulsiva no departamento de emergência, é correto afirmar

(A) que, mesmo que a crise convulsiva tenha cessado espontaneamente, é indicada administração de benzodiazepínicos para evitar novas crises.
(B) que pacientes com primeiro episódio de crise convulsiva devem ser internados para investigação do quadro, com avaliação da equipe da neurologia com brevidade.
(C) que o estado de mal epilético, embora possa ser de difícil manejo, é raro e com baixa taxa de mortalidade.
(D) que levetiracetam, fenitoína e valproato são drogas de escolha para controle imediato de crises convulsivas.
(E) que, em caso de crise persistente após 5 a 10 minutos da administração de medicações específicas, estão indicadas medidas de suporte intensivo, como intubação orotraqueal.

19. Paciente do sexo masculino, de 55 anos, com história de etilismo ativo e cirrose, vem à emergência com quadro de dor abdominal intensa há 3 dias. Esposa refere dor abdominal com piora progressiva, tendo iniciado com náuseas e vômitos nas últimas 24h. Hoje, percebeu que o paciente estava sonolento e menos responsivo, motivo pelo qual o trouxe à emergência. Na admissão, paciente encontra-se febril (T 38,4 °C), com frequência respiratória de 24 irpm, frequência cardíaca 120 bpm, pressão arterial 105/55 mmHg e Glasgow 13.

Em relação a esse caso, é correto afirmar que

(A) os critérios de SRIS (resposta inflamatória sistêmica) possuem boa sensibilidade para identificação de pacientes sépticos, com 3 critérios positivos nesse caso.
(B) este caso pode ser definido como choque séptico, visto a pressão diastólica ser menor que 60 e a frequência cardíaca maior que 110.
(C) o qSOFA é o critério com maior sensibilidade para identificação de pacientes com quadro de sepse, com 3 critérios de gravidade presentes neste caso.
(D) o *Modified Early Warning Score* (MEWS) possui alta especificidade para diagnóstico de sepse, não sendo esperada a alteração de seus parâmetros em pacientes sem infecção.
(E) o qSOFA, por se tratar de um paciente cirrótico, torna-se mais sensível que a SRIS, visto que a hipotensão é um achado precoce nesta população.

20. Leia as seguintes afirmações a respeito de cefaleias.

I - A presença de sinais sistêmicos como febre e perda ponderal é considerada sinal de alarme e pode sugerir a presença de infecção ou neoplasia.
II - A presença de uma anormalidade neurológica focal associada à cefaleia tem sido correlacionada a maior probabilidade de alterações no exame de imagem, sendo esse o maior preditor de doenças neurológicas graves.
III- Os exames de imagem são indicados para pacientes com cefaleia de início há mais de 2 anos ou com presença de sinais de alarme.
IV - A migrânea, juntamente com cefaleia tensional, é uma das causas mais comuns de atendimento na emergência, e seu tratamento consiste na administração de opioides nas crises moderadas/graves.

Quais estão corretas?

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

21. Sobre paralisia facial, é correto afirmar que

(A) o acometimento da hemiface inferior contralateral à lesão poupando a fronte é chamado de paralisia facial periférica.
(B) a paralisia facial central pode ter padrão de paralisia periférica, por isso é necessário fazer exame de imagem em todos os pacientes.
(C) o uso de aciclovir em pacientes com paralisia de Bell deve ser sempre associado à corticoterapia e reservado para os casos moderados a graves (grau IV ou maior).
(D) a paralisia de Bell cursa com otalgia intensa e disfunção vestibulococlear.
(E) a síndrome de Ramsay-Hunt é causada pela reativação do vírus da herpes simples e possui prognóstico mais favorável do que a paralisia de Bell.

22. Considere as seguintes afirmativas sobre eclâmpsia e pré-eclâmpsia.

I - Labetalol ou hidralazina são as drogas de escolha para controle da pressão arterial.
II - Sulfato de magnésio deve ser usado em todas as pacientes com pré-eclâmpsia.
III- Eclâmpsia é a ocorrência de crises convulsivas em gestantes ou puérperas com pré-eclâmpsia.
IV - Pressão arterial maior que 140/90 mmHg associada à cefaleia intensa antes da 20ª semana de gestação ou no puerpério deve ser tratada como pré-eclâmpsia.

Quais estão corretas?

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

23. Sobre as drogas usadas para indução e paralisia para intubação orotraqueal, considere as afirmações abaixo.

I - A dose do etomidato e succinilcolina deve ser calculada com base no peso corporal total do paciente.
II - Propofol e cetamina podem provocar hipotensão.
III- As doses do rocurônio e do propofol devem ser calculadas com base no peso ideal do paciente.
IV - Propofol deve ser evitado em pacientes epiléticos.

Quais estão corretas?

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

24. Sobre eventos cardiológicos associados ao uso de cocaína, é correto afirmar

(A) que pacientes com dor torácica sugestiva de síndrome coronariana aguda e ECG com supradesnivelamento de ST devem ser tratados inicialmente com benzodiazepínicos.
(B) que o uso de AAS deve ser evitado, pois esses pacientes têm risco aumentado de sangramento.
(C) que, nos pacientes com infarto agudo do miocárdio, deve-se usar betabloqueador para controle da frequência cardíaca.
(D) que, em caso de parada cardiorrespiratória, deve-se priorizar o uso de amiodarona como antiarrítmico.
(E) que, em casos de arritmia com QRS alargado, deve-se administrar inicialmente amiodarona.

25. Sobre torção testicular, é correto afirmar que

(A) são características clínicas marcantes: dor aguda de moderada a grave, aumento difuso da sensibilidade e edema associado de reflexo cremastérico positivo.
(B) a manobra de Prehn (elevação testicular) costuma aliviar a dor.
(C) a manobra de distorção manual do testículo é contraindicada, uma vez que não fixa o testículo e pode haver nova torção.
(D) a dor pode ser acompanhada de náusea, vômitos, hipertermia subfebril (<38 ºC), sem presença de sintomas urinários.
(E) a exploração escrotal em até 12h está associada a uma taxa significativa de recuperação do órgão.

26. Sobre bradiarritmias e uso de marca-passo transvenoso (MPTV), é correto afirmar

(A) que está indicado o uso de gluconato de cálcio nos pacientes com intoxicação por betabloqueadores.
(B) que a recomendação é deixar o *output* do MPTV em um valor duas a três vezes maior que o limiar de captura.
(C) que bloqueio atrioventricular total ou bloqueio de segundo grau Mobitz II indicam a passagem imediata de marca-passo provisório na emergência.
(D) que os sítios de preferência para passagem do MPTV são a veia jugular interna esquerda e a veia subclávia direita.
(E) que, na passagem inicial do MPTV, a sensibilidade deve estar no modo síncrono (ou o menor valor de sensibilidade disponível no aparelho).

27. Sobre o acidente vascular cerebral (AVC), é correto afirmar

(A) que o *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) apresenta baixa sensibilidade para AVC de fossa posterior.
(B) que, na ressonância magnética, a presença de DWI-FLAIR *mismatch* contraindica trombectomia.
(C) que a oclusão da artéria cerebral posterior provoca vertigem, déficit motor e sensitivo contralateral e ataxia cerebelar.
(D) que um *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) menor do que 4 contraindica trombólise.
(E) que, pelos critérios do estudo DAWN, *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) maior ou igual a 10 contraindica trombectomia.

28. Sobre nefrolitíase, é correto afirmar que

(A) antirretrovirais podem fazer cálculos renais radiotransparentes, sendo visualizáveis na tomografia computadorizada.
(B) a ultrassonografia à beira leito tem sensibilidade de 95% para diagnóstico de nefrolitíase.
(C) a combinação anti-inflamatório não esteroide (AINE) e antiespasmódico não é superior ao uso isolado de AINE no manejo da dor.
(D) o uso de contraste na tomografia aumenta a acurácia na detecção de cálculos menores que 2 mm.
(E) o sinal de Giordano tem alta sensibilidade e especificidade diagnóstica.

29. Sobre distúrbios eletrolíticos, é correto afirmar que

(A) hipomagnesemia grave pode provocar paralisia muscular, íleo paralítico, coma e arritmias.
(B) gasometrias arteriais tendem a retornar valores maiores de sódio que análises bioquímicas completas, propiciando diagnóstico precipitado de hipernatremia.
(C) a causa mais provável de hiponatremia hipotônica hipovolêmica com baixo sódio urinário é insuficiência cardíaca.
(D) laringoespasmo, crises convulsivas focais ou generalizadas e sinal de Trousseau são indicativos de hipercalcemia grave.
(E) fraqueza muscular ascendente e fasciculações musculares nos braços e nas pernas podem ser sinais precoces de hipercalemia.

30. Sobre o manejo da exacerbação da asma na emergência, considere as afirmativas abaixo.

I - O uso de beta-2-agonista pela via subcutânea apresenta melhor eficácia do que pela via inalatória, sendo indicado como manejo inicial na crise grave.
II - Nos casos em que o paciente já fazia uso de corticoide inalatório domiciliar, este deve ser interrompido durante o evento de exacerbação devido ao risco de doses cumulativas entre o corticoide sistêmico e o inalatório.
III- O principal medicamento utilizado é o albuterol, na dose de 4 a 10 jatos a cada 20 minutos durante a primeira hora do manejo.

Quais estão corretas?

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

31. Em relação ao manejo do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação grave, assinale a alternativa correta.

(A) O modo CPAP (*continuous positive airway pressure)* consiste na administração de pressão positiva contínua na via aérea ao longo de todo o ciclo respiratório, provocando aumento do recrutamento alveolar e redução do efeito *shunt* da insuficiência respiratória do tipo hipoxêmica.
(B) Considera-se falha terapêutica se não houver melhora do padrão respiratório após um curso de ventilação não invasiva de pelo menos 60 minutos.
(C) O aprisionamento aéreo em paciente com ventilação mecânica invasiva pode causar barotrauma e pneumotórax, sendo importante estar atento também à auto-PEEP. Pode-se considerar alvos de PEEP menores (6-8 cmH_2O) para evitar hiperinsuflação pulmonar em determinados casos.
(D) O aumento do tempo expiratório é uma estratégia para evitar a hiperinsuflação pulmonar, sendo preconizada uma relação inspiratória/expiratória (I:E) em torno de 2:1 a 4:1, inicialmente, conforme a gravidade do caso.
(E) O objetivo da oxigenoterapia é manter uma saturação de pelo menos 95%. Deve-se evitar valores próximos a 100% para reduzir risco de hipercapnia.

32. Um paciente de 45 anos, HIV negativo, apresenta tosse produtiva há 4 semanas, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento de 5 kg. Qual é o teste diagnóstico mais adequado para confirmar tuberculose pulmonar (primeiro episódio) em adultos, considerando sensibilidade, rapidez e detecção de resistência?

(A) Baciloscopia direta (BAAR) em três amostras de escarro.

(B) Cultura de escarro em meio sólido (Lowenstein-Jensen).

(C) Escarro induzido com baciloscopia direta associada à cultura.

(D) Teste rápido molecular (TRM-TB) para detecção de DNA do complexo *M. tuberculosis* e resistência à rifampicina.

(E) Realização de lavado broncoalveolar para obtenção de amostras não contaminadas pela orofaringe para baciloscopia direta e cultura.

33. Um paciente de 64 anos, tabagista ativo, com antecedente de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, procura o pronto-socorro com queixa de dispneia de início súbito associada à dor torácica pleurítica à direita e taquicardia. Nega febre, expectoração ou tosse produtiva. Ao exame físico, apresenta-se com uso de musculatura acessória, frequência respiratória de 30 irpm, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular abolido em base direita. O ECG mostra taquicardia sinusal, sem alterações isquêmicas. A radiografia de tórax revela desvio contralateral do mediastino e ausência de trama vascular no hemitórax direito. Considerando o quadro clínico e a abordagem diagnóstica apropriada, assinale a alternativa correta.

(A) O quadro clínico é compatível com tromboembolismo pulmonar maciço, sendo a angiotomografia de tórax o exame de escolha, independentemente da estabilidade hemodinâmica, para confirmação diagnóstica.

(B) O quadro sugere pneumonia lobar extensa à direita, sendo a presença de murmúrio vesicular abolido compatível com consolidação parenquimatosa, devendo-se iniciar antibiótico empírico e confirmá-la com TC de tórax.

(C) A presença de dispneia súbita, dor pleurítica e desvio contralateral do mediastino indica provável pneumotórax hipertensivo, condição que deve ser imediatamente tratada com drenagem torácica.

(D) A suspeita de insuficiência cardíaca descompensada deve ser a principal hipótese diante do histórico clínico, justificando-se o início imediato de diuréticos.

(E) O achado de desvio do mediastino e ausência de trama vascular são indicativos clássicos de hemotórax maciço, sendo a conduta imediata a punção diagnóstica com toracocentese.

34. Um paciente do sexo masculino de 28 anos, previamente hígido, dá entrada na sala de emergência com história de febre alta, tosse produtiva e dispneia há 3 dias. Encontra-se lúcido, orientado e corado. Exame físico: PA 110/70 mmHg; FC 130 bpm; FR 28 irpm; temperatura 38,5 °C; SpO_2 89% em ar ambiente. Exames complementares: ureia 30 mg/dL; pH arterial 7,38; albumina 3,8 g/dL. A radiografia de tórax evidencia consolidação no lobo inferior direito.

Sobre este caso, considerando os escores prognósticos para pneumonia adquirida na comunidade (PAC), assinale a alternativa correta.

(A) Pelo escore CURB-65, o paciente pontua 0. A conduta recomendada é alta hospitalar com tratamento ambulatorial (betalactâmico ou macrolídeo), visto que o risco de mortalidade é baixo (1,2%).

(B) O cálculo do *Pneumonia Severity Index* (PSI/PORT) classificaria este paciente, no mínimo, na Classe IV devido à taquicardia e hipoxemia, indicando internação imediata em unidade de terapia intensiva (UTI) independentemente de outros escores.

(C) Embora o CURB-65 subestime a gravidade neste caso (pontuação 0 ou 1), a aplicação do escore SMART-COP resultaria em uma pontuação superior a 3, indicando alto risco de necessidade de ventilação mecânica ou drogas vasoativas, justificando a internação em ambiente de cuidados intensivos ou semi-intensivos.

(D) O escore SCAP (*Severe Community-Acquired Pneumonia*) pontua apenas critérios menores neste caso (frequência cardíaca e saturação), totalizando menos de 10 pontos, o que descarta o risco de evolução para choque séptico ou necessidade de ventilação mecânica.

(E) A presença de hipoxemia (SpO_2 < 90%) isoladamente classifica o paciente automaticamente como CURB-65 escore 3, exigindo internação hospitalar para tratamento de PAC grave com terapia combinada.

35. Em relação às intoxicações agudas e toxíndromes, assinale a alternativa **INCORRETA**.

(A) Síndrome colinérgica: é causada por substâncias que inibem a enzima acetilcolinesterase. Pode causar bradicardia, alterações visuais e dor ocular, sialorreia, dor abdominal, broncorreia, incontinência urinária e fecal.

(B) Síndrome narcótica: pode ocasionar diferentes graus de sedação, hipotensão, bradicardia, miose e apneia. Naloxona é o principal antídoto.

(C) Síndrome anticolinérgica: causada por drogas como anti-histamínicos, antiparkinsonianos e antipsicóticos. Sintomas comuns de intoxicação incluem taquicardia, midríase, rubor facial e agitação.

(D) Síndrome sedativo/hipnótica: causa rebaixamento do sensório, hipotensão, bradicardia, miose e hipotonia. Flumazenil é a primeira opção de tratamento.

(E) Síndrome neuroléptica maligna: pode causar hipertermia, rigidez muscular e alteração do estado mental. Pode ser induzida por todos os antipsicóticos, mas é mais comum nos de primeira geração.

36. Em relação à dor pélvica ginecológica, assinale a alternativa **INCORRETA**.

(A) Condições como apendicite aguda, diverticulite e hérnia inguinal estrangulada fazem parte do diagnóstico diferencial da dor pélvica aguda não ginecológica.

(B) A apendagite epiploica é uma condição benigna que cursa com dor pélvica em fossa ilíaca à esquerda.

(C) As três principais causas de dor pélvica ginecológica em mulheres não grávidas em idade reprodutiva são: doença inflamatória pélvica, dor relacionada à ovulação e torção de miomas uterinos.

(D) Algumas mulheres podem apresentar dor pélvica de intensidade diferente no momento da ovulação, causada pela ruptura do folículo, denominada Mittelschmerz. Essa dor é fisiológica e não requer atenção médica significativa.

(E) As seguintes doenças podem ser englobadas sob o termo doença inflamatória pélvica (DIP): endometrite, salpingite, piossalpinge, abscesso tubo-ovariano e peritonite pélvica.

37. Considere as seguintes afirmações sobre urticária.

I - De modo geral, o edema de face pode estar associado a formas graves da urticária e apresenta desenvolvimento rápido e intenso, geralmente acometendo pálpebras, lábios, língua e orofaringe.

II - Anti-histamínicos são a primeira linha de tratamento e devem ser utilizados por pelo menos 2 semanas para minimizar a chance de recidiva.

III- Dentre os principais antibióticos associados à urticária destacam-se as sulfas, a polimixina e a vancomicina.

Quais estão corretas?

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

38. Em relação ao atendimento de pessoas em situação de violência sexual pelos serviços de saúde, assinale com **V** (verdadeiro) ou **F** (falso) as afirmações abaixo.

( ) No caso da violência sexual cometida contra crianças e adolescentes, o Conselho Tutelar (ou órgão correlato) deverá obrigatoriamente ser notificado.

( ) O atendimento de adultos vítimas de violência sexual requer a apresentação do boletim de ocorrência.

( ) É imperativa a realização do exame físico para confirmação da violência sexual.

( ) A profilaxia pós-exposição para o HIV poderá ser prescrita até 72 horas da ocorrência da violência.

A sequência correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

(A) V – F – F – V.
(B) V – V – F – V.
(C) F – V – V – V.
(D) F – V – F – F.
(E) V – F – F – F.

39. Uma equipe de emergência atende um paciente de 55 anos em parada cardiorrespiratória (PCR) com ritmo inicial de atividade elétrica sem pulso (AESP). Visando a identificar causas reversíveis e atividade cardíaca sem prejudicar a qualidade da reanimação, o líder decide aplicar o protocolo CASA (*Cardiac Arrest Sonographic Assessment*).

Assinale a alternativa que descreve corretamente a sequência de avaliação nas pausas de checagem de pulso e as regras de execução deste protocolo.

(A) O protocolo prioriza a identificação de atividade cardíaca mecânica na primeira pausa de checagem; se ausente, o exame é encerrado para não atrasar as compressões. Caso presente, buscam-se tamponamento cardíaco na segunda pausa e sinais de tromboembolismo pulmonar na terceira pausa.

(B) A avaliação de pneumotórax hipertensivo deve ser realizada obrigatoriamente durante as pausas de checagem de pulso, utilizando a janela anterior, simultaneamente à avaliação cardíaca subxifoide, desde que o tempo total não exceda 15 segundos.

(C) A sequência padronizada de avaliação nas pausas de checagem de pulso é: 1) tamponamento cardíaco; 2) sinais de sobrecarga de ventrículo direito (TEP); 3) atividade cardíaca. As pausas não devem exceder 10 segundos.

(D) O protocolo CASA utiliza exclusivamente a janela paraesternal eixo longo durante as compressões torácicas para avaliar a contratilidade, reservando a janela subxifoide apenas para os momentos de ventilação, a fim de evitar artefatos de movimento.

(E) A sequência de avaliação é: 1) sinais de hipovolemia (veia cava); 2) tamponamento cardíaco; 3) atividade cardíaca. A busca por sinais de TEP é realizada apenas se houver retorno da circulação espontânea (RCE), devido à dificuldade de avaliar o ventrículo direito durante a PCR.

40. Marque a alternativa **INCORRETA** sobre dengue.

(A) Entre as condições clínicas especiais que fazem um paciente enquadrar-se no grupo B estão: lactentes (< 24 meses), asma, obesidade, doenças hematológicas crônicas, doença renal crônica e doença ulcerosa péptica.

(B) O protocolo de tratamento de pacientes do grupo D inclui internação em leito de terapia intensiva e reposição volêmica imediata com soro fisiológico 0,9% (20 mL/kg em até 20 minutos).

(C) Contagem de plaquetas inferior a 50.000/L indica a suspensão imediata de antiagregantes plaquetários nos pacientes que faziam uso prévio dessas medicações.

(D) Os quadros graves podem evoluir para disfunção orgânica (hepatite, desordens neurológicas, miocardite, sangramento grave) mesmo sem extravasamento de plasma ou choque.

(E) Caso suspeito de dengue é definido pelo início súbito de febre entre 2 e 7 dias, associado a dois ou mais dos seguintes achados: cefaleia, mialgia, dor retro-orbitária, náusea, vômitos, exantema, artralgia, petéquias, prova do laço positiva e leucopenia.