

**CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA  
CARREIRA DE MAGISTÉRIO SUPERIOR**

**EDITAL Nº 04/2016 – PROGRAD**

**PROVA ESCRITA**

Área de concurso: \_\_\_\_\_

Número de Identificação do (a) Candidato (a): \_\_\_\_\_

## **Orientações Gerais**

1. A prova escrita tem **caráter eliminatório e classificatório**;
2. A prova escrita **está sendo realizada simultaneamente** por todos os candidatos;
3. O horário de realização da prova escrita é das **8h às 12 h** (horário oficial do Acre);
4. O **candidato deverá permanecer obrigatoriamente** na sala de realização da prova escrita por, **no mínimo, uma hora** após o seu início;
5. Quando autorizado pelo Fiscal de Sala o candidato deverá preencher a área de concurso e o número de identificação do candidato na folha de rosto do caderno de resposta definitivo;
6. Será **anulada a prova que contiver assinatura**, rubrica, qualquer palavra ou marca que identifique o candidato, exceto o número de identificação fornecido pela Comissão Geral de Concurso no local indicado;
7. Nenhuma folha desta prova ou do rascunho poderá ser destacada, sob pena de desclassificação do candidato;
8. Utilize a (s) **folha (s) definitiva (s) de resposta** para responder a (s) questão (s) formuladas;
9. A prova escrita será feita pelo próprio candidato, à mão, em letra legível, com **caneta esferográfica de tinta de cor azul ou preta, fabricada em material transparente, em espaço destinado para tanto**;
10. As **anotações que estiverem em desconformidade** com este Edital ou com as instruções da prova escrita serão consideradas indevidas e não serão consideradas para efeito de correção;
11. O candidato **não deverá amassar, molhar, dobrar, rasgar, manchar** ou, de qualquer modo, **danificar a sua prova escrita**, sob pena de impossibilitar a leitura por parte dos membros da banca examinadora;
12. **Em hipótese alguma haverá substituição** da prova escrita por erro do candidato;
13. Não serão distribuídas folhas suplementares para transcrição das respostas definitivas ou para rascunho.
14. **Não serão permitidas consultas e a utilização de qualquer equipamento eletrônico, durante a realização da prova escrita**, exceto aquelas solicitadas pela banca examinadora e autorizadas pela Comissão Geral de Concurso, em edital específico, no endereço eletrônico <www.ufac.br>.
15. Será desclassificado o candidato que, durante a realização da prova escrita, for surpreendido portando, em local diverso do indicado pelos fiscais, equipamento eletrônico e/ou material de uso não autorizado, ainda que desligado.
16. De igual forma, será desclassificado o candidato cujo equipamento eletrônico e/ou material de uso não autorizado emitir qualquer tipo de ruído, alerta ou vibração, ainda que o mesmo esteja no local indicado pelos fiscais.
17. Após o término de sua prova, o candidato deverá entregar a (s) folha (a) definitiva (a) de resposta e as folhas de rascunho ao fiscal de sala.
18. O candidato que **entregar a prova não poderá retornar** ao local de sua realização em hipótese alguma;
19. Os **três últimos candidatos deverão permanecer na sala de prova** e somente poderão sair juntos do recinto, após acompanhar o lacre dos envelopes e apor em Ata suas respectivas assinaturas;
20. Os resultados da prova escrita serão publicados pela Comissão Geral de Concurso, no **dia 31 de maio de 2016**, em edital de resultado preliminar, juntamente com as chaves de correção das provas;

## PROVA TEÓRICA

1. **CASO CLÍNICO 1** - Paciente MSG, analfabeta, 86 anos, avaliada no ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas do Acre, com antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Osteoporose e Osteoartrose dos joelhos.

**Inventário medicamentoso:** omeprazol em jejum, Ibuprofeno 8/8 h se dor, Hidroclorotiazida 25 mg /dia, atenolol 50 mg/dia, losartana 50mg/dia, glibenclamida 5 mg 3 vezes ao dia, metformina 850mg 3 vezes ao dia, sinvastatina 20mg, AAS 100mg/dia, clonazepam 0,5mg à noite, Amitriptilina 10 mg à noite, alendronato de sódio, carbonato de cálcio e Vitamina D.

**Queixa Principal:** dor em joelhos e dificuldade para andar há aproximadamente 4 anos.

**Interrogatório Sintomatológico:** fadiga, anorexia, urgência miccional, disúria, dor no corpo todo. O familiar refere que trouxe a paciente para avaliação por estar alheia, as vezes confusa, esquece que realizou as refeições, os nomes dos filhos, repetitiva, faz as mesmas perguntas incessantemente, desorientada.

Com relação ao CASO CLÍNICO 1, pergunta-se: Qual teste ou escala de avaliação geriátrica deve ser aplicada nesta paciente para iniciar a investigação do estado cognitivo? Descreva as características e a interpretação do teste (VALE 1,0 PONTO).

O teste escala de avaliação geriátrica que deve ser aplicado nesta paciente é o MEEM (Mini Exame do estado mental). Instrumento extremamente útil na triagem cognitiva por ser simples, de fácil aplicação e rápido, pode ser aplicado em torno de 10 min. E o teste mais amplamente utilizado como teste de rastreio/ triagem inicial de idosos com déficit cognitivo, seguimento evolutivo e monitoramento da resposta terapêutica.

É um dos poucos testes validados e adaptados a população brasileira. Avalia vários domínios e funções cerebrais: memória, linguagem, gnosis, praxia, função executiva e visuoespacial.

E composto por 11 itens que avaliam as funções cerebrais antes colocadas:

- 1- orientação temporal: ano, mês, dia do mês, dia da semana, hora aproximada/ semestre: **5 pontos**
- 2- orientação espacial: Estado, Cidade, Bairro ou nome da rua, que local e este aqui (Local geral), em que local nós estamos agora (Local específico): **5 pontos**
- 3- registro ou memória imediata: repetir 3 palavras: **3 pontos**
- 4- atenção e cálculo: subtrair de 7 de 100 sucessivamente 5 vezes: **5 pontos**
- 5- memória de evocação: repita as 3 palavras ditas anteriormente. **3 pontos**
- 6- reconhecimento de objetos (nomear 2 objetos): **2 pontos**
- 7- repetir frase “nem aqui, nem ali, nem lá. **1 ponto**

8- comando de estágios: “apanhe esta folha de papel com a sua mão direita, dobre-a a metade e coloque-a no chão. **3 pontos**

9- escrever frase: **1 ponto**

10- ler e executar: Feche seus olhos. **1 ponto**

11- copiar dois pentágonos com interseção. **1 ponto**

É a pontuação máxima e de 30 pontos, o resultado depende diretamente do nível de escolaridade particularmente os itens atenção e cálculo, leitura e escrita.

No Brasil, foram feitas várias validações do teste, corrigindo o teste para idosos com baixa escolaridade ou analfabetos. A tendência atual é considerar o ponto de corte 18 para analfabetos/baixa escolaridade e 26 para idosos com 8 anos ou mais de escolaridade. Entretanto, o valor do teste não está só na pontuação obtida (avaliação quantitativa), e sim também no grau de dificuldade observada nas respostas dadas (avaliação qualitativa).

**2. Em um paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), o que se espera encontrar no exame físico do tórax e do aparelho respiratório (VALE 1,0 PONTO)?**

Na DPOC podemos encontrar no exame físico do tórax e aparelho respiratório:

No início da doença os sintomas não são constantes e geralmente de baixa intensidade. O exame físico do paciente pode variar de normal, ou quase normal a acentuadamente alterado, dependendo da fase em que se encontra a doença. Em estádios iniciais são poucas as alterações observadas no exame físico do paciente.

**INSPEÇÃO:** Tórax em tonel ou barril, por aumento do diâmetro anteroposterior do tórax pela insuflação pulmonar.

Dispneia aos esforços que se agrava lentamente, caminhadas, subir escadas e em fases avançadas ou em exacerbações aos pequenos esforços, atividades do cotidiano até em repouso tiragem inspiratória em regiões supra claviculares e espaços intercostais pela utilização da musculatura acessória do pescoço em casos graves.

**PERCUSSÃO:** sonoridade pulmonar normal ou hipersonoridade pulmonar a medida que a enfermidade se agrava ou avança.

Podemos encontrar deslocamento do fígado para baixo pelo rebaixamento do diafragma pela hiperinsuflação, pode levar à interpretação equivocada de hepatomegalia.

**AUSCULTA:** diminuição do murmúrio vesicular e expiração prolongada, podem aparecer sibilos, roncos e raros estertores crepitantes que geralmente indicam exacerbação, complicações ou doença mais grave.

**3. Disserte sobre a semiotécnica do exame físico da tireoide (VALE 1,0 PONTO).**

Usam-se três manobras para a palpação da tireoide: Abordagem anterior e posterior.

- 1- Abordagem posterior: paciente sentado e o examinador de pé atrás dele, as mãos e os dedos rodeiam o pescoço com os polegares fixos na nuca e as pontas dos indicadores e médios quase se tocando na linha média. O lobo direito é palpado pelos dedos médio e indicador da mão esquerda, enquanto os dedos correspondentes da outra mão afastam o esternocleido mastoideo. Para o lobo Esquerdo as coisas se invertem.
- 2- Abordagem anterior: paciente sentado ou de pé e o examinador também sentado de pé, em na frente do paciente. São os polegares que palpam a glândula e os demais dedos se apoiam nas regiões supra claviculares.
- 3- Abordagem anterior: paciente ou examinador sentados ou de pé, o examinador na frente palpa a tireoide com uma das mãos que percorre toda área da tireoide.

Em qualquer das manobras empregadas, sempre se solicitara ao paciente que faça algumas deglutições, enquanto se realiza o exame.

Também se solicitara ao paciente a flexão do pescoço ou rotações para a direita e esquerda, para provocar relaxamento do musculo esternocleidomastoideo facilitando a palpação e exame.

Com o exame podem se obter dados referentes:

- a. Volume: normal ou aumentado, difuso ou segmentar,
- b. Consistência: NORMAL, FIRME, ENDURECIDA, PETREA
- c. Mobilidade: normal ou imóvel (aderida aos planos superficiais e profundos)
- d. Superfície: Lisa, nodular, irregular
- e. Temperatura da pele: normal ou quente
- f. Presença de frêmito ou sopros: fluxo sanguíneo aumentado sugestivo de bócio toxico
- g. Sensibilidade: dolorosa ou indolor.

Em pacientes normais a tireoide pode ser palpável e impalpável, se palpável: é lisa, elástica, consistência de tecido muscular, móvel, indolor, com a temperatura da pele normal e ausência de frêmito.

As possíveis alterações encontradas são: Bócio, processos inflamatórios, nódulos, neoplasias, cistos.

Bócio: tireoide aumentada, alteração mais comum, pode se difuso ou nodular.

No bócio difuso a glândula esta aumentada em sua totalidade, não sendo encontrados nódulos palpáveis.

O Bócio nodular pode ser único ou multinodular, pode ser neoplásico ou não neoplásico.

#### **4. Cite e descreva os sete componentes da anamnese abrangente do adulto (VALE 1,0 PONTO)**

##### **1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E FONTE DA ANAMNESE**

São dados de identificação: idade, gênero, cor, profissão, estado civil, local de trabalho, naturalidade, residência, outros. A fonte da anamnese é a pessoa que informa, geralmente é o paciente, mas poderá ser algum membro ou amigo da família, cuidador, um encaminhamento médico.

##### **2. QUEIXA OU QUEIXAS PRINCIPAIS**

Sintoma (s) que motivou (aram) o paciente a buscar atendimento

##### **3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

Na HDA se expande as queixas principais, descreve como surgiu cada sintoma; inclui ideias e pensamentos do paciente sobre a doença. Deve-se identificar o sintoma guia, marcar a época do seu início, usar o sintoma guia como fio condutor da história e estabelecer as relações das demais queixas com o sintoma guia. A HDA deverá ter começo, meio e fim.

##### **4. HISTORIA PATOLÓGICA PREGRESSA (ANTECEDENTES PESSOAIS)**

Antecedentes fisiológicos

Gestação, nascimento, dentição, engatinhar, andar, fala, desenvolvimento físico, controle dos esfíncteres, aproveitamento escolar, puberdade, menarca, características do ciclo menstrual, sexualidade.

Antecedentes patológicos

Doenças sofridas pelo paciente

Na infância

Na vida adulta

Alergias

Cirurgias

Traumatismos

##### **5. HISTÓRIA FAMILIAR (ANTECEDENTES FAMILIARES)**

Menciona o estado de saúde ou idade e causa de óbito de irmãos, pais, avós. Se for casado, inclui também cônjuge e filhos. Documenta a presença ou ausência de doenças específicas na família (hipertensão, doença coronariana, etc)

Em caso de óbito indagar a idade e a causa do óbito

#### 6. HÁBITOS DE VIDA E CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

Descreve o nível educacional, características da habitação, alimentação, ocupação atual e anteriores, atividade física, vícios, condições sócio econômicas, condições culturais, vida conjugal e ajustamento familiar

#### 7. REVISÃO DE SISTEMAS (INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO)

Documenta a presença ou ausência de sintomas comuns relacionados a cada um dos principais sistemas (sintomas gerais, cabeça e pescoço, tórax, abdome, sistema genitourinário, sistema hemolinfopoiético, sistema endócrino, metabolismo, coluna vertebral e extremidades, sistema nervoso, exame psíquico e avaliação das condições emocionais

### 5. Descreva a semiotécnica do exame do abdome (VALE 1,0 PONTO)

Para o exame do abdome deve-se inicialmente colocar o paciente em um local com boa iluminação, deve-se desnudar a área a ser examinada e deve-se conhecer as características normais, especialmente a projeção dos órgãos na parede abdominal.

O abdome é dividido em nove partes (hipocôndrio D e E, Flanco D e E, Epigástrico, Mesogástrico, Hipogástrico, Fossa ilíaca D e E.

O primeiro passo do exame do abdome é a

#### 1. INSPEÇÃO

Colocar o paciente deitado, o médico ficará de pé, à direita do leito do paciente.

Deve-se observar:

Peristaltismo

Forma e volume abdominais

Abaulamento e retrações

Contorno abdominal

Superfície

Movimentos do abdome

Simetria do abdome

Pele (cicatrizes, estrias, veias dilatadas, erupções e lesões)

Umbigo (contornos e localização, sinais de inflamação, protusão sugestivos de hérnias

Pulsações

#### 2. AUSCULTA (sempre terá que ser realizada antes da percussão e da palpação)

Ruídos hidroaéreos

Borboríngos

Sopros

#### 3. PERCUSSÃO

Paciente em decúbito dorsal

Avaliar os sons abdominais (timpânico, submaciço ou maciço)

Avaliar o espaço de Traube

Percurte-se o hemitórax direito ao nível da linha hemiclavicular direita desde a clavícula até o 4º ou 5º espaço intercostal direito. A partir daí desvia-se para fora, de modo a fugir do plastrão formado pelas cartilagens das últimas costelas. Deve-se identificar onde começa a área hepática.

Durante a percussão deve-se pesquisar a presença de ascite. Visando pesquisar ascite de grande volume avalia se há sinal do piparote. Paciente em decúbito dorsal e ele mesmo ou um auxiliar coloca a borda cubital da mão sobre a linha mediana do abdome, exercendo uma ligeira pressão de modo a impedir a transmissão pela parede abdominal do impacto provocado pelo piparote. O examinador se coloca do lado direito e repousa a mão esquerda do outro lado da parede do abdome, passando então a golpear com o indicador a face lateral do hemiabdomene direito. Caso haja líquido em quantidade suficiente na cavidade peritoneal, a mão esquerda capta o choque das ondas líquidas desencadeadas pelos piparotes.

Para pesquisar ascite de médio volume, ou seja, sendo o piparote negativo, deve-se lançar mão de outra técnica denominada pesquisa da macicez móvel. A primeira etapa consiste em percutir todo o abdome estando o paciente em decúbito dorsal. Tal procedimento permite a determinação de macicez nos flancos e som timpânico na parte média do abdome, o que levanta a suspeita de haver líquido na cavidade peritoneal. Coloca-se o paciente em decúbito lateral direito e percute-se todo o abdome, caso haja ascite será detectado timpanismo no flanco esquerdo e macicez no flanco direito. Coloca-se o paciente em decúbito lateral esquerdo, percuti-se novamente o abdome e caso haja líquido observará timpanismo no flanco direito e macicez no flanco esquerdo.

Outra técnica é o semi círculo de skoda: percute-se o abdome a partir do epigástrico, radialmente em direção aos limites do abdome. Observa-se uma transição de som timpânico para o submaciço, e posteriormente para maciço, no sentido crânio caudal. A junção dos pontos de transição formam um semi-círculo.

#### 4. PALPAÇÃO

Paciente deverá estar em decúbito dorsal, usando-se técnica de palpação com a mão espalmada. Há três finalidades na palpação: 1) avaliar o estado da parede abdominal; 2) Reconhecer a posição anatômica das vísceras abdominais e detectar alterações em sua consistência; 3) explorar a sensibilidade abdominal, provocando ou exacerbando uma dor, relatada ou não pelo paciente durante a anamnese.

Nas pessoas magras e com a parede abdominal bem relaxada é possível perceber o fígado, os rins, a aorta abdominal, o ceco, o cólon transverso e o sigmoide.

A palpação do abdome compreende as etapas: a) palpação superficial; b) palpação profunda; c) palpação do fígado; d) palpação do baço e de outros órgãos; e) manobras especiais de palpação

A palpação superficial compreende o estudo da parede abdominal e das vísceras que podem alcançar a pele (investiga-se a sensibilidade, a resistência da parede, a continuidade da parede abdominal, pulsações e o reflexo cutâneo abdominal)

Deve-se investigar também os pontos dolorosos (cístico, ureteral, apendicular, epigástrico, xifoidiano, esplênico)

Na palpação profunda investiga-se os órgãos intra-abdominais, eventuais massas ou tumorações palpáveis.

Para palpar o fígado o paciente deverá estar a princípio em decúbito dorsal, relaxando a parede abdominal. Deve-se palpar o hipocôndrio direito, o flanco direito e o epigástrico, indo do umbigo ao rebordo costal. A seguir executa-se a palpação junto ao rebordo, coordenando-a com os movimentos respiratórios (durante a expiração, a(s) mão(s) do examinador ajustam-se à parede abdominal sem fazer compressão e sem se movimentar, à inspiração, a mão do examinador, ao mesmo tempo que comprime, é movimentada para cima, buscando detectar a borda hepática.

Pode-se também colocar a mão esquerda do examinador na loja renal direita do paciente, forçando-a para cima.

Pode-se também usar a técnica onde se coloca o paciente em decúbito semilateral esquerdo, enquanto o examinador se coloca do seu lado direito, voltado para os pés. As mãos do examinador, os dedos formam uma leve garra, repousam sobre o hipocôndrio direito, em seguida coordena-se a respiração com os movimentos respiratórios. À inspiração o fígado se desloca para baixo.

Palpação do baço: procede-se da mesma forma que na palpação do fígado, porém agora o órgão a ser examinado é o baço (quadrante superior esquerdo). Caso haja dificuldade em palpar o baço pela técnica descrita anteriormente, deve-se proceder a manobra de Shuster (decúbito lateral direito, estando o paciente com a perna direita estendida e a coxa esquerda fletida sobre o abdome em um ângulo de 90 graus, ademais o ombro esquerdo é elevado, colocando-se o braço correspondendo sobre a cabeça. Com o paciente nessa posição o examinador posiciona-se adiante do paciente e pousa com alguma pressão sua mão esquerda sobre a área de projeção do baço como se quisesse deslocá-lo para baixo. Enquanto isso a mão direita executa a palpação, coordenando com movimentos respiratórios do paciente, durante a inspiração o examinador avança sua mão no rumo do rebordo costal).

**6. Cite e conceitue 10 (dez) possíveis achados semiológicos que você poderia encontrar no exame físico geral de um paciente com cirrose hepática descompensada, que foi internado devido a um episódio de hematemese ocorrido há aproximadamente 4 horas (VALE 1,0 PONTO)**

1. Icterícia: coloração amarelada da pele e mucosas
2. Telangiectasias: aranhas vasculares (pequenos vasos sanguíneos)

3. Eritema palmar: avermelhidão (rubor) nas palmas das mãos
  4. Edema de membros inferiores: pernas e pés edemaciados, inchados
  5. Hipotensão arterial sistêmica: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg
  6. Flapping: tremores involuntários nas mãos
  7. Ginecomastia: mamas aumentadas de volume
  8. Pele e mucosas hipocoradas: pele e mucosas mais descoradas que normalmente
  9. Ascite: presença de líquido na cavidade peritoneal
  10. Rarefação de pelos: diminuição dos pelos distribuídos pelo corpo
7. **CASO CLÍNICO 2** - J.M.S, 76 anos, masculino, é admitido na UPA do 2º distrito devido ao quadro de dispneia, fadiga grave e astenia, distensão abdominal e edema dos tornozelos. Há informação de que à noite somente consegue dormir se colocar 4 travesseiros para apoiar a cabeça, e mesmo assim, algumas vezes, acorda com falta de ar. Relata passado de angina do peito e dispneia aos médios esforços, havendo agravamento progressivo ao longo dos últimos anos. Ao exame físico as principais alterações detectadas foram: cianose discreta, turgescência jugular, frequência respiratória de 24/min, crepitações em bases pulmonares, frequência cardíaca de 110 bpm, presença de B3 à ausculta cardíaca, hepatomegalia, ascite e edema dos tornozelos. Pressão arterial: 115/80 mmHg. A radiografia torácica mostrou um aumento da silhueta cardíaca e densidades difusas nas bases pulmonares. Com relação a esse caso, pergunta-se:
- a) **Qual a principal hipótese diagnóstica ? (VALE 0,25 PONTOS)**  
Insuficiência cardíaca congestiva
  - b) **O que explica a presença de taquicardia nesse paciente? (VALE 0,25 PONTOS)**  
A necessidade de compensação que o organismo lança mão para tentar manter o débito cardíaco em níveis adequados
  - c) **O que explica a presença da dispneia nesse paciente ? (0,5 PONTOS)**  
A presença de congestão venocapilar pulmonar
8. **CASO CLÍNICO 3** - O filho de um antigo paciente seu, o (a) procura no ambulatório para relatar o ocorrido com seu genitor e pedir orientações. Relata que seu genitor teve um AVCH (acidente vascular cerebral hemorrágico) há um mês e que apresenta sequelas. Apresenta uma TC (tomografia computadorizada) com imagem sugestiva de hemorragia em tronco encefálico – acima do bulbo. O que podemos esperar do Exame neurológico deste paciente? (Relate prováveis alterações ao exame clínico indicando a propedêutica de investigação destas alterações) (VALE 1,0 PONTO)

Trata-se de lesão acima do bulbo e, portanto, causam déficit sensitivo térmico-álgico e tátil-vibratório no hemicorpo contra-lateral à lesão e homolateral na região facial. Hipoestesia facial também é observada. Na avaliação motora, graus variados de paresia podendo haver plegia. Neste caso também homolateral na face (desvio de comissura labial, apagamento do sulco genofacial) e contra-lateral em tronco e membros.

9. **CASO CLÍNICO 4** - Paciente, 76 anos, sexo feminino, vítima de queda da própria altura apresenta dor intensa em topografia de articulação coxo-femoral direita. Suspeita-se de fratura do colo do fêmur direito. Ao exame, quais os sinais que reforçam esta hipótese diagnóstica? (VALE 1,0 PONTO)

Rotação lateral e encurtamento do membro inferior direito. Dor à mobilização.

10. **CASO CLÍNICO 5** - Criança, 1 ano e 2 meses, sexo masculino, é levado pelos genitores à UPA (Unidade de Pronto Atendimento) após episódios de vômitos e diarreia com evolução de 16 horas. Atendido, a pediatra diagnosticou um quadro de desidratação grave secundária a gastroenterocolite aguda e prescreveu, além de outras medidas terapêuticas, reposição hidroeletrólítica endovenosa. Quais os prováveis sinais observados pela médica para classificar a desidratação como grave? (VALE 1,0 PONTO)

Rebaixamento do nível de consciência (torpor). Olhos encovados, mucosas ressecadas, pele com elasticidade e turgor diminuídos.