EDITAL N. 07/2021

PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA/2022

PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

23/01/2022

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

ATENÇÃO: Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Recria tua vida, sempre, sempre.

1. Quando for permitido abrir o caderno de provas, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao aplicador de prova.

2. Este caderno consta de 50 questões objetivas. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas **uma** é a correta.

3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro, notifique-o ao aplicador de prova.

4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, rigorosamente dentro de seus limites e sem rasuras, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com rasura ou com mais de uma marcação, terá pontuação zero.

QUESTÃO 01

O exame ecocardiográfico pode ser utilizado para avaliação das complicações do infarto agudo do miocárdio. Qual das alternativas a seguir representa uma complicação da fase aguda do infarto miocárdico observada nesse exame?

(A) Expansão do miocárdio.

(B) Aneurisma do ventrículo esquerdo.

(C) Ruptura do miocárdio.

(D) Insuficiência mitral funcional.

QUESTÃO 02

As fistulas coronarianas são entidades raras, cujo tratamento pode ser realizado através de intervenção percutânea. O local de maior frequência de sua drenagem é

(A) na artéria pulmonar.

(B) nas câmaras direitas.

(C) no ventrículo esquerdo.

(D) no átrio esquerdo.

QUESTÃO 03

Em pacientes portadores de miocardiopatia hipertrófica, não é considerado um fator de risco adicional para morte súbita:

(A) a síncope durante o exercício.

(B) os múltiplos episódios de Taquicardia Ventricular sustentada.

(C) o gradiente da via de saída de ventrículo esquerdo menor que 25mmHg em repouso.

(D) a queda da pressão arterial maior que 20mmHg durante o exercício.

QUESTÃO 04

Analise o eletrocardiograma a seguir.



A arritmia identificada nesse traçado é denominada de:

(A) flutter atrial.

(B) fibrilação atrial.

(C) taquicardia atrial.

(D) marcapasso atrial migratório.

QUESTÃO 05

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente do sexo masculino, de 65 anos, hipertenso, diabético, tabagista, comparece na unidade coronariana com dor torácica atípica que se iniciou há três horas. A sua troponina I é de 14 pg/ml e a sua função renal está preservada. A radiografia de tórax não apresenta alterações. O eletrocardiograma de admissão é normal.

Nesse caso, a conduta a ser realizada em seguida é

(A) solicitar exame tomográfico contrastado do tórax.

(B) dar alta médica com pedido de prova isquêmica.

(C) seriar eletrocardiograma e enzimas cardíacas.

(D) realizar angiografia coronariana.

QUESTÃO 06

Leia o caso clínico a seguir.

> Um paciente coronariopata, em leito de UTI, previamente estável, sem uso de drogas vasoativas, em ar ambiente, passa a apresentar ritmo de taquicardia ventricular sustentado com redução da pressão arterial invasiva para valores inferiores a 70x40 mmHg.

Nesse caso, a conduta a ser realizada em seguida é

(A) administrar amiodarona em dose de ataque.

(B) cardioverter eletricamente sincronizado.

(C) iniciar manobras de RCP.

(D) administrar epinefrina.

QUESTÃO 07

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente do sexo feminino, de 75 anos e histórico de hipertensão, comparece em pronto atendimento de cardiologia assintomática. Apresenta ECG com frequência cardíaca de 100 bpm e ritmo de fibrilação atrial. A função hepática e renal está preservada. Não possui histórico de sangramento intracraniano ou gastrointestinal. No consultório, a pressão arterial encontra-se dentro do alvo terapêutico.

Nesse caso, qual deve ser a conduta?

(A) Prescrever droga antiarrítmica.

(B) Prescrever algum dos novos anticoagulantes.

(C) Prescrever antiagregante plaquetário.

(D) Não adicionar nenhum medicamento à prescrição.

QUESTÃO 08

Leia o caso clínico a seguir.

> Enfermeira de 37 anos, internada na enfermaria de clínica médica para investigar quadro de hipoglicemia recorrente. Negava patologias associadas e uso de qualquer medicação. Exame físico normal. Submetida ao teste de jejum de 72 horas, interrompido após 14 horas de jejum, com paciente sintomática. Ao término do jejum, a análise laboratorial mostrou: glicemia: 43 mg/dL; insulina: 20 µUI/mL; peptídeo c: < 0,3 ng/mL.

Nesse caso, qual o diagnóstico mais provável para essa paciente?

(A) Insulinoma.

(B) Tumores retroperitoniais e mesenquimais.

(C) Hipoglicemia factícia por insulina.

(D) Hipoglicemia induzida por sulfonilureia.

QUESTÃO 09

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente com diagnóstico de doença de Chagas apresentou arritmia cardíaca importante, imediatamente medicado com amiodarona, dose de 200 mg/dia. Após seis meses de tratamento, apresentou disfunção tireoidiana, quando foi encaminhada ao ambulatório de endocrinologia.

Nesse caso, qual alteração a seguir a droga indicada pode causar nos exames de função tireoidiana?

(A) Inibição da produção de hormônios tireoidianos.

(B) Afetação da secreção de TSH.

(C) Diminuição da absorção de levotiroxina oral.

(D) Alteração da ligação dos hormônios tireoidianos às proteínas plasmáticas.

QUESTÃO 10

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente de 34 anos, com antecedente de etilismo, admitida no serviço de urgência por descompensação diabética, com glicemia de admissão de 360 mg/dL. Após um mês, já com diabetes compensado, solicitado dosagem de peptídeo C, com resultado de 2,1 mg/dL, anticorpo anti-GAD positivo, porém com anticorpo anti-IA2 negativo.

Nesse caso, qual tipo de diabetes é o mais provável para essa paciente?

(A) Diabetes mellitus tipo 2.

(B) MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young).

(C) Diabetes mellitus tipo 1.

(D) Diabetes secundário à pancreatopatia.

QUESTÃO 11

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente com diabetes mellitus tipo 2, diagnosticado há 20 anos, com perda ponderal importante, em uso atual de metformina, dapagliflozina e liraglutida, deu entrada na unidade de terapia intensiva com quadro de mal-estar geral, náuseas e vômitos. Exames de admissão: glicemia: 211 mg/dL, creatinina: 1,1 mg/dL, pH: 7.1, bicarbonato: 12 mEq/L, corpos cetônicos na urina: +++/4+.

Baseado nesse caso clínico, qual deve ser a conclusão?

(A) Diagnóstico de cetoacidose diabética é excluído pela presença de glicemia < 250 mg/dL.

(B) Tratamento inclui apenas fluido intravenoso, sem uso de insulina.

(C) Diagnóstico mais provável de cetoacidose diabética euglicêmica associado ao uso de $iSGLT_2$.

(D) Diagnóstico mais provável de acidose lática associada ao uso de metformina.

QUESTÃO 12

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente do sexo feminino, de 51 anos, menopausada, com diagnóstico de hipertensão arterial há três anos, procurou cardiologista referindo picos hipertensivos, cada vez mais frequentes, apesar de o uso regular da medicação prescrita, associados a cefaleia e sudorese, de início há seis meses. As hipóteses diagnosticas mais prováveis foram de hipertensão arterial essencial associada a sintomas da menopausa com transtorno de ansiedade e de feocromocitoma/paraganglioma.

De acordo com os Guidelines da Endocrine Society, qual deve ser a conduta?

(A) Investigação inicial deve ser feita com dosagem de metanefrinas urinárias ou plasmáticas.

(B) Cirurgia de urgência deve ser feita imediatamente após confirmação diagnóstica e localização de feocromocitoma/paraganglioma, sem necessidade de preparo pré-operatório, pelo alto risco de complicações cardiovasculares.

(C) Ressonância magnética é considerada como método de primeira escolha para localização de feocromocitoma e paraganglioma.

(D) Prevalência de feocromocitoma e paraganglioma em pacientes ambulatórias com hipertensão varia de 4% a 8%.

— QUESTÃO 13 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Uma mulher de 27 anos de idade dá entrada na unidade de emergência com dor intensa e distensão abdominal. Tem história de diarreia crônica com episódios de enterorragia nos últimos três meses e importante perda de peso de 7 kg nesse período. A dor abdominal é tipo cólica e mais intensa em fossa ilíaca direita. No exame físico há sinais de irritação peritoneal e a tomografia mostra presença de ar livre no peritônio. Levada para laparotomia de urgência e constatada múltiplas áreas de estenose e perfuração no íleo terminal. O reto está poupado. Efetua-se uma ressecção da área perfurada.

Qual dos seguintes achados no exame anatomopatológico da peça ressecada vai confirmar o diagnóstico desta paciente?

(A) Abcesso das criptas.

(B) Vilosidades planas.

(C) Granuloma não caseoso em toda parede intestinal.

(D) Coloração especial para Clostridium difficile.

— QUESTÃO 14 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Uma paciente gestante, chega ao Brasil procedente da Índia para passar suas férias, está com 20 semanas de gestação, após 10 dias inicia quadro de icterícia, elevação das transaminases e rebaixamento do nível de consciência; é internada em unidade de terapia intensiva, mas vem a óbito três dias depois. O diagnóstico foi hepatite viral fulminante.

Qual das hepatites virais tem maior probabilidade de causar hepatite fulminante em mulheres grávidas?

(A) Hepatite B.

(B) Hepatite C.

(C) Hepatite D.

(D) Hepatite E.

— QUESTÃO 15 —

Qual das condições clínicas não é uma causa provável de hepatite crônica?

(A) Hepatite autoimune.

(B) Hepatite A.

(C) Hepatite B.

(D) Hepatite C.

— QUESTÃO 16 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente do sexo masculino, de 45 anos de idade, com história de alcoolismo por 20 anos, queixa de diarreia frequente, com fezes gordurosas, cólicas abdominais e tomografia computadorizada mostrando pâncreas irregular com calcificações no parênquima.

Sobre a pancreatite crônica, sabe-se que

(A) é a substituição reversível do parênquima pancreático normal por áreas de fibrose.

(B) é, em geral, progressiva, mesmo com a retirada do fator causal.

(C) o tabagismo não contribui para piora da lesão pancreática.

(D) o tratamento cirúrgico tem indicação assim que haja presença de coleções intracavitárias.

— QUESTÃO 17 —

Em relação à Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA), sabe-se que

(A) como está fortemente relacionada à síndrome metabólica, não é observada em indivíduos não obesos.

(B) exames laboratoriais fecham o diagnóstico de DHGNA.

(C) é a doença crônica do fígado mais comum em um contexto mundial.

(D) estima-se que até 10% da população norte-americana seja portadora da DHGNA.

— QUESTÃO 18 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Um jovem de 15 anos, é levado para avaliação ambulatorial por sua mãe. O rapaz se encontra em bom estado geral, levemente ictérico, mas sem queixas álgicas, nega febre ou qualquer outro sintoma. Seus exames de laboratório não apresentam alterações nas transaminases, mas a bilirrubina total se encontra elevada (4,5 mg/dL) com predomínio da fração indireta (3 mg/dL) sobre a direta (1.5 mg/dL).

Qual é a causa mais provável para esta patologia?

(A) Hepatite pelo vírus A.

(B) Deficiência na produção da enzina UGT1A1.

(C) Aumento no depósito de cobre no fígado.

(D) Hepatite autoimune.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões **19** e **20**.

Paciente de 26 anos foi submetida a procedimento urológico invasivo para retirada de cálculo renal, com inserção de cateter em via urinária. Paciente apresentou, cerca de 24 horas após o procedimento, bacteremia e insuficiência respiratória aguda com necessidade de intubação orotraqueal e suporte intensivo. O hematologista foi chamado para avaliação, pois a paciente apresentava sangramento de via aérea superior. Exames demonstraram uma hemoglobina de 10,5 g/dL, leucocitose com neutrofilia, plaquetopenia de 42 mil associada a TTPA: 182s, TAP: 41%, D-dímero de 2245 ng/mL e fibrinogênio de 52 mg/dL.

— QUESTÃO 19 —

Nesse caso, a melhor hipótese diagnóstica para a paciente é:

(A) púrpura trombocitopênica trombótica.

(B) coagulopatia intravascular disseminada.

(C) síndrome hemolítico urêmica.

(D) púrpura trombocitopênica imune.

— QUESTÃO 20 —

Diante da hipótese diagnóstica, a conduta hemoterápica deve ter como meta manter

(A) hemoglobina acima de 10 g/dL.

(B) plaquetas acima de 100 mil.

(C) fibrinogênio acima de 150 mg/dL.

(D) atividade de protrombina em 100%.

— QUESTÃO 21 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino foi encaminhado para avaliação de eosinofilia persistente associada a prurido e fadiga. No exame físico, foi observado esplenomegalia de 8 cm. Exames complementares demonstraram a presença de miocardiopatia restritiva e biópsia de medula óssea com hipercelularidade, eosinofilia e presença de numerosos mastócitos.

Nesse caso, o diagnóstico provável é:

(A) leucemia mieloide crônica com rearranjo BCR-ABL.

(B) leucemia neutrofílica crônica com mutação CSF3R.

(C) neoplasia mieloide com rearranjo PDGFRA.

(D) policitemia vera com presença de mutação da JAK2.

— QUESTÃO 22 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino de 29 anos, com quadro de trombose venosa profunda espontânea em membro inferior direito. Exames demonstraram leve plaquetopenia associada a alargamento do TTPA, sem correção após realização do teste de mistura.

Nesse caso, qual é a hipótese diagnóstica?

(A) Trombose associada ao fator V de Leiden.

(B) Trombose associada à mutação da protrombina.

(C) Trombose associada à presença de anticorpo anti-ADAMTS13.

(D) Trombose associada à presença de anticoagulante lúpico.

— QUESTÃO 23 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 53 anos foi internado por náuseas e vômito associados à piora da função renal. Em investigação, foram observados pico monoclonal IGG/kappa, glicosúria normoglicêmica, hipofosfatemia, hipouricemia e acidose tubular renal proximal. Exame de medula óssea com cerca de 4% de plasmócitos anaplásicos.

Nesse caso, o diagnostico é:

(A) síndrome de Fanconi adquirida.

(B) linfoma de zona marginal.

(C) linfoma linfoplasmocitoide.

(D) síndrome de lise tumoral.

— QUESTÃO 24 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 56 anos foi internado com quadro de hepatomegalia dolorosa, de instalação aguda, associada a ascite com ultrassom doppler demonstrando trombose de veias hepáticas. Exames demonstraram a presença de pancitopenia com haptoglobina indetectável.

Nesse caso, a principal hipótese diagnostica é:

(A) anemia aplástica.

(B) hemoglobinúria paroxística noturna.

(C) síndrome mielodisplásica hipocelular.

(D) anemia hemolítica autoimune.

— QUESTÃO 25 —

O fenótipo Bombay é caracterizado sorologicamente pela perda total da atividade das transferases A, B e H nos eritrócitos e pela grande quantidade de anti-H naturais no plasma, reativos a 37 ºC, ativadores de complemento, portanto de grande importância clínica, pois podem induzir reações transfusionais hemolíticas imediatas graves. Indivíduos com este fenótipo devem receber sangue do tipo:

(A) O.

(B) O_h.

(C) A.

(D) B.

— QUESTÃO 26 —

Considerando as dificuldades em distinguir se a nefropatia membranosa é primária ou secundária, o achado histopatológico que sugere que ela seja primária é

(A) microscopia eletrônica com depósitos subepiteliais, mesangiais e subendoteliais.

(B) PLA2R negativo.

(C) C1q marcadamente positivo.

(D) predominância de depósito da subclasse IgG4.

— QUESTÃO 27 —

A presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) associada à hipocalemia e alcalose metabólica sugere que a causa da hipertensão possa ser hiperaldosteronismo primário (HAP). Considerando essa hipótese como causa da HAS, sabe-se que

(A) o diagnóstico definitivo é fundamental, sendo que o tratamento adequado do HAP pode melhorar até mesmo alterações neuropsiquiátricas, que também podem estar presentes nesses pacientes.

(B) quanto maior o grau de hipertensão, menor a chance de se confirmar a causa da HAS como sendo a HAP.

(C) a hipocalemia e alcalose metabólica são achados fundamentais para o diagnóstico de HAP.

(D) a HAS não sendo controlada com bloqueadores dos receptores de mineralocorticoides afasta o diagnóstico de HAP.

— QUESTÃO 28 —

São causas de hiponatremia aguda:

(A) ressecção transuretral da próstata e histeroscopia.

(B) uso de antidepressivos bloqueadores da recaptação de serotonina.

(C) síndrome nefrótica, insuficiência cardíaca congestiva e doença renal crônica.

(D) uso de clortalidona e hidroclorotiazida.

— QUESTÃO 29 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Paciente com monilíase sistêmica causada pela Candida lusitaniae e em uso de anfotericina B por dez dias, sem resposta, passa a responder somente depois de mudado o regime para caspofungina. O paciente utilizou uma preparação de Anfotericina B lipossomal, entretanto evoluiu com acidose metabólica e urina com pH = 8,0.

Nesse caso, sabe-se que

(A) a lesão renal causada pelo fungo levou às alterações eletrolíticas e ácido-básicas encontradas no paciente.

(B) a acidose sistêmica ocorreu por vazamento retrógrado no túbulo distal do H+, normalmente secretado. A causa é aumento da permeabilidade do túbulo distal por lesão pela anfotericina B, mesmo tendo sido utilizada a lipossomal.

(C) a acidose sistêmica ocorreu por perda da secreção de bicarbonato no túbulo distal, devido à ação nefrotóxica da anfotericina B, a qual nem deveria ter sido utilizada, pois a Candida lusitaniae é resistente à anfotericina B.

(D) o pH ácido da urina ocorreu pelo aumento da perda de H+ causado pela acidose sistêmica.

— QUESTÃO 30 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Uma mulher de 22 anos obesa apresenta-se ao departamento de emergência com aumento dos episódios de crises de enxaqueca. Além do diagnóstico prévio de migrânea, refere ter asma leve e obstipação recorrente. Os ataques estão ocorrendo quatro dias por semana e duram o dia inteiro.

Qual a melhor medicação preventiva para essa paciente?

(A) Amitriptilina.

(B) Propranolol.

(C) Sumatriptano.

(D) Topiramato.

— QUESTÃO 31 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Um homem de 30 anos com história de enxaqueca frequente com aura teve vários AITs (ataque isquêmicos transitórios). A história familiar revela que seu pai também teve enxaqueca com aura e mais tarde desenvolveu uma doença neurológica desconhecida. Quando questionado ainda mais, o paciente diz que seu pai desenvolveu demência na casa dos cinquenta, teve múltiplos AVCs (acidente vascular cerebral), perdendo a capacidade de andar, exigindo uma cadeira de rodas.

Nesse caso, qual gene é afetado neste distúrbio?

(A) Gene receptor de canal de cálcio tipo P / Q.

(B) Gene de RNA em mt3243.

(C) Gene CACNA1A.

(D) Gene NOTCH3.

— QUESTÃO 32 —

Em relação às vias diretas e indiretas dos gânglios da base, sabe-se que

(A) distúrbios do movimento hipercinéticos resultam de aumento da atividade na via indireta.

(B) distúrbios do movimento hipocinético resultam de aumento da atividade na via direta.

(C) o efeito fisiológico na via indireta é para aumentar o movimento.

(D) distúrbios do movimento hipercinéticos resultam de redução de atividade na via indireta.

— QUESTÃO 33 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Uma mulher de 45 anos com esclerose múltipla tipo surto remissão com cinco anos de diagnóstico desenvolve nova fraqueza na perna direita, com dificuldade para andar mais de três metros sem suporte. Ela não tem febre ou infecção recente e não começou nenhum novo medicamento. Ao ser examinada, observa-se o aumento dos reflexos na perna direita em comparação com o exame anterior, presença de um sinal de Babinski à direita e um adutor cruzado à direita.

Nesse caso, deve-se concluir que

(A) o sinal de Babinski é consistente com uma placa desmielinizante no trato espinotalâmico.

(B) a fraqueza é devido a um distúrbio do neurônio motor inferior.

(C) a Metilprednisolona intravenosa é o tratamento de escolha.

(D) um adutor cruzado é um sinal claro de doença na medula cervical.

— QUESTÃO 34 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Um paciente sofre uma grande hemorragia intracraniana. Ao exame físico, ele está em coma com a pupila direita midriática fixa e parece ter uma hemiparesia do lado esquerdo. Sobre subsequente ressonância magnética realizada, existe uma hemorragia visualizada causando efeito de massa, mas também há um infarto isquêmico na distribuição da artéria cerebral posterior direita.

Qual tipo de herniação este paciente provavelmente tem?

(A) Hérnia uncal.

(B) Herniação subfalcina.

(C) Herniação tonsilar.

(D) Herniação transtentorial central.

— QUESTÃO 35 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Um paciente apresenta HSA (hemorragia subaracnoidea) não traumática. Na admissão ele está sonolento e confuso, mas movendo os quatro membros. Ele tem um aneurisma na artéria cerebral média esquerda e passou por tratamento endovascular com sucesso. No sexto dia de internação, seu estado mental declina e seu braço e perna direitos tornam-se mais fracos.

Qual é a causa mais provável de seus novos sintomas?

(A) Hidrocefalia aguda.

(B) Ressangramento.

(C) Efeito de massa do hematoma.

(D) Vasospasmo.

— QUESTÃO 36 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Uma mulher de 54 anos tem história de dor abdominal, diarreia, perda de peso e uma forma indeterminada de artrite que ela desenvolveu há aproximadamente seis meses. Ela apresenta uma demência progressiva e movimentos anormais dos olhos associados a movimentos rítmicos da boca e do nariz. Uma biópsia duodenal é realizada e mostra material ácido periódico de Schiff positivo.

Nesse caso, deve-se concluir que

(A) o agente causador é Tropheryma whippelii.

(B) a proteína 14-3-3 positiva no liquor faz o diagnóstico.

(C) o tratamento de escolha deve ser evitar glúten.

(D) a deficiência de vitamina B12 é a principal causa dessas manifestações neurológicas.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de **37** e **38**.

> Paciente do sexo masculino, de 57 anos, tabagista desde os 15 anos, fuma cerca de 20 cigarros ao dia. Nega patologias prévias ou uso de medicações contínuas. Alega dispneia aos moderados esforços progressiva há cinco anos e tosse seca recorrentes. Nega febre, nega escarro, nega perda de peso ou perda de apetite. Refere que sente vontade de parar de fumar e sente necessidade de parar, mas acha difícil conseguir. Alega já ter tentado algumas vezes, mas não conseguiu devido à ansiedade e ao nervosismo. Ao acordar, fuma cerca de dez minutos após, sendo o primeiro cigarro o mais prazeroso e acha difícil ficar em locais onde não pode fumar e, mesmo doente, fuma. Alega não ter um horário específico que fuma mais. Veio para consulta para avaliação de rotina.

— QUESTÃO 37 —

O paciente apresenta-se em qual grau motivacional?

(A) Pré-contemplação.

(B) Contemplação.

(C) Preparação.

(D) Ação.

— QUESTÃO 38 —

Qual a melhor abordagem para cessação do tabagismo nesse paciente?

(A) Iniciar medicação ansiolítica.

(B) Iniciar adesivo de nicotina.

(C) Iniciar medicação ansiolítica e adesivo de nicotina.

(D) Adotar abordagem comportamental.

— QUESTÃO 39 —

Conforme o teste de Fargerstrom, a dependência a nicotina desse paciente apresenta-se:

(A) baixa.

(B) média.

(C) elevada.

(D) muito elevada.

— QUESTÃO 40 —

Quais exames indicados para melhor avaliação desse paciente, considerando a sua carga tabágica e idade?

(A) Espirometria e raio X de tórax.

(B) Tomografia de tórax e espirometria.

(C) Espirometria e broncoscopia.

(D) Raio X de tórax e hemograma.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de **41** e **42**.

> Paciente do sexo feminino, de 41 anos, refere ter asma desde os cinco anos de idade. Alega que faz uso de salbutamol apenas nas crises. Informa que nos últimos meses vem apresentando sintomas de dispneia diárias principalmente pela manhã e à noite, que aliviam com uso de salbutamol. Acorda com tosse seca e dispneia pelo menos uma vez por semana. Nega escarro, nega febre, nega perda de apetite, nega sintomas nasais ou gástricos. Nega uso de medicações contínuas.

— QUESTÃO 41 —

Como classificar o controle dessa paciente?

(A) Controlada.

(B) Não controlada.

(C) Parcialmente controlada.

(D) De difícil controle.

— QUESTÃO 42 —

Qual é o melhor tratamento indicado para essa paciente?

(A) Manter salbutamol de resgate e corticoide oral por cinco dias.

(B) Iniciar corticoide inalatório de baixa dose e formoterol contínuo e de resgate.

(C) Prescrever corticoide inalatório de baixa dose e formoterol de resgate apenas.

(D) Prescrever formoterol contínuo e de resgate.

— QUESTÃO 43 —

Qual é o tratamento preferencial nas crises para essa paciente, conforme GINA (2020)?

(A) Corticoide inalatório e formoterol.

(B) Salbutamol somente.

(C) Corticoide oral e salbutamol.

(D) Corticoide oral e formoterol.

— QUESTÃO 44 —

Com o objetivo de predizer a ocorrência de fraturas em pacientes com osteoporose, o Centro para Doenças Osteometabólicas colaborador da OMS desenvolveu a ferramenta FRAX (Fracture Risk Assessment Tool), que é

(A) um algoritmo com base em computador que calcula a probabilidade absoluta de ocorrência de fratura maior e de fratura do quadril em 10 anos.

(B) uma ferramenta que calcula o risco relativo de fratura, associando as características individuais de sexo e procedência à densitometria da coluna vertebral.

(C) composta dos seguintes fatores de risco dicotomizados: história de fratura atual, história familiar de fratura do úmero, tabagismo prévio e exposição a glicocorticoides no último mês.

(D) um algoritmo que deve ser usado igualitariamente, visto que a probabilidade de fratura não difere entre as regiões do mundo, não sendo necessária sua calibração entre os países que a utilizam.

— QUESTÃO 45 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Homem de 26 anos queixa-se de dor na região lombar, de início há 18 meses, que melhora com a movimentação e piora com o repouso. Nega parestesias das extremidades e/ou alteração da força muscular. Nega comorbidades prévias. Ao exame físico, apresenta limitação da mobilidade lombar nos planos frontal e sagital, limitação da expansibilidade torácica e teste de Schober igual a 13 cm. ASDAS = 3,0. A ressonância magnética das articulações sacroilíacas mostra edema medular ósseo e erosões na articulação sacroilíaca direita. VHS = 45 mm. PCR = 10,0 mg/dL.

Considerando-se a principal hipótese diagnóstica para este paciente, o tratamento de primeira linha, de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia (2019), deve ser feito com

(A) metotrexato.

(B) secuquinumabe.

(C) etanercepte.

(D) anti-inflamatório não hormonal.

— QUESTÃO 46 —

Leia o caso clínico a seguir.

> Mulher de 32 anos apresentando espessamento cutâneo dos quirodáctilos, proximal às articulações metacarpofalangeanas, edema difuso das mãos e dos pés e fenômeno de Raynaud, há um ano, em uso de prednisona 20 mg/dia (por conta própria), é admitida no pronto-socorro com insuficiência renal aguda e hipertensão arterial maligna, de início há três dias. Ao exame físico, apresenta PA = 180/110 mmHg, FC = 100 bpm, T axilar = 36,6 ºC, aparelho cardiopulmonar e abdome sem anormalidades. Os exames laboratoriais mostram anemia, plaquetopenia, presença de esquizócitos no sangue periférico, e disfunção renal com aumento de ureia e creatinina. A contagem de glóbulos brancos, as enzimas hepáticas e as enzimas musculares estão dentro dos limites de normalidade.

Dentre os autoanticorpos listados, qual está relacionado ao quadro atual descrito nesse caso?

(A) C-ANCA.

(B) Anti-RNA polimerase III.

(C) Anti-DNA de dupla hélice.

(D) Anti-topoisomerase I.

— QUESTÃO 47 —

Em um paciente com granulomatose com poliangeíte, clinicamente classificada com a forma generalizada, a terapia de indução deve ser realizada com

(A) ciclofosfamida, em pulsoterapia, em três doses, com intervalo de duas semanas entre elas; seguidas de 3-6 doses, com intervalo de três semanas entre elas.

(B) azatioprina, por via oral, na dose de 2 mg/kg/dia, durante seis meses; seguida da dose de 1 mg/kg/dia, durante 12 meses.

(C) metotrexato, por via intramuscular, na dose de 15 a 25 mg/semana, durante 24 meses.

(D) micofenolato mofetil, por via oral, na dose de 2-3 gramas/dia, associado à sulfametoxazol-trimetoprim 400/80 mg/dia, durante seis meses.

— QUESTÃO 48 —

De acordo com as recomendações do Colégio Americano de Reumatologia (2019) para o manejo da osteoartrite de joelhos, uma opção farmacológica fortemente recomendada é

(A) a colchicina.

(B) o bisfosfonato.

(C) o anti-inflamatório não hormonal tópico.

(D) a hidroxicloroquina.

— QUESTÃO 49 —

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica, cujo principal sintoma é a dor difusa, generalizada, que atinge as regiões axiais e periféricas do corpo. No tratamento farmacológico desta entidade, qual opioide tem demonstrado benefício, por apresentar uma dupla ação, analgésica e inibitória da recaptação de monoaminas?

(A) Oxicodona.

(B) Tramadol.

(C) Fentanil.

(D) Codeína.

— QUESTÃO 50 —

Pelos critérios de classificação ACR/EULAR (2015), um paciente pode ser classificado com gota se preencher ao critério de inclusão e ao critério suficiente. O critério de inclusão é categorizado por

(A) eritema sobre as articulações afetadas, que pode ser reportado pelo paciente ou observado pelo médico.

(B) grande dificuldade para andar ou incapacidade de usar a articulação afetada.

(C) presença de cristais de urato monossódico em articulação sintomática ou bursa, ou presença de tofo.

(D) pelo menos um episódio de edema, dor ou sensibilidade em uma articulação periférica ou bursa.