



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Edital nº 70/2020-HC – Edital nº 68/2020-HT – Prova Objetiva – 06/12/2020



INSCRIÇÃO	TURMA	NOME DO CANDIDATO
-----------	-------	-------------------

ASSINO DECLARANDO QUE LI E COMPREENDI AS INSTRUÇÕES ABAIXO:	ORDEM
---	-------

112 – Neurologia R4 - Dor Áreas com Pré-Requisito

INSTRUÇÕES

- Confira, acima, o seu número de inscrição, turma e nome. Assine no local indicado.
- Aguarde autorização para abrir o caderno de prova. Antes de iniciar a resolução das questões, confira a numeração de todas as páginas.
- A prova é composta de 50 questões objetivas.
- Nesta prova, as questões objetivas são de múltipla escolha, com 5 alternativas cada uma, sempre na sequência **a, b, c, d, e**, das quais somente uma deve ser assinalada.
- A interpretação das questões é parte do processo de avaliação, não sendo permitidas perguntas aos aplicadores de prova.
- Ao receber o cartão-resposta, examine-o e verifique se o nome nele impresso corresponde ao seu. Caso haja irregularidade, comunique-a imediatamente ao aplicador de prova.
- O cartão-resposta deverá ser preenchido com caneta esferográfica de tinta preta, tendo-se o cuidado de não ultrapassar o limite do espaço para cada marcação.
- Não será permitido ao candidato:
 - Manter em seu poder relógios e qualquer tipo de aparelho eletrônico ou objeto identificável pelo detector de metais. Tais aparelhos deverão ser DESLIGADOS e colocados OBRIGATORIAMENTE dentro do saco plástico, que deverá ser acomodado embaixo da carteira ou no chão. É vedado também o porte de armas.
 - Usar boné, gorro, chapéu ou quaisquer outros acessórios que cubram as orelhas, ressalvado o disposto no item 4.3.3 do Edital.
 - Usar fone ou qualquer outro dispositivo no ouvido. O uso de tais dispositivos somente será permitido quando indicado para o atendimento especial.
 - Levar líquidos, exceto se a garrafa for transparente e sem rótulo.
 - Comunicar-se com outro candidato, usar calculadora e dispositivos similares, livros, anotações, régua de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
 - Portar carteira de documentos/dinheiro ou similares.
 - Usar óculos escuros, exceto quando autorizado por meio de solicitação de Atendimento Especial.
 - Emprestar ou tomar emprestados materiais para a realização das provas.
 - Ausentar-se da sala de provas sem o acompanhamento do fiscal, conforme estabelecido no item 7.11, nem antes do tempo mínimo de permanência estabelecido no item 7.14, ou ainda não permanecer na sala conforme estabelecido no item 7.15 do Edital.
 - Fazer anotação de informações relativas às suas respostas (copiar gabarito) fora dos meios permitidos.

Caso alguma dessas exigências seja descumprida, o candidato será excluído deste processo seletivo.

- Será ainda excluído deste Processo Seletivo o candidato que:
 - Lançar mão de meios ilícitos para executar as provas.
 - Ausentar-se da sala de provas portando o cartão-resposta e/ou o caderno de prova, conforme os itens 7.14 e 7.16.b do Edital.
 - Perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos e/ou agir com descortesia em relação a qualquer dos examinadores, executores e seus auxiliares, ou autoridades presentes.
 - Não cumprir as instruções contidas no caderno de prova e no cartão-resposta.
 - Não permitir a coleta de sua assinatura.
 - Não se submeter ao sistema de identificação por digital e detecção de metal.
 - For surpreendido sem o correto uso de máscara (boca e nariz cobertos) durante o período de aplicação da prova.
- Ao concluir a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao aplicador de prova. Aguarde autorização para entregar o caderno de prova e o cartão-resposta.
- Após a entrega do material ao aplicador de prova, você deve dirigir-se imediatamente ao portão de saída e retirar-se do local de prova, sob pena de ser excluído do processo seletivo.
- Se desejar, anote as respostas no quadro disponível no verso desta folha, recorte na linha indicada e leve-o consigo.

Clínica Médica

Cirurgia Geral

DURAÇÃO DESTA PROVA: 4 HORAS



.....

RESPOSTAS

01 -	06 -	11 -	16 -	21 -	26 -	31 -	36 -	41 -	46 -
02 -	07 -	12 -	17 -	22 -	27 -	32 -	37 -	42 -	47 -
03 -	08 -	13 -	18 -	23 -	28 -	33 -	38 -	43 -	48 -
04 -	09 -	14 -	19 -	24 -	29 -	34 -	39 -	44 -	49 -
05 -	10 -	15 -	20 -	25 -	30 -	35 -	40 -	45 -	50 -

CLÍNICA MÉDICA

01 - Ciclista é abalroado por um carro e cai. Por sentir dores no tórax, vai ao pronto atendimento onde lhe são administradas 10 mg de morfina subcutânea. Ao receber alta, 10 mg de morfina via oral lhe são prescritas para uso em caso de dor. No entanto, mesmo depois de ter tomado 10 mg de morfina, a dor continua insuportável e ele tem náuseas e vômitos. Nesse caso:

- a) recomenda-se o aumento da dose da morfina para uma dose terapêutica.
- b) prescreve-se naltrexona 50 mg para amenizar os efeitos tóxicos da morfina.
- ▶ c) prescreve-se diclofenaco 75 mg via oral, para alívio da dor.
- d) não se deve tratar até a análise dos exames solicitados no pronto atendimento.
- e) prescreve-se gabapentina 300 mg, pois tanto aliviará a dor quanto induzirá ao sono.

02 - Homem de 71 anos procura o pronto atendimento e se queixa de uma dor terrível na coluna, causada por metástase de carcinoma de próstata. Para o controle da dor, foi administrado tramadol 100 mg e, ante a falta de melhora, mais quatro comprimidos de aspirina 500 mg com alguma melhora, obscurecida pela intolerância gastrointestinal. No curto prazo, a conduta é:

- ▶ a) prescrever opioide em baixa dose (ex.: morfina de liberação lenta 10 mg/dia ou metadona 5 mg/dia), e também naproxeno 500 mg de 12/12 horas, assim como inibidor da bomba de prótons.
- b) encaminhar o paciente para radioterapia de urgência, efetiva nas dores secundárias a metástases.
- c) prescrever adesivos de fentanila 25 mcg/h, por ser a terapia mais atual para as dores metastáticas.
- d) prescrever adesivo de lidocaína 5% para aplicação sobre a zona dolorosa da coluna.
- e) prescrever calcitonina intranasal, mais adequada para dores de metástases ósseas.

03 - Paciente de 63 anos com câncer de pulmão com metástases em seus gânglios linfáticos, vértebras e nos ossos de seu ombro direito, com uma expectativa de vida de no máximo seis meses, queixa-se de dor dolente envolvendo o ombro e o braço com intensidade 10, em uma escala máxima de 10. Essa dor faz com que ela restrinja suas interações com seus familiares. Por ocasião do atendimento, a paciente havia tentado sem sucesso tratamento com AINH e analgésicos comuns e vinha fazendo uso de codeína 30 mg, um comprimido de 6/6 horas. A partir do caso apresentado, a conduta é:

- ▶ a) substituir a codeína por metadona 5 a 10 mg de 12/12 a 8/8 horas.
- b) realizar bloqueio anestésico guiado por tomografia do nervo infraespinhoso.
- c) realizar infiltração com lidocaína + dexametasona da articulação glenoumeral direita.
- d) suspender a codeína por inefetiva e prescrever duloxetina 30 mg/manhã.
- e) dessensibilizar a paciente de opioides utilizando uma infusão de cetamina em dose subanestésica.

04 - Um policial de 40 anos consulta o médico por episódios intermitentes de dor lombar diária no último ano, mais persistentes nos últimos cinco dias. Teve dores semelhantes no ano anterior, e uma radiografia recente da coluna estava normal. Não havia história de queda ou trauma, tampouco compatível com malignidade, cálculos renais, tuberculose ou doença do tecido conjuntivo. Seus exames clínico e neurológico eram normais. Uma tentativa prévia de fisioterapia havia fracassado e o paciente mostrava-se pessimista com relação à sua capacidade, com autoestima baixa e preocupado com questões familiares. Nesse caso, a conduta é:

- a) recomendar atividade física, relaxamento e alongamento, liberando-o do trabalho por 30 dias para que se recupere em razão do diagnóstico de dor psicossomática.
- b) prescrever paracetamol 750 mg de 8/8 horas, emplastro de ácido acetilsalicílico diário por 7 dias, banhos quentes e sessões de *mindfulness* por conta do diagnóstico *maladie lombo-sacrée chronique*.
- c) ante a benignidade da condição, indicar acupuntura, por seu efeito analgésico, miorelaxante e antidepressivo.
- d) prescrever ciclobenzaprina 10 mg, pelos seus efeitos analgésicos e miorelaxantes, e indometacina 50 mg 1 cápsula de 6/6 horas.
- ▶ e) prescrever codeína 30 mg de meio a 1 cp. de 8/8 horas e duloxetina de 30 a 90 mg/manhã, fisioterapia e medidas comportamentais.

05 - Mulher de 50 anos consulta por queixa de dores em todo o corpo e insônia. Tem história de tratamento prévio com celecoxibe 200 mg/dia e ciclobenzaprina 20 mg/dia. Seu histórico incluía epilepsia na infância, hipertensão e insônia. Ela tinha um índice de dor generalizado (WPI) de 13 e uma pontuação na escala de gravidade dos sintomas (SS) de 6. Os exames laboratoriais não revelaram nenhuma evidência de artrite reumatoide ou outra doença do colágeno. Baseado nessas informações, o diagnóstico e o tratamento são, respectivamente:

- ▶ a) fibromialgia – pregabalina e duloxetina nas doses máximas toleradas.
- b) síndrome de Ehler-Danlos – escleroterapia sistêmica.
- c) fibromialgia – infusão intravenosa de lidocaína para alívio inicial da dor.
- d) forma soronegativa da artrite reumatoide – cápsulas de hidroxiquina na dose de 400 mg/dia.
- e) forma soronegativa da artrite reumatoide – pulsoterapia com metilprednisolona, seguida de deflazacorte via oral.

06 - Homem de 41 anos, diabético tipo II, consulta por fortes dores grau 9/10, em queimação, associadas a sensação de formigamento e de calor nos pés, progressiva, há dois anos. Tem baixo nível de alívio com analgésicos e a dor é agravada ao ficar em pé e andar. Seus medicamentos incluem amitriptilina 50 mg/noite, gabapentina 600 mg 12/12 horas, aspirina 81 mg/almoço, losartana 25 mg 12/12 horas, metformina 1000 mg 12/12 horas, sinvastatina 20 mg/noite e oxicodona 20 mg 12/12 horas. A partir do caso, o médico deve:

- a) indicar bloqueio analgésico epidural, pois os métodos farmacológicos racionais foram esgotados.
- ▶ b) prescrever tratamento tópico com pomada de lidocaína a 5%, duas a três vezes ao dia.
- c) prescrever topiramato, pois sua farmacodinâmica na estabilização de membranas difere da gabapentina.
- d) prescrever canabidiol, cujo efeito analgésico é três vezes maior que o da morfina.
- e) prescrever liraglutide em doses subcutâneas diárias, iniciando em 0,6 mg, progredindo quinzenalmente para 1,2 e para 1,8 mg, pois ajudará no controle do diabetes e da dor neuropática.

07 - Mulher com 30 anos, secretária, comparece ao pronto atendimento por cefaleia pericranial tipo “pontadas” precipitada pela tosse com duração de minutos. Desde a instalação do quadro, ele tornou-se mais frequente. Percebeu também que alguns esforços desencadeiam dor de cabeça similar. Seu exame neurológico foi normal. Nesse caso, o diagnóstico, a investigação e o tratamento são, respectivamente:

- a) provável cefaleia da hipertensão intratorácica – tomografia de crânio e do tórax – nimesulida 50 mg duas a três vezes ao dia.
- b) provável síndrome de Valsalva – punção lombar com raquimanometria inicial e final + exame do LCR – codeína 30 mg 0,5 a 1 cp até de 6/6 horas.
- c) provável hipertensão intracraniana idiopática – punção lombar com raquimanometria inicial e final + exame do LCR – acetazolamida 250 mg 1 cp de 8/8 horas.
- d) provável cefaleia idiopática em facadas – tomografia de crânio – naratriptana 2,5 mg 1 cp de 12/12 horas.
- ▶ e) provável cefaleia benigna da tosse – RM de crânio – indometacina 25 mg a 50 mg duas a três vezes ao dia.

08 - Com relação às indicações e às características farmacodinâmicas e farmacocinéticas das triptanas, assinale a alternativa correta.

- a) A rizatriptana oral caracteriza-se por tmax longo e eficácia que se estende à fase de alodínia.
- b) Existe uma equivalência quanto à potência antimigranosa da zolmitriptana e da naratriptana, e a diferença entre ambas deriva do tmax mais longo para a zolmitriptana, daí seu maior efeito pró-cinético e a menor recorrência das crises de migrânea.
- ▶ c) A naratriptana tem baixa potência antimigranosa, porém tmax longo e meia-vida longa, e deve ser prescrita a portadores de crises fracas e de evolução temporal lenta.
- d) A triptana disponível no Brasil com tmax mais curto é a sumatriptana 20 mg em *spray* nasal, por não apresentar metabolismo de primeira passagem.
- e) A indicação mais precisa da sumatriptana subcutânea é no controle das auras migranosas, uma vez que inibem diretamente a depressão cortical alastrante.

09 - O melhor tratamento profilático para uma paciente portadora de enxaqueca episódica que apresenta comorbidade discreta de ansiedade é:

(Utilize uma droga com grau de evidência A para a enxaqueca)

- ▶ a) bloqueador beta adrenérgico (propranolol dose de 40 a 240 mg/dia).
- b) venlafaxina (dose de 75 a 225 mg/dia).
- c) memantina (dose de 5 a 20 mg/dia).
- d) bupropiona (dose de 150 a 300 mg/dia).
- e) buspirona (dose de 5 a 20 mg/dia).

10 - Homem de 29 anos acorda de madrugada com uma dor lancinante na região orbital/retroorbital/periorbital direita. O paciente não consegue encontrar alívio para sua dor, que tem uma duração aproximada de 40 minutos. Após esse período, a dor desaparece completamente. No outro dia, 20 minutos após ter ingerido vinho tinto durante o jantar, iniciou com um desconforto na região retro-orbitária direita, evoluindo para uma obstrução nasal direita, lacrimejamento no olho e, após 5 minutos, uma dor insuportável. O paciente foi imediatamente para o serviço de emergência. No serviço de emergência, a melhor conduta terapêutica será:

- a) Oxigênio 2 L/minuto por 20 minutos, seguido de uma ampola de dipirona em soro fisiológico.
- ▶ b) Oxigênio 8 L/minuto por 15 minutos, seguido de uma ampola (6 mg) de sumatriptana subcutâneo.
- c) Oxigênio 2 L/minuto por 20 minutos, seguido de uma ampola de sumatriptana subcutâneo (6 mg).
- d) Oxigênio 4 L/minuto por 15 minutos, seguido de dexametasona 4 mg endovenosa.
- e) Oxigênio 8 L/minuto por 15 minutos, seguido de uma ampola de dipirona e dexametasona 4 mg EV.

11 - Homem com 69 anos recebe o diagnóstico de cefaleia secundária a arterite temporal. O(s) achado(s) clínico(s) que melhor colabora(m) para esse diagnóstico é/são:

- a) cefaleia thunderclap (inicia e atinge seu pico de intensidade dentro de 60 segundos), perda de peso, polimialgia e rigidez de nuca.
- ▶ b) dor orbitária, frontotemporal, com características contínuas agravadas pelo frio, presença de claudicação de mandíbula e neuropatia isquêmica anterior ao fundo de olho.
- c) dor bilateral, pulsátil, náuseas, vômitos, agravados pelos movimentos, polimialgia e perda de peso.
- d) dor occipital, fundo de olho com edema de papila, rigidez de nuca, febre, náuseas e vômitos.
- e) cefaleia exclusivamente durante o sono, duração de 10 a 120 minutos, associada com manifestações autonômicas, como lacrimejamento.

12 - Médico radiologista de 32 anos, chega a sua residência, após plantão, com uma dor que começou há duas horas, progredindo rapidamente de intensidade (VSA=10 pontos), localização occipital e suboccipital, sendo esse quadro associado a muitas náuseas e vômitos. Fez uso de dipirona 1 grama via oral, melhorando acentuadamente após deitar-se. Na manhã seguinte acorda bem, sem sintomas, porém refere que a dor reiniciou após levantar-se, tornando-se incapacitante cerca de 1 hora depois. Há cinco dias está usando dipirona+caféina e procura ficar em repouso para controle da dor. Exame de fundo de olho normal e exame neurológico normal. O melhor diagnóstico e o tratamento inicial são, respectivamente:

- a) enxaqueca – dexametasona 4 mg VO de 6/6 horas por 3 dias.
- b) enxaqueca – sumatriptana 6 mg SC e iniciar um tratamento profilático com topiramato.
- c) cefaleia por hipertensão intracraniana – acetazolamina 250 mg via oral de 12/12 horas.
- ▶ d) cefaleia por hipotensão liquórica – repouso, hidratação, caféina e/ou teofilina.
- e) aneurisma cerebral roto – nimodipina, dexametasona 4 mg VO de 6/6 horas, codeína 30 mg de 6/6 horas.

13 - Sobre a eficácia dos tratamentos preventivos da migrânea, é correto afirmar:

- a) São considerados preventivos aqueles medicamentos efetivos na prevenção da migrânea em 60% ou mais dos casos.
- b) São considerados preventivos da migrânea aqueles medicamentos cuja administração melhore a qualidade de vida dos migranosos.
- ▶ c) Em estudos de tratamentos profiláticos, o ganho terapêutico sobre o placebo raramente é superior a 50%.
- d) Em casos simples, a administração de um medicamento preventivo deve ser realizada por seis meses.
- e) Na maior parte dos pacientes com indicação de profilaxia, geralmente uma profilaxia preemptiva é suficiente.

14 - Assinale a alternativa que apresenta uma característica importante da metadona a ser considerada na sua prescrição em regime ambulatorial.

- a) Baixa chance de interações em pacientes que tomam vários medicamentos.
- b) Os sintomas de abstinência são tão graves quanto os da morfina.
- c) Raramente é usada na dependência de opioides.
- ▶ d) Sedação e depressão respiratória podem durar mais que a ação analgésica.
- e) Permite uma titulação rápida.

15 - Uma avaliação confiável da dor é essencial para um tratamento bem-sucedido. A respeito das medidas e estratégias úteis para a avaliação da dor, é correto afirmar:

- a) As escalas disponíveis, isoladamente, avaliam todos os domínios da dor e são úteis em qualquer ambiente e com todas as populações.
- ▶ b) A Escala Analógica Visual (EAV) é classificada como unidimensional e é uma das mais utilizadas na clínica.
- c) Os instrumentos unidimensionais são escalas que quantificam o nível de intensidade da dor e as diferentes dimensões da dor.
- d) A Escala de Dor de McGill é um exemplo de escala unidimensional.
- e) Ainda não existe escala projetada especificamente para distinguir a dor neuropática da dor nociceptiva.

16 - A neuropatia é um problema clínico comum. A dor, quando presente, merece atenção tanto por contribuir para o processo diagnóstico quanto por ser, em algumas pessoas, a queixa principal e/ou a única condição incapacitante. Sobre as neuropatias, é correto afirmar:

- ▶ a) A neuropatia diabética evolui frequentemente, mas nem sempre com dor.
- b) O padrão de distribuição dos sintomas e sinais das neuropatias simétricas começa em ambas as mãos, com progressão rostral de maneira simétrica.
- c) A hanseníase é um exemplo de polineuropatia simétrica distal que frequentemente se apresenta com sintomas de envolvimento de grandes fibras, sem dor importante ou parestesia.
- d) O beribéri é uma doença dos nervos periféricos e do coração causada pela deficiência de vitamina A.
- e) A ingestão excessiva e prolongada de álcool está associada a uma polineuropatia simétrica distal, que se manifesta por parestesias, mas sem queimação ou outra característica de dor neuropática.

17 - A síndrome de dor complexa regional (SDCR) é uma das condições de dor mais enigmática e difícil de se tratar. Sobre os critérios de diagnóstico de Budapeste para essa síndrome (oficialmente adotado pela IASP em 2012), assinale a alternativa correta.

- a) A dor segue um território nervoso ou dermatomo específico.
- b) A dor articular começa aos poucos e aumenta de intensidade no decorrer do dia.
- c) Um dos critérios diagnósticos é a dor de padrão miofascial.
- ▶ d) Hiperalgesia, alodinia, alterações na cor e temperatura da pele, edema e tremor fazem parte dos critérios diagnósticos da SDCR.
- e) A etiologia da SDCR está associada a lesões frequentes e graves do tronco e membros.

18 - Sobre depressão respiratória relacionada ao uso de opioides, é correto afirmar:

- a) Agonistas e agonistas parciais produzem depressão respiratória na mesma proporção.
- b) Opioides causam desvio da curva de resposta ao CO₂ para esquerda.
- c) A depressão respiratória é causada por uma redução da frequência respiratória, com volume minuto constante.
- d) A naloxona reverte parcialmente a depressão respiratória induzida por opioide.
- ▶ e) Um dos mecanismos da depressão respiratória induzida por opioides é a depressão da resposta ventilatória ao aumento do CO₂.

19 - A cefaleia em salvas é caracterizada por:

- a) dor de cabeça de fraca intensidade, bilateral, comumente desencadeada por fatores estressantes.
- ▶ b) dor forte ou muito forte, unilateral, orbital, supraorbital e/ou temporal, acompanhada de sintomas autonômicos ipsilaterais à cefaleia e que não é melhor explicada por outro diagnóstico.
- c) cefaleia de início lento, com piora progressiva da dor ao longo de várias horas com um ataque, geralmente, durando de 3 a 4 dias.
- d) dor de cabeça de alta intensidade com náuseas e sensibilidade aumentada à luz, som e movimento.
- e) dor de cabeça postural que desaparece rapidamente com o decúbito.

20 - A cefaleia atribuída à hipotensão intracraniana espontânea:

- a) é classificada como uma cefaleia primária.
- b) persiste, mesmo após a normalização da pressão do LCR.
- ▶ c) é geralmente, mas não invariavelmente, ortostática.
- d) tem diagnóstico excluído pela presença de fotofobia e/ou náuseas.
- e) pode ser diagnosticada em pacientes que tenham sido submetidos à punção dural nos 30 dias anteriores aos sintomas.

21 - O mecanismo farmacológico de ação dos anti-inflamatórios não esteroidais tradicionais é inibição:

- a) de fosfolipase A2.
- b) da síntese de ácidos nucleicos.
- c) de lipoxigenase.
- d) de ácido araquidônico.
- ▶ e) da produção de prostaglandinas.

22 - A metadona é um agonista dos receptores opioides de ação prolongada com propriedades farmacológicas qualitativamente semelhantes às da morfina. É correto afirmar que a metadona:

- a) tem uma biodisponibilidade oral menor que a da morfina.
- b) não está indicada no tratamento da dependência de opioides.
- c) não produz tolerância nem dependência, diferentemente de outros opioides.
- ▶ d) tem como propriedades: atividade analgésica, eficácia por via oral e longa duração de ação na supressão dos sintomas de abstinência.
- e) é o único opioide que não causa depressão respiratória.

23 - O herpes zoster é uma infecção viral causada pela reativação do vírus varicela-zoster (VVZ). Após a resolução da varicela, o vírus permanece dormente nos gânglios sensoriais dorsais e nos gânglios dos nervos cranianos por anos a décadas. Sobre essa condição, assinale a alternativa correta.

- a) Os indivíduos já apresentam sintomas enquanto o vírus está dormente.
- ▶ b) A reativação do VVZ resulta em uma erupção cutânea vesicular dérmica característica e geralmente dolorosa.
- c) Ainda não há medidas que possam reduzir a incidência do herpes zoster.
- d) Normalmente a lesão afeta vários dermatômos e ultrapassa a linha média do corpo.
- e) O mais comum é a doença se instalar sem sintomas prodrômicos.

24 - A neuralgia pós-herpética (NPH) é a complicação mais comum do herpes zoster no paciente imunocompetente. Essa condição pode resultar em sofrimento significativo e em grande custo econômico para a sociedade. Sobre a NPH, assinale a alternativa correta.

- ▶ a) A dor evocada por estímulos é muito comum em pacientes com NPH e inclui alodinia mecânica, um dos sintomas mais debilitantes associados a essa condição.
- b) Não está bem estabelecido que a idade e o envolvimento oftálmico sejam fatores de risco para a NPH.
- c) Os anti-inflamatórios não esteroidais são as drogas de primeira escolha no tratamento da NPH.
- d) O uso de gabapentínoídes está contraindicado no tratamento da NPH.
- e) Atualmente, uma intervenção muito usada é a injeção de fenol no gânglio da raiz dorsal envolvida.

25 - Qual é o efeito colateral do uso crônico de opioides, que além de ser o mais frequente não desenvolve tolerância?

- ▶ a) Constipação.
- b) Depressão respiratória.
- c) Sedação.
- d) Náusea.
- e) Incoordenação.

CIRURGIA GERAL

26 - Um homem de 62 anos apresentou uma história de 10 anos de síndrome da dor pós-laminectomia lombar. Ele trabalha em tempo integral, sentado em uma mesa, como administrador de construção civil. Foi submetido a duas laminectomias lombares há 12 e 4 anos para retirada de hérnias discais. Toma um opioide de liberação sustentada duas vezes ao dia: às 7h ao acordar e às 19h. Isso lhe traz controle adequado de sua dor basal. No entanto, no final da tarde, ele costuma ter de três a quatro episódios de dor moderada a grave na região lombar. Baseado no caso, é correto afirmar:

- a) O uso do opioide levou à tolerância e se faz necessário rodízio desse tipo de medicamento.
- b) É um caso de hiperalgesia induzida por opioide, devendo ser prescrito estabilizador de membrana.
- c) Há a possibilidade de aracnoidite pós-laminectomia, devendo solicitar-se exame de punção lombar com análise do líquido cefalorraquidiano e nova ressonância magnética.
- d) Deve haver abstenção do trabalho durante três meses, durante os quais o paciente deve submeter-se a fisioterapia e fortalecimento da musculatura abdominal e dorsal.
- ▶ e) Medidas comportamentais são recomendadas: gelo quando houver dor, exercícios de reforço e de alongamento antes de aumentar a dose matinal do opioide ou modificar a frequência de administração para três vezes ao dia.

27 - No que diz respeito ao manejo da dor pós-operatória ortopédica, assinale a alternativa INCORRETA em relação à melhor prática médica.

- a) A associação do tramadol com o paracetamol (37,5 mg/325 mg) administrada por via oral é eficaz para analgesia em pacientes com dor aguda moderada a intensa.
- b) Nimesulida após a cirurgia ortopédica de paciente ambulatorial é um anti-inflamatório oral eficaz, de ação rápida e bem tolerado.
- c) Etoricoxibe administrado antes da cirurgia ortopédica aumenta a analgesia no pós-operatório e reduz a necessidade de analgésicos mais potentes.
- d) Celecoxibe no pós-operatório melhora significativamente os escores da dor em repouso em 48 e 72 h, e reduz a necessidade de analgésicos mais potentes.
- ▶ e) Opioides na primeira semana de pós-operatório são opção analgésica adequada por aumentar o bem-estar e a qualidade de vida do paciente sem implicar maior risco de dependência.

28 - Com relação ao manejo da capsulite adesiva, coloquialmente conhecida como “ombro congelado”, é importante:

- a) fazer alongamentos amplos do membro superior afetado até o máximo de dor tolerada.
- b) prescrever corticoides orais, pois equivalem a infiltrações da bursa e na articulação glenoumeral.
- ▶ c) alongar e mobilizar sem que a dor seja elicitada ou exacerbada.
- d) aplicar calor e gelo no local, mas não mobilizar o membro superior afetado, pela iminência de ruptura tendínea.
- e) usar analgesia opioide para retirar o significado da dor e assim permitir a mobilização do membro superior.

29 - Um motociclista chega ao pronto atendimento com traumatismo torácico associado a fraturas dolorosas (10/10) de vários arcos costais, as quais, além da dor, resultam em hipoventilação, uma vez que a pO₂ é de 88%. Você decide não internar o paciente e reavaliá-lo após uma semana. É a opção analgésica que contempla de forma mais abrangente as necessidades do paciente:

- a) morfina injetável de horário, por dar um alívio rápido da dor e possibilitar o retorno dos movimentos respiratórios.
- ▶ b) realização de bloqueios intercostais múltiplos ou um bloqueio tipo ESP (fáscia do eretor da espinha) com ropivacaína 2 mg/mL, por dar um alívio rápido da dor e possibilitar o retorno dos movimentos respiratórios.
- c) metadona 10 mg de 12/12 horas ou de 8/8 horas, por dar um alívio consistente da dor e ser de fácil posologia.
- d) adesivo de fentanila transdérmica na dose de 25 mcg/h, por dar um alívio consistente da dor e ser de fácil posologia.
- e) adesivo de fentanila transdérmica na dose de 75 mcg/h, por dar um alívio consistente da dor e ser de fácil posologia.

30 - Homem de 45 anos, com história de tabagismo pesado e sedentarismo, apresenta dor lombar leve após ter levantado um objeto bastante pesado há duas semanas, agravada nos últimos 2 dias e associada a irradiação para a perna direita (8/10). A dor é dolente sobre L5, e a dor na perna é lancinante e corre ao longo da coxa posterior e da panturrilha (acima do tornozelo), associada à sensação de dormência de distribuição típica do dermatomo L5. As dores são agravadas pela tosse e aliviadas pelo repouso. O paciente apresenta ainda marcha antálgica, amplitude reduzida da flexão lombar, sem fraqueza e normorreflexia dos membros inferiores. Eleva a perna direita a 40° e a esquerda a 60°, e a palpação do glúteo direito desencadeia forte resposta antálgica. Baseado no descrito, é correto afirmar que o diagnóstico e o tratamento são, respectivamente:

- a) doença discal/ligamentar L5-S1 – oxicodona 20 mg de 12/12 horas via oral e encaminhamento do paciente para um neurocirurgião.
- b) doença discal/ligamentar L5-S1 – celecoxibe 200 mg de 12/12 horas, de 5 a 7 dias, galvanoterapia local e uma RM da coluna lombar.
- ▶ c) doença discal/ligamentar L5-S1 e dor miofascial pseudorradicular – celecoxibe 200 mg de 12/12 horas, de 5 a 7 dias, agulhamento e calor local, uma radiografia da coluna em flexão e extensão e uma RM da coluna lombar.
- d) síndrome do piriforme direito – celecoxibe 200 mg de 12/12 horas durante 5 a 7 dias, agulhamento e microfisioterapia local e RM da coluna lombar.
- e) síndrome do piriforme direito – dose única de dexametasona 10 mg associada a vitamina B12 5.000 mg por via intramuscular, agulhamento e microfisioterapia local e RM da coluna lombar.

31 - Quanto ao tratamento da dor pélvica secundária à endometriose, assinale a alternativa correta.

- a) Os tratamentos com análogos de GnRH, progestinas, substâncias contraceptivas orais ou danazol são insuficientes no alívio dos sintomas dolorosos e não devem adiar tratamentos cirúrgicos.
- ▶ b) Embora os tratamentos cirúrgicos possam ser necessários para controle da dor, devem ser adiados e utilizados caso a supressão hormonal com análogos de GnRH, progestinas, substâncias contraceptivas orais ou danazol não seja efetiva no alívio dos sintomas dolorosos.
- c) A vaporização endoscópica das lesões endometrióticas é o tratamento de escolha, porém não é realizado em nosso meio devido à falta de equipamento, infraestrutura e profissionais treinados.
- d) A termocauterização endoscópica das lesões endometrióticas é o tratamento mais efetivo e seguro, devido ao baixo risco de perfuração intestinal.
- e) A ressecção cirúrgica completa das lesões endometrióticas é praticamente impossível, portanto, além dessa ressecção, as neurectomias pré-sacral e suprauterina devem ser feitas como tratamento complementar.

32 - No tratamento da dor da colecistopatia sintomática, é correto afirmar:

- a) Por relaxar o esfíncter de Oddi, os opioides são os analgésicos de escolha.
- b) Por relaxar o esfíncter de Oddi, os opioides são responsáveis pela redução da amilase que acompanha sua administração.
- c) A atropina antagoniza completamente o efeito dos opioides sobre o esfíncter de Oddi.
- d) A atropina é sinérgica com os opioides em seu efeito sobre o esfíncter de Oddi.
- ▶ e) Os opioides levam a espasmo do esfíncter de Oddi e aumento da pressão biliar, e sua administração pode exacerbar ou resultar em cólica biliar.

33 - Pacientes com mieloma múltiplo frequentemente se apresentam com dor óssea. Faz parte do tratamento da dor óssea do mieloma múltiplo:

- a) prescrever tratamento conservador se houver fraturas ósseas estáveis, uma vez que a consolidação dessas fraturas está comprometida.
- b) usar preferencialmente anti-inflamatórios não hormonais, pois agem no mecanismo da dor óssea que envolve a ciclooxigenase.
- ▶ c) prescrever zoledronato ou pamidronato endovenoso, pois promovem a mineralização óssea.
- d) usar quimioterapia em doses citotóxicas plenas, pois reduzem a multiplicação celular que determina a dor.
- e) usar inibidores da bomba de prótons e calcitonina, pelo efeito imediato sobre a dor óssea.

34 - Com relação às dores anais recorrentes, é correto afirmar:

- ▶ a) O salbutamol em dois jatos de 90 µg, a nitroglicerina tópica ou a toxina botulínica podem ser utilizados no tratamento da proctalgia fugax.
- b) Existe bastante semelhança na semiologia da proctalgia fugax com a da síndrome do elevador do ânus, motivo pelo qual sua abordagem terapêutica é semelhante.
- c) Tanto a proctalgia fugax quanto a síndrome do elevador do ânus devem ser vigorosamente investigadas, pois podem prenunciar um câncer de cólon.
- d) O tratamento da proctalgia fugax é feito com banhos de assento com água quente, massagem digital do esfíncter anal, miorrelaxantes ou *biofeedback*.
- e) Na síndrome do músculo elevador do ânus, há maciez ao se pressionar o cóccix.

35 - A síndrome do intestino irritável deve ser diagnosticada após a exclusão de outras condições subjacentes, algumas de tratamento cirúrgico. NÃO configura "sinal de alerta" para síndrome do intestino irritável "secundária":

- a) início dos sintomas após os 50 anos de idade.
- b) perda de peso inexplicada.
- c) história familiar de doenças gastrointestinais específicas.
- d) evidência de perda de sangue pelo trato digestivo ou anemia ferropênica de natureza oculta.
- ▶ e) história familiar de condições funcionais.

36 - Com relação ao tratamento das úlceras pépticas sangrantes e secundárias ao *Helicobacter pylori* em indivíduos usando AINH ou aspirina em baixa dose, assinale a alternativa correta.

- a) É suficiente que seja tratada apenas a infecção pelo *Helicobacter pylori*.
- b) Uma vez tratadas ambas as condições, o uso de inibidor da bomba de prótons deve ser suspenso, pelo risco de levar à deficiência de vitamina B12.
- c) Em indivíduos usando aspirina em baixa dose, após o tratamento do *Helicobacter pylori*, o uso de sucralfato é superior aos inibidores da bomba de prótons como tratamento de manutenção.
- ▶ d) A manutenção do tratamento com inibidor da bomba de prótons após o tratamento do *Helicobacter pylori* reduz a recorrência de sangramento.
- e) A elevação do pH gástrico interfere negativamente na agregação plaquetária, portanto o uso de inibidores da bomba de prótons deve ser evitado por pelo menos dois meses após o sangramento.

37 - Com relação ao tratamento da hiperplasia prostática benigna (HPB), assinale a alternativa correta.

- a) O tratamento conservador (farmacológico) e o tratamento cirúrgico por ressecção transuretral (RTU) mostraram-se equivalentes quanto à redução dos sintomas urinários.
- ▶ b) A RTU é o padrão-ouro no tratamento da hiperplasia prostática benigna, por levar a alívio mais completo dos sintomas e não ter mais complicações do que o tratamento conservador.
- c) O tratamento cirúrgico resulta em maior disfunção sexual do que o tratamento conservador.
- d) A ressecção suprapúbica é o padrão-ouro, porém a RTU é mais realizada devido à fragilidade dos candidatos frente a um procedimento aberto.
- e) Devido à angulação da uretra masculina, a RTU deve ser a última opção de tratamento da HPB pelo risco de trauma uretral.

38 - Paciente com trauma craniano, sem perda de consciência, mas que apresentou confusão transitória e amnésia durante aproximadamente 10 minutos. Conforme as diretrizes da Academia Americana de Neurologia, esse paciente deve ter suas atividades suspensas durante:

- a) 24 horas.
- b) 48 horas.
- c) 72 horas.
- ▶ d) 1 semana.
- e) 10 dias.

39 - Paciente do sexo feminino, 32 anos de idade, procurou atendimento no ambulatório de dor, com queixa de dor intensa em choque elétrico no lado direito da base da língua, que surge em paroxismo, sendo desencadeada pela deglutição ou mastigação. Com base nessas informações, o diagnóstico mais provável da paciente é:

- a) neuralgia do trigêmeo.
- b) neuralgia do gânglio geniculado.
- ▶ c) neuralgia do glossofaríngeo.
- d) migrânea com aura típica.
- e) cefaleia em salvas.

40 - A dor do membro fantasma é a dor percebida como tendo origem no membro amputado. Sobre essa condição, assinale a alternativa correta.

- a) Normalmente, a dor do membro fantasma é persistente; são poucos os amputados que têm dor intermitente.
- ▶ b) A dor do membro fantasma situa-se sobretudo nas partes distais do membro que foi amputado.
- c) A dor do membro fantasma é muito rara e ocorre em menos de 5% dos amputados.
- d) A dor do membro fantasma é classificada como dor miofascial.
- e) Os mecanismos subjacentes à dor do membro fantasma são complexos, envolvendo essencialmente mecanismos periféricos.

41 Em plantão no pronto atendimento, você atende um jovem de 25 anos que sofreu um acidente de trânsito e apresenta fratura das costelas inferiores à esquerda e dor no ombro do mesmo lado. O paciente está pálido, sudorético e taquicárdico. Nessa circunstância, deve-se:

- a) tomar medidas de suporte ventilatório e solicitar tomografia computadorizada do tórax para diagnosticar provável pneumotórax fechado.
- b) tomar medidas para controle da ansiedade e solicitar ressonância magnética do tórax e do abdômen, para excluir politraumatismo interno.
- c) fazer lavado peritoneal através de punção supraumbelical, pois esse lavado poderá revelar sangramento intracavitário e indicar a necessidade de laparotomia exploratória.
- ▶ d) tomar medidas de suporte volêmico e solicitar tomografia computadorizada do abdômen, para diagnosticar provável traumatismo esplênico.
- e) solicitar imediata ecografia do fígado e das vias biliares, uma vez que o órgão abdominal interno mais suscetível a traumatismos é o fígado, independentemente do tipo de trauma.

42 - Em indivíduos com antecedentes de trombose venosa profunda, sabe-se que em 10% dos casos a TVP será recorrente após a suspensão da anticoagulação. Em indivíduos nessa situação e com dor e edema posicional do membro inferior previamente afetado, é correto afirmar:

- a) A mera ocorrência desses sintomas é indicativa de recorrência, e o paciente deve ser tratado independentemente de exames menos sensíveis, como a dosagem do D-dímero e a ultrassonografia.
- b) Após 6 meses de anticoagulação, as anormalidades ultrassonográficas regridem completamente em 90% dos pacientes submetidos a exame com compressão venosa proximal.
- ▶ c) Embora um aumento no diâmetro de 4 mm ou mais na veia comprimida seja altamente indicativo de recorrência de TVP, um novo segmento proximal não compressível é o critério mais confiável para o diagnóstico de recorrência. Quando a ultrassonografia de compressão é inconclusiva, a venografia deve ser considerada.
- d) O teste do D-dímero mostra-se mais sensível e específico do que o exame por ultrassonografia e/ou venografia, uma vez que anormalidades venosas residuais são comuns após uma TVP.
- e) O não enchimento de segmentos venosos à venografia é considerado um achado diagnóstico para a TVP.

- 43 - Paciente de 52 anos apresenta história de dor lombar aguda, sem trauma, que não é aliviada pelo repouso no leito e está associada a paroxismos de dor e elevada taxa de hemossedimentação. As radiografias da coluna vertebral revelam um pedículo ausente. O diagnóstico mais provável é:**
- lúpus eritematoso.
 - mieloma múltiplo.
 - ▶ lesão metastática.
 - infecção do espaço do disco.
 - sarcoïdose.
- 44 - Paciente de 23 anos, sexo feminino, que teve alta hospitalar recentemente após redução aberta e fixação interna de uma fratura de fêmur, de repente desenvolve forte dor no peito. Qual dos seguintes medicamentos em sua história parece estar implicado na etiologia de sua dor?**
- ▶ Contraceptivos orais.
 - Agentes anti-inflamatórios não esteroides.
 - Analgésicos opioides.
 - Benzodiazepínicos.
 - Antidepressivos.
- 45 - Em indivíduos com dor abdominal, faz-se necessário o diagnóstico diferencial. Em relação ao tema, assinale a alternativa correta.**
- Em qualquer indivíduo com dor abdominal, a investigação diagnóstica mais abrangente é exame de ressonância magnética do abdome associado ao da pelve.
 - Se a dor abdominal estiver associada a distensão do abdome bem como a timpanismo à sua percussão, a doença diverticular deve ser a principal hipótese.
 - Se o indivíduo com dor abdominal for de ascendência nórdica, a intolerância à lactose deve ser a principal hipótese.
 - ▶ Mulheres com dor abdominal podem ter endometriose, a qual pode ser confirmada mediante ecografia e, eventualmente, por laparoscopia.
 - Em indivíduos com suspeita de dor abdominal e diarreia secundárias à doença celíaca, o exame a ser inicialmente solicitado é o de anticorpos IgM anti gliadina.
- 46 - Com relação às prostatites, assinale a alternativa correta.**
- A dor da prostatite tipo IV manifesta-se na região lombar e perineal, e associa-se a importante disfunção sexual.
 - A prostatite tipo I se caracteriza por ser indolor e assintomática e geralmente constitui achado ocasional de biópsias prostáticas.
 - A prostatite tipo III é diagnóstico diferencial das infecções urinárias, pois se manifesta por dor lombar e febre sem ou com disfunção sexual associada.
 - A prostatite tipo II é indolor e ocorre em jovens com infecção do trato urinário por clamídia.
 - ▶ A prostatite tipo III manifesta-se com sintomas urinários e dor perineal durante ou após a ejaculação.
- 47 - Quanto ao tratamento da doença arterial aterosclerótica periférica, assinale a alternativa correta.**
- Os exercícios domiciliares e sem supervisão são tão efetivos quanto os exercícios supervisionados na melhora da claudicação intermitente.
 - Em indivíduos com doença arterial aterosclerótica periférica, a aspirina e o cilostazol são igualmente efetivos na redução da incidência de morte vascular, IAM e AVC.
 - Em indivíduos com doença arterial aterosclerótica periférica, a aspirina, o clopidogrel e o cilostazol são igualmente efetivos no alívio sintomático.
 - ▶ O clopidogrel e o cilostazol têm, respectivamente, papel na prevenção secundária de eventos isquêmicos e no tratamento sintomático da doença arterial aterosclerótica periférica.
 - Em indivíduos com doença arterial aterosclerótica periférica, o clopidogrel e a pentoxifilina são igualmente efetivos na redução da incidência de morte vascular, IAM e AVC.
- 48 - Com relação a quadros dolorosos do ombro, assinale a alternativa correta.**
- A maior parte dos pacientes com uma ruptura do tendão supraespinhoso se recorda do trauma que ocasionou a ruptura.
 - O teste da queda do braço, que avalia a capacidade de sustentar o braço ativamente em 90 graus de abdução passiva do ombro, não pode ser aplicado em paciente com rupturas tendíneas extensas, pelo risco de levar à ruptura total do tendão.
 - As causas da tendinopatia no manguito rotador são diversas, mas o motivo mais comum é o uso excessivo do manguito, especialmente em atividades similares à da remada.
 - Na síndrome do impacto, a bursite subacromial é a causa primária da dor.
 - ▶ O teste do impacto é provocado pela elevação passiva do membro superior no plano da escápula.
- 49 - Com relação à ruptura do tendão do calcâneo, assinale a alternativa correta.**
- Não é possível determinar populações em risco, uma vez que existem diversos fatores causais.
 - ▶ O tratamento de tendinite do calcâneo com injeção de corticoide pode aumentar a chance de ruptura.
 - O exame físico pode ser falho e seu diagnóstico é feito somente por exame por ecografia.
 - É comumente precipitada em sessões de fisioterapia com indivíduos idosos.
 - Sempre será necessário tratamento cirúrgico.

50 - É/São sinal(is) que evidencia(m) uma laceração no ligamento cruzado anterior:

- ▶ a) o sinal da gaveta anterior e a manobra de Lachman, nos quais se detecta a ausência da anteriorização da tíbia quando ela é empurrada em direção ao examinador com o fêmur do paciente estabilizado.
- b) a manobra da rotação interna da coxa associada à flexão da perna, a qual também esclarece sobre a integridade do ligamento posterior.
- c) o sinal de Ishikawa, caracterizado por dor à flexão do joelho.
- d) a manobra de Legg-Calvé-Perthes, que evidencia o deslizamento da epífise do fêmur e é patognomônica da laceração do ligamento cruzado anterior.
- e) a palpação de cisto na fossa poplíteia associado à síndrome pseudoflebitica, pois sua causa mais importante é uma laceração do ligamento cruzado posterior.5