



**EDITAL DO PROCESSO SELETIVO PARA ESTÁGIO EXTRACURRICULAR  
DE MEDICINA PARA UPA**

**TRAPICHE DA BARRA E BENEDITO BENTES/MACEIÓ – ISAC**

**EDITAL Nº 001/2020**

**PROVA OBJETIVA E GABARITO**

1) Saber identificar adequadamente uma parada cardiorrespiratória (PCR) é fundamental, visto que o início precoce da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é diretamente relacionado a uma melhor sobrevida. A respeito desse tema, assinale a alternativa que melhor representa a abordagem de uma suspeita de PCR, de acordo com as diretrizes da AHA 2015.

- a) Primeiramente se checa a segurança do ambiente, para, em seguida, avaliar o paciente colocando o ouvido frente às vias aéreas do mesmo enquanto se palpa pulso central e checa movimentos torácicos – “ver, ouvir, sentir”
- b) Após checar a segurança da cena e a responsividade do paciente, é preciso verificar seu pulso central, de preferência o carotídeo, enquanto se observa movimentos da parede torácica
- c) Com a segurança da cena garantida, é preciso colocar uma mão no tórax do paciente, para sentir movimentos respiratórios, enquanto outra mão procura palpar pulso central
- d) Depois de verificar a segurança do ambiente, caso o paciente não apresente responsividade ao chamado, está indicado chamar ajuda e iniciar as manobras de compressão torácica

2) Um dos pontos mais importantes para uma RCP eficiente é a qualidade das compressões torácicas, que, segundo o ACLS 2015, deve se manter na faixa de:

- a) 60 – 80 bpm
- b) 80 – 100 bpm
- c) 100 – 120 bpm
- d) 120 – 140 bpm



**3) Sobre a abordagem da via aérea na emergência, assinale a alternativa correta:**

- a) A classificação de Cormack-Lehane, realizada no momento da laringoscopia, é um dos principais determinantes na abordagem da via aérea
- b) São preditores de via aérea difícil: Mallampati I, pescoço curto, macroglossia e micrognatia
- c) O melhor posicionamento para uma intubação orotraqueal consiste, em geral, em deixar o paciente em decúbito dorsal, totalmente horizontalizado, com a cabeça pendente da maca
- d) A manobra de Sellick consiste na compressão da cartilagem tireóidea, com o objetivo de melhorar a visualização das cordas vocais

**4) A intubação de sequência rápida é uma das técnicas de IOT mais utilizadas na emergência. Assinale a alternativa INCORRETA em relação a este procedimento:**

- a) O preparo do procedimento requer a obtenção de dois acessos venosos, monitorização cardíaca e oximetria de pulso
- b) O bloqueio neuromuscular é peça fundamental neste procedimento, aumentando significativamente sua taxa de sucesso, devendo não ser utilizado apenas em caráter de exceção
- c) Combinação de Fentanil e Midazolam deve ser evitada em pacientes hipotensos ou “límitrofes”
- d) Ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara por 3 min deve ser realizada após o bloqueio neuromuscular, para garantir uma pré-oxigenação a 100% e assim fornecer mais tempo de apneia do paciente durante a tentativa de laringoscopia

**5) Sexo feminino, 21 anos, é admitida numa UPA trazida por USB do SAMU com relato de cefaleia, cervicalgia e múltiplas escoriações após colisão moto-carro a 40km/h sem capacete, há cerca de 60min, sem demais queixas. Ao exame encontra-se hemodinamicamente estável, com pupilas isocóricas e fotorreagentes, abertura ocular apenas ao toque do examinador, falando sons incompreensíveis e movimentos de retirada**



ao estímulo doloroso, sem demais alterações. Qual das seguintes condutas seria a **MENOS ADEQUADA** para este caso?

- a) Metilprednisolona 2g de ataque, seguido de 0,4g/h por 48h
- b) Ácido Tranexâmico 1g em dose de ataque, seguido de 1g EV nas 8 horas seguintes
- c) Intubação orotraqueal
- d) Cabeceira elevada

**6)** Sexo masculino, 25 anos, admitido numa UPA trazido por familiares em carro próprio, com relato de queda de dor torácica após queda de 4m de altura em decúbito dorsal, sem perda de consciência, vômitos ou demais queixas / sinais de alarme. Ao exame: A – Vias aéreas pervias sem colar cervical | B – MV abolido à esquerda, FR 40irpm, SpO2 93% em AA | C – RCR, BNF, abdome indolor, pelve estável, sem deformidades em ossos longos, PA 80x50mmHg, FC 130bpm | D – Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits motores | E – Escoriações em dorso. Além de M.O.V., qual conduta **IMEDIATA** deve ser feita para estabilizar este doente?

- a) Infusão de 1.000 ml de solução cristalóide
- b) Início de noradrenalina em bomba de infusão contínua
- c) Toracocentese de alívio
- d) Intubação orotraqueal

**7)** Sexo feminino, 33 anos, é admitida na UPA com queixa de palpitações há cerca de 6 horas, sem demais queixas, com FC 160bpm à triagem. Ao ser monitorizada em sala vermelha, é observado ao monitor um traçado sem onda P, com QRS estreito e intervalo RR regular. Qual opção medicamentosa seria indicada como primeira linha, segundo as Diretrizes da AHA 2015?

- a) Amiodarona
- b) Deslanosídeo
- c) Sulfato de Magnésio
- d) Adenosina



**8)** Sexo feminino, 60 anos, hipertensa e diabética, com ecocardiograma recente sem alteração estrutural importante e com fração de ejeção 55%, sem alergias ou demais comorbidades, é admitida na unidade com queixa de disúria há 07 dias que evoluiu com lombalgia, febre e palpitações, sem demais queixas, apresentando à admissão PA 90x50mmHg, FC oscilando entre 120 a 135bpm, FR 30irpm, SpO2 98% em ar ambiente, T 39°C, Glasgow 14 (AO 3 RV 5 RM 6), glicemia capilar 487mg/dL, Giordano positivo à esquerda. ECG realizado demonstra Fibrilação Atrial com Alta Resposta Ventricular de FC 130bpm. Enquanto demais exames não ficam prontos, assinale a alternativa correspondente à conduta mais adequada no momento.

- a) Controle de FC com betabloqueador seguida de expansão volêmica com cristaloides e antibioticoterapia, além de abordagem sintomática
- b) Cardioversão química com amiodarona seguida de expansão volêmica com cristaloides e antibioticoterapia, além de abordagem sintomática
- c) Cardioversão elétrica sincronizada seguida de expansão volêmica com cristaloides e antibioticoterapia, além de abordagem sintomática
- d) Apenas expansão volêmica com cristaloides e antibioticoterapia, além de abordagem sintomática

**9)** Sexo masculino, 27 anos, asmático, é admitido em UPA com acompanhante relatando exacerbação de dispneia crônica após exposição laboral a fumaça, sem demais queixas. Ao exame: PA 140x70mmHg | FC 130bpm | FR 40irpm | SpO2 98% em AA | Glasgow 15, agitado, acianótico, com MV abolido bilateralmente, sem pronunciar palavras. Qual a conduta imediata mais condizente com este caso?

- a) Salbutamol 10 puffs com espaçador 20/20min 3x + Metilprednisolona 60mg VO
- b) Salbutamol 10 puffs com espaçador 20/20min 3x + Dexametasona 10mg EV + Sulfato de Magnésio 2g EV
- c) Salbutamol 10 puffs com espaçador 20/20min 3x + Hidrocortisona 300mg EV + Sulfato de Magnésio 2g EV + Terbutalina 01 amp SC
- d) Intubação orotraqueal de sequência rápida induzida com Quetamina 100mg EV + Succinilcolina 100mg EV



**10)** Sexo masculino, sabidamente alérgico a crustáceos, procura atendimento em UPA devido a queixa de mal estar inespecífico após ingesta acidental de “escondidinho de camarão” há cerca de 30 min. Ao exame: PA 80x40mmHg | FC 95bpm | FR 20irpm | SpO2 97% em ar ambiente, normofônico, sem ruídos adventícios à ausculta. Qual das condutas citadas seria mais apropriada no momento?

- a) Prometazina 50mg IM + Dexametasona 10mg IM + observação em sala de medicação
- b) M.O.V. em sala vermelha, com expansão volêmica de 1.000mL de cristalóide + Prometazina 50mg IM + Dexametasona 10mg EV
- c) M.O.V. em sala vermelha, com administração de Adrenalina 0,5mg IM + expansão volêmica de 1.000mL de cristalóide + Prometazina 50mg IM + Dexametasona 10mg EV
- d) Intubação orotraqueal de sequência rápida induzida com Quetamina 100mg EV + Succinilcolina 100mg EV

**11)** Você recebe na troca de plantão uma paciente do sexo feminino, 30 anos, sem gestação, lactação, alergias ou comorbidades conhecidas, que havia sido admitida com queixa de cefaleia hemicraniana esquerda pulsátil associada a náuseas, vômitos, fono e fotofobia há 6h, com várias crises prévias similares. Não apresentava alterações ao exame físico na admissão e no momento de sua reavaliação, referindo persistência de dor mesmo após ter sido medicada com Cetoprofeno 100mg + Dipirona 1g + Metoclopramida 10mg. Considerando a fisiopatologia da provável causa da cefaleia desta paciente, qual seria a próxima conduta medicamentosa mais apropriada dentre as seguintes opções?

- a) Dipirona 1g EV + Clorpromazina 25mg IM
- b) Dipirona 1g + Tramadol 50mg EV
- c) Dipirona 1g EV + Morfina 3mg EV
- d) Dipirona 1g + Clorpromazina 25mg IM + Tramadol 50mg EV

**12)** Sexo feminino, 34 anos, sem gestação, lactação, alergias ou comorbidades conhecidas, procura UPA com queixa de cefaleia frontal com piora à movimentação, associada a rinorreia, obstrução nasal e febre baixa não aferida há 02 dias, sem demais



queixas. Exame físico inalterado. Qual dentre as opções seria a conduta mais apropriada no momento?

- a) Lavagem nasal + Corticoide tópico nasal + Dipirona sob demanda
- b) Amoxicilina 500mg 8/8h 10 dias + Lavagem nasal + Corticoide tópico nasal + Dipirona sob demanda
- c) Amoxicilina-Clavulanato 875/125mg 12/12h 10 dias + Lavagem nasal + Corticoide tópico nasal + Dipirona sob demanda
- d) Azitromicina 500mg 1x/d 05 dias + Lavagem nasal + Corticoide tópico nasal + Dipirona sob demanda

**13)** Sexo masculino, 17 anos, sem comorbidades conhecidas, foi admitido com queixa de mal estar inespecífico após ingerir 20 comprimidos de diazepam 10mg em tentativa de autoextermínio há cerca de 1h30, sem demais queixas. PA 110x70mmHg | FC 80bpm | FR 20 irpm | SpO2 99% em AA | Glasgow 14 (AO 3 RV 5 RM 6), sem alterações à ausculta. Qual seria a conduta mais apropriada no momento?

- a) Flumazenil 0,4mg EV + Lavagem gástrica + Carvão ativado + Observação monitorizada
- b) Naloxona 0,4mg EV + Lavagem gástrica + Carvão ativado + Observação monitorizada
- c) Lavagem gástrica + Carvão ativado + Observação monitorizada
- d) Carvão ativado + Observação monitorizada

**14)** Sexo masculino, 55 anos, hipertenso e diabético em uso irregular de medicação, foi admitido em UPA com queixa de epigastralgia opressiva associada a náuseas de início súbito há cerca de 40min, havendo piora ao esforço. PA 90x60mmHg, FC 45bpm, FR 22irpm, SpO2 96% em ar ambiente, HGT 170mg/dL, sem alterações à ausculta. Feito ECG de 12 derivações, que revelou supradesnívelamento de segmento ST em DII, DIII e aVF. Dentre as opções, qual melhor corresponde às próximas condutas?



- a) Omeprazol 40mg EV + Hioscina/Dipirona EV + Metoclopramida 10mg EV + dosagem de laboratório, incluindo troponina e amilase, para afastar pancreatite aguda
- b) AAS 200mg VO + Clopidogrel 300mg VO + Enoxaparina 30mg EV + Enoxaparina 1mg/kg SC + Isossorbida 5mg VO + Morfina 2mg EV + transferência para centro com hemodinâmica disponível
- c) AAS 200mg VO + Clopidogrel 300mg VO + Enoxaparina 30mg EV + Enoxaparina 1mg/kg SC + repetir ECG com V3r e V4r + Transferência imediata para centro com hemodinâmica disponível
- d) AAS 200mg VO + Clopidogrel 300mg VO + Enoxaparina 30mg EV + Enoxaparina 1mg/kg SC + V4r e V4r + dosagem de troponina, para, caso positiva, programar cateterismo

**15)** Sexo feminino, 37 anos, sem gestação, lactação, alergias ou comorbidades conhecidas, procurou atendimento em UPA com queixa de cefaleia intensa após stress pessoal há cerca de 30 min, sem demais queixas. Ao exame: PA 190x120mmHg | FC 100bpm | FR 20 irpm | SpO2 99% em AA | Glasgow 15, sem alterações à ausculta ou ao exame neurológico. Qual das seguintes opções cita a melhor conduta no momento?

- a) Captopril 50mg VO + Reavaliação de PA em 40 min
- b) Captopril 50mg VO + Dipirona 1g EV + Reavaliação de PA em 40min
- c) Captopril 50mg VO + Clonazepan 10gts + Dipirona 1g EV + Reavaliação de PA em 40min
- d) Clonazepan 10gts + Dipirona 1g EV + Reavaliação de PA em 40min

**16)** Sexo masculino, 60 anos, hipertenso, diabético e carga tabágica de 40 anos-maço, sem alergias, encontra-se no 3º dia de internação em UPA, intubado por SRAG por suspeita de Covid 19, no aguardo de resultado de RT-PCR para Covid e de vaga em UTI Covid. Encontra-se em uso de Ceftriaxona 2g/d + Azitromicina 500mg/d + Enoxaparina 40mg/d + Dexametasona 6mg/d D3. SSVV no momento: PA 110x70mmHg em uso de Noradrenalina 64mcg/mL 10ml/h | FC 100bpm | SpO2 90% | T 36,1°C | com sibilos à ausculta respiratória. Ventilador mecânico está configurado em VCV com VT 350



(4ml/kg de peso ideal) | FR 30irpm | Pfluxo 45 L/min | PEEP 10cmH<sub>2</sub>O | FiO<sub>2</sub> 60%, demonstrando Ppico 40cmH<sub>2</sub>O (alarme disparando Ppico alta), à pausa inspiratória, Pplateau de 20cmH<sub>2</sub>O e, à pausa expiratória, Auto-PEEP 15cmH<sub>2</sub>O. De maneira a estabilizar este doente até transferência para um serviço com fisioterapia e gasometria arterial disponíveis, qual alternativa sugere ajustes mais pertinentes no momento para o caso?

- a) Aumentar VT para 6ml/kg de peso ideal, reduzir a FR para 24irpm e aumentar trava de alarme da Ppico, para assim reduzir a Anto-PEEP devido ao consequente aumento do Tempo Expiratório, e corrigir a resistência imposta pelo broncoespasmo até resposta terapêutica a medicações broncodilatadoras
- b) Aumentar PEEP para 12cmH<sub>2</sub>O e titular FiO<sub>2</sub> até manter SpO<sub>2</sub> > 94% através de PEEP Table
- c) Manter VT em 4ml/kg de peso ideal, aumentar a FR para 35irpm e aumentar trava de alarme da Ppico, para assim reduzir a Anto-PEEP devido ao consequente aumento do Tempo Expiratório, e corrigir a resistência imposta pelo broncoespasmo até resposta terapêutica a medicações broncodilatadoras
- d) Reduzir PEEP para 08cmH<sub>2</sub>O e titular FiO<sub>2</sub> até manter SpO<sub>2</sub> > 94% através de PEEP Table

**17)** Sexo feminino, 58 anos, hipertensa em uso irregular de medicação, sem demais comorbidades, é admitida com queixa de dispneia progressiva há cerca de 6 horas, sem demais queixas. Ao exame: PA 240x130mmHg | FC 120bpm | FR 40irpm | SpO<sub>2</sub> 86% em AA | Glasgow 15 | Sibilos pulmonares disseminados bilateralmente. Qual conduta mais apropriada no momento?

- a) Furosemida 60mg EV + O<sub>2</sub> sob máscara de Venturi
- b) Salbutamol 10 puffs com espaçador 20/20min 3x + Metilprednisolona 60mg VO + O<sub>2</sub> sob máscara de Venturi
- c) Nitroglicerina 5mg/mL 10ml em SG5% 240mL em BIC + Ventilação não invasiva
- d) Furosemida 60mg EV + Salbutamol 10 puffs com espaçador 20/20min 3x + Metilprednisolona 60mg VO + O<sub>2</sub> sob máscara de Venturi



**18)** Sexo masculino, 45 anos, carga tabágica de 50 anos-maço, sem demais comorbidades conhecidas, foi admitido em UPA com queixa de dispneia progressiva nos últimos 30 dias, evoluindo com piora hoje. À admissão, encontrava-se com PA 140x100mmHg | FC 120bpm | FR 45irpm | SpO2 84% em AA | Glasgow 15 | MV abolido em HT direito, com macicez à percussão. Realizado RX que revelou derrame opacidade completa em todo HTD com desvio contralateral de mediastino. Procedida toracocentese com saída de líquido sendo retirado 1.300mL de líquido serossanguinolento, com melhora sintomática importante do paciente. RX de controle demonstrou reexpansão retorno do mediastino à linha média, com opacidade agora até 2/3 inferiores de pulmão direito. Enquanto aguardava transferência hospitalar, paciente evoluiu com sensação de mal estar, piora de dispneia, queda de PA para 90x60mmHg e creptos à ausculta em HTD. Qual a provável hipótese diagnóstica e a terapêutica?

- a) Pneumotórax hipertensivo – Toracocentese de alívio
- b) Retorno de derrame pleural – Drenagem torácica sob selo d’água
- c) Broncoespasmo – Corticoides e betagonistas
- d) Edema de reexpansão – Suporte ventilatório, hemodinâmico e furosemida

**19)** Sexo masculino, 18 anos, admitido com queixa de dor, deformidade e limitação funcional em 3º quirodáctilo direito após trauma direto há uma hora. Após analgesia, feito RX que revelou luxação interfalangeana proximal nesse quirodáctilo. Qual a conduta recomendada dentre as opções:

- a) Redução cruenta + RX de controle + imobilização antebraquio-palmar por 10-15 dias + fisioterapia posterior
- b) Redução incruenta + RX de controle + imobilização antebraquio-palmar por 10-15 dias + fisioterapia posterior
- c) Redução cruenta + RX de controle + imobilização com tala metálica por 10-15 dias + fisioterapia posterior
- d) Redução incruenta + RX de controle + imobilização tala metálica por 10-15 dias + fisioterapia posterior



**20)** Sexo masculino, sem alergias ou demais comorbidades conhecidas, vida sexual ativa com parceira fixa, procura UPA com queixa de disúria e blenorragia há 03 dias. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta recomendada?

- a) Uretrite – Ciprofloxacino 500mg VO + Ceftriaxona 500mg IM, convocar parceira e rastrear demais ISTs
- b) Uretrite – Azitromicina 500mg VO + Ceftriaxona 500mg IM, convocar parceira e rastrear demais ISTs
- c) Tricomoníase – Metronidazol 2g VO + Azitromicina 500mg VO, convocar parceira e rastrear demais ISTs
- d) Tricomoníase – Metronidazol 2g VO + Ceftriaxona 500mg IM, convocar parceira e rastrear demais ISTs

**21)** A segurança do paciente compreende a redução do risco de danos ao paciente nos serviços de saúde. Estudos estimam que a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, em particular, os eventos adversos (EA), afete de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos, o que levou sistemas de saúde em todo o mundo a melhorar a segurança do paciente. No que diz respeito à segurança do paciente, “eventos adversos” são:

- a) Efeitos de incidentes que não atingiram os pacientes.
- b) Incidentes que atingiram o paciente, mas não causaram danos à saúde.
- c) Incidentes que resultam em danos aos pacientes e podem ser temporários ou permanentes.
- d) Incidentes de pequena proporção que podem estar ligados a problemas de comunicação entre os profissionais e os pacientes ou familiares.

**22)** A estimativa de que, aproximadamente, uma em cada dez admissões hospitalares resulta na ocorrência de ao menos um evento adverso é alarmante, ainda mais se considerarmos que metade desses incidentes poderiam ter sido evitados, segundo estudos conduzidos em hospitais americanos. Sobre segurança do paciente, leia as afirmações abaixo:

I. A falha na identificação de um paciente pode iniciar no momento em que ele ingressa no sistema de atendimento. A entrada de dados equivocados nos sistemas informatizados pode provocar erros em vários momentos do processo de atendimento.



II. A predominância de falhas nos processos de comunicação institucionais é apontada também como fonte de risco para a ocorrência de eventos adversos em outras situações durante a internação. Suspensões de cirurgias, de procedimentos e de exames são comuns quando a comunicação não é efetiva entre as equipes.

III. Os erros de medicação podem ocasionar aumento do tempo de internação, complicações na evolução do quadro de saúde, necessidade de novas intervenções diagnósticas e terapêuticas e até mesmo situações de incapacidades permanentes ou a morte de pacientes. Porém, quando os erros de medicação forem identificados e não resultarem em consequências sérias aos pacientes, eles não devem ser notificados.

IV. Existem vários fatores de risco associados às quedas de pacientes, entre eles, destacam-se a idade, mobilidade física prejudicada, presença de doença aguda, equilíbrio prejudicado e estado mental diminuído. Muitas vezes esses fatores estão agravados pelo uso de medicamentos, alterações cognitivas e procedimentos médicos, que aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência de quedas.

Estão CORRETAS apenas

- a) I e III.
- b) I, II e III.
- c) II, III e IV.
- d) I, II e IV.

**23) Sobre prevenção de quedas, podemos afirmar:**

- a) Constitui uma das 6 metas internacionais para a segurança do paciente
- b) Não pode aumentar a qualidade de vida dos pacientes
- c) Nenhuma das alternativas
- d) quando existe risco de queda de um paciente, jamais identificar este paciente para evitar constrangimento, apenas descrever em prontuário.

**24) ANULADA Quais as seis metas internacionais da segurança do paciente?**



- a) Meta 1 – Identificação Correta dos Pacientes. Meta 2 – Comunicação Efetiva. Meta 3 - Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância. Meta 4 – Cirurgia Segura. Meta 5 - Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde. Meta 6 – Preve
- b) São seis metas voltadas para cirurgias, suturas, curativo e parto com segurança.
- c) Nenhuma das Alternativas
- d) Respostas da opção 01 e 02 estão corretas

25) Observa-se que, em todo o mundo, os eventos adversos, durante a prestação de assistência e tratamento, são frequentes. Devido a esse problema, em 2004 a Organização Mundial de Saúde lançou o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e, em 2013, o Ministério da Saúde instituiu ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Considerando a RDC N° 36 de 2013, assinale a alternativa CORRETA.

- a) Evento adverso é um incidente que resulta em danos à saúde e o incidente é um evento que poderia ter resultado em dano necessário à saúde.
- b) É desnecessário que as instituições de saúde definam uma lista de medicamentos padronizados, considerando critérios como: custo, segurança e efetividade.
- c) Em unidades de terapia intensiva, é frequente o uso de medicamentos potencialmente perigosos. É recomendado manter, para esses medicamentos, um número limitado de concentrações e apresentações disponíveis.
- d) Os eventos adversos que evoluírem para óbito não precisam ser notificados. Basta investigação interna da instituição de saúde

**Gabarito:**

1-b / 2-c / 3-a / 4-d / 5-a / 6-c / 7-d / 8-d / 9-d / 10-c / 11-a / 12-a / 13-d / 14-c / 15-d / 16-a / 17-c / 18-d / 19-d / 20-c / 21-c / 22-d / 23 -a / 24 - ANULADA / 25-c.

Em caso de dúvidas entrar em contato com: [nepes@upatrapichedabarra.med.br](mailto:nepes@upatrapichedabarra.med.br)