

## CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

**31)** O Código de Ética Médica estabelece princípios vedados aos médicos relacionados à auditoria e perícia médica. Em relação a esses princípios, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) É permitido ao médico assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.
- ( ) É permitido ao médico ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.
- ( ) É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.
- ( ) É vedado ao médico receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

- a) V – F – V – F
- b) V – V – F – V
- c) F – F – V – V
- d) F – V – F – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca de auditoria e perícia, é vedado ao médico:

- assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame (art. 92);
- ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado (art. 93);
- realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios (art. 95); e,
- receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor (art. 96).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**32)** O Código de Ética Médica apresenta uma série de princípios que são vedados aos médicos com relação à responsabilidade profissional. A respeito da responsabilidade profissional desse código, assinale a alternativa que **não** contém um princípio vedado ao médico.

- a) Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.
- b) **Esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.**
- c) Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.
- d) Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca da responsabilidade profissional, é vedado ao médico:

- deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente (art. 3º);
- deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença (art. 13);
- atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado (art. 6º); e,
- assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou (art. 5º).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**33)** Todo médico deve manter uma boa relação com pacientes e familiares, devendo seguir sempre os princípios do Código de Ética Médica. A respeito da relação com pacientes e familiares, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) É vedado ao médico deixar de atender um paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.
- ( ) É vedado ao médico opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
- ( ) É vedado ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

- a) V – F – F
- b) F – V – F
- c) V – F – V
- d) V – V – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca da relação com pacientes e familiares, é vedado ao médico:

- deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo (ar. 33);
- opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal (art. 39); e,
- exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos (art. 35).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**34)** A curva de dissociação do O<sub>2</sub> para a HbA tem a forma sigmoide, sendo sua posição designada pela P50, que é definida como a PO<sub>2</sub> a 50% de saturação da hemoglobina, ou metade da concentração máxima, tendo como valor normal 26-28 mmHg. Sobre a curva de dissociação do O<sub>2</sub>, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) Estados de hipercapnia tecidual desviam a curva para a esquerda.
- b) O desvio da curva para a direita (maior P50) é benéfica no exercício.
- c) Um desvio da curva para a esquerda ocorre na presença de Hb fetal.
- d) O aumento do 2,3 DPG nas células vermelhas desvia a curva para a direita.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A curva de dissociação do O<sub>2</sub> para HbA tem a forma sigmoide, sendo sua posição designada pela P50, que é definida como a PO<sub>2</sub> a 50% de saturação da Hb, ou metade da concentração máxima, tendo como valor normal 26-28 mmHg. Um desvio da curva para a direita (aumento da P50) ocorre durante o exercício quando há hipercapnia tecidual ou aumento do 2,3 DPG nas células vermelhas (uma via glicolítica intermediária). Esta maior P50 é benéfica no exercício porque uma quantidade maior de O<sub>2</sub> pode ser oferecida aos tecidos. Um desvio na curva para a esquerda ocorre na presença de Hb fetal, que apresenta uma forma exponencial ao invés de sigmoide. O sangue fetal apresenta uma baixa P50 (± 19 mmHg), significando que no sangue venoso fetal, onde a PO<sub>2</sub> é de somente 30 mmHg, a saturação da Hb é de 74%, ou seja, 16% maior.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes para Testes de Função Pulmonar**. J Pneumol. v. 28. (Suplemento 3 – Out 2002).

**35)** A asbestose é uma doença ocupacional pulmonar, causada pela exposição à poeira do asbesto ou amianto. Assinale a alternativa que contém o principal padrão de acometimento pulmonar da asbestose.

- a) Infiltrados alveolares.
- b) Infiltrados intersticiais reticulares.
- c) Placas os espessamentos pleurais.
- d) Infiltrados intersticiais micronodulares.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Placas pleurais são áreas fibróticas reacionais, depositadas na pleura parietal da parede do tórax, diafragma ou mediastino. A exposição ao asbesto pode desencadear o aparecimento de placas ou espessamentos localizados, simples ou generalizados, geralmente bilaterais, seguindo o contorno costal, que pode calcificar.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. P. 310-62.

**36)** O uso de medicamentos é um recurso adicional no tratamento do tabagismo quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença de elevado grau de dependência à nicotina. Os fármacos com evidências de eficácia classificam-se em nicotínicos e não nicotínicos. Das alternativas farmacológicas abaixo, qual atua no bloqueio da recaptção neuronal da dopamina, da noradrenalina e da serotonina de forma expressiva no núcleo *accumbens*?

- a) Clonidina.
- b) Tartarato de vareniclina.
- c) Cloridrato de bupropiona.**
- d) Terapia de reposição de nicotina.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

- A clonidina é um agonista adrenoreceptor alfa-2 de ação central, usado primariamente como anti-hipertensivo e, também, no controle dos sintomas de abstinência da dependência nicotínica.
- O tartarato de vareniclina é um agonista parcial dos receptores nicotínicos, promove liberação de dopamina no sistema nervoso central ao ativar seletivamente receptores  $\alpha 4\beta 2$ , porém, em quantidades menores que as liberadas pela nicotina.
- O cloridrato de bupropiona é um antidepressivo atípico de ação lenta, recomendado pelo *U. S. Food and Drug Administration* (FDA) como medicamento de 1ª linha no tratamento do tabagismo. Seu mecanismo de ação poderia ser explicado pela redução do transporte neuronal dos neurotransmissores — dopamina e noradrenalina — ou do antagonismo aos receptores nicotínicos, levando à redução da compulsão pelo uso de cigarros.
- A terapia de reposição de nicotina (TRN) atua preenchendo os receptores nicotínicos situados no sistema nervoso central.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes para Cessação do Tabagismo.** J Bras Pneumol. v. 34, n. 10. 2008.

**37)** Na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a obstrução do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada primariamente pelo tabagismo. Quais as orientações terapêuticas para pacientes classificados como estágio III (doença grave – VEF1/CVF < 0,70 pós-BD e VEF1 < 50% e  $\geq$  30% do previsto)?

- a)  $\beta 2$ -agonista de curta duração e/ou ipratrópio, quando necessário.
- b) Reabilitação pulmonar; sintomas eventuais:  $\beta 2$ -agonista de curta duração e/ou ipratrópio, quando necessário; sintomas persistentes:  $\beta 2$ -agonista de longa duração e/ou tiotrópio.
- c) Reabilitação pulmonar;  $\beta 2$ -agonista de longa duração e tiotrópio; acrescentar xantina de longa duração, se persistirem sintomas; corticoide inalatório se exacerbações frequentes (> 2 exacerbações ao ano).**
- d)  $\beta 2$ -agonista de longa duração e tiotrópio; acrescentar xantina de longa duração, se persistirem sintomas; corticoide inalatório se exacerbações frequentes (> 2 exacerbações ao ano); oxigenoterapia; estudar indicações cirúrgicas para o tratamento do enfisema (cirurgia redutora de volume pulmonar, bulectomia ou transplante pulmonar).

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O estágio III é definido por: doença grave – VEF1/CVF < 0,70 pós-BD e VEF1 < 50% e  $\geq$  30% do previsto ou pacientes com hipoxemia intensa, mas sem hipercapnia, independente do valor de vef1 ou pacientes em fase estável com dispneia grau 2 ou 3 (MRC). Esse estágio compreende um grupo de pacientes com sintomas respiratórios frequentes e repercussões sistêmicas da DPOC, que deve ser acompanhado por especialista, devido à gravidade do quadro clínico.

## ORIENTAÇÕES TERAPÊUTICAS DE ACORDO COM OS ESTÁDIOS DA DPOC

ESTÁDIOS	DROGAS
I	$\beta_2$ – agonista de curta duração e/ou ipratrópio, quando necessário.
II	Reabilitação pulmonar <ul style="list-style-type: none"><li>• Sintomas eventuais: <math>\beta_2</math> – agonista de curta duração e/ou ipratrópio, quando necessário</li><li>• Sintomas persistentes: <math>\beta_2</math> – agonista de longa duração e/ou tiotrópio</li></ul>
III	Reabilitação pulmonar $\beta_2$ – agonista de longa duração e tiotrópio Acrescentar xantina de longa duração, se persistirem os sintomas Corticoide inalatório, se exacerbações frequentes ( $\geq 2$ exacerbações ao ano)
IV	Reabilitação pulmonar $\beta_2$ – agonista de longa duração e tiotrópio Acrescentar xantina de longa duração, se persistirem os sintomas Corticoide inalatório, se exacerbações frequentes ( $\geq 2$ exacerbações ao ano) Oxigenoterapia Estudar indicações cirúrgicas para o tratamento do enfisema (cirurgia redutora de volume pulmonar, bulectomia ou transplante pulmonar)

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **II Consenso Brasileiro Sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)**. J Bras. Pneumol. v. 30, Supl. 5, 2004.

**38)** A grande maioria das bronquiectasias tem como etiologia a infecção, seja de vias aéreas superiores (sinusite crônica), seja de inferiores (pneumonias, tuberculose). Quanto às bronquiectasias, analise.

- Clinicamente, a tosse crônica costuma ser produtiva com expectoração de grande quantidade de secreção mucoide, purulenta (vômica) e de escarro sanguinolento, muitas vezes na forma de hemoptise.
- O diagnóstico da bronquiectasia na ausência de imagens típicas ao radiograma de tórax é confirmado pela tomografia computadorizada de alta resolução do tórax, que permite classificar a doença em cilíndrica, sacular ou varicosa.
- O tratamento da tosse presente na bronquiectasia é realizado pelo controle da infecção, clinicamente exteriorizada pela purulência do escarro e sintomas gerais, que deve ser tratada energeticamente com os recursos disponíveis, uma vez que a protease, liberada dos neutrófilos sequestrados nas vias aéreas e representada pela elastase como a principal, é a responsável pela inflamação crônica que vai favorecer novas dilatações, agravando o caso local e sistemicamente.

Estão corretas as afirmativas

a) I, II e III.

b) I e II, apenas.

c) I e III, apenas.

d) II e III, apenas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A grande maioria das bronquiectasias tem como etiologia a infecção, seja de vias aéreas superiores (sinusite crônica), seja de inferiores (pneumonias, tuberculose). Outras etiologias são: transplante de pulmão e de medula óssea, síndrome da imunodeficiência adquirida, obstruções intrabrônquicas (neoplasia, corpo estranho) e extrabrônquicas (linfonodomegalias), aspergilose broncopulmonar alérgica etc. Clinicamente, a tosse crônica costuma ser produtiva com expectoração de grande quantidade de secreção mucoide, purulenta (vômica), de escarro sanguinolento, muitas vezes na forma de hemoptise. Não é incomum pacientes eliminarem quantidades volumosas de secreção purulenta que podem atingir 600 ml/dia. O diagnóstico da bronquiectasia na ausência de imagens típicas ao radiograma de tórax é confirmado pela tomografia computadorizada de alta resolução do tórax, que permite classificar a doença em cilíndrica, sacular ou varicosa. III. O tratamento da tosse presente na bronquiectasia é realizado pelo controle da infecção, clinicamente exteriorizada pela purulência do escarro e sintomas gerais, que deve ser tratada energeticamente com os recursos disponíveis, uma vez que a protease, liberada dos neutrófilos sequestrados nas vias aéreas e representada pela elastase como a principal, é a responsável pela inflamação crônica que vai favorecer novas dilatações, agravando o caso local e sistemicamente. Recursos terapêuticos disponíveis são: antibióticos; corticoterapia sistêmica; fisioterapia respiratória; antibióticos inalatórios; corticoides inalatórios e broncodilatadores; tratamento cirúrgico.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **II Diretrizes Brasileiras no Manejo da Tosse Crônica**. J Bras Pneumol. Supl. 6, 2006.

**39)** Em lactentes, sobretudo naqueles com menos de 3 meses de idade, pode ocorrer uma forma variante de pneumonia, conhecida como pneumonia afebril do lactente. Considerando o principal agente etiológico envolvido na pneumonia afebril do lactente, qual o melhor tratamento?

- a) Ampicilina.
- b) Macrolídeo.**
- c) Penicilina cristalina.
- d) Amoxicilina + Clavulanato.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A entidade conhecida como pneumonia afebril do lactente pode ocorrer em crianças, sobretudo abaixo dos 3 meses de idade, sendo causada principalmente por *Chlamydia trachomatis*, adquirida normalmente no canal do parto e podendo cursar com eosinofilia. O tratamento é feito com o uso de antibióticos da classe dos macrolídeos.

**Fonte:** SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria.** J Bras Pneumol. v. 33, Supl. 1S, 2007.

**40)** A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas associada à hiperresponsividade das mesmas com broncoespasmo. Está associada a uma resposta parcial ou completa após o uso de um broncodilatador de curta ação. Na avaliação da asma através da espirometria, é considerada como prova broncodilatadora positiva um aumento de VEF1 (em volume e/ou em relação ao valor pré prova broncodilatadora) de

- a) 100 mL e 10% de seu valor pré-broncodilatador.
- b) 200 mL e 12% de seu valor pré-broncodilatador.**
- c) 100 mL ou 10% de seu valor pré-broncodilatador.
- d) 200 mL ou 12% de seu valor pré-broncodilatador.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O diagnóstico de asma é confirmado não apenas pela detecção da limitação ao fluxo de ar, mas, principalmente, pela demonstração de significativa reversibilidade, parcial ou completa, após a inalação de um broncodilatador de curta ação. Recomendações para a padronização da técnica de espirometria e sua interpretação estão publicadas em consensos específicos. A resposta ao broncodilatador é considerada significativa e indicativa de asma quando o VEF1 aumenta, pelo menos: 200 mL e 12% de seu valor pré-broncodilatador ou 200 ml de seu valor pré-broncodilatador e 7% do valor previsto.

**Fonte:** SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Manejo da Asma.** J Bras Pneumol. v. 38, Supl 1, 2012.

**41)** A fibrose cística (FC) é uma doença genética, cuja prevalência na população chega a 1/2500 nascidos vivos na etnia branca. Nas últimas duas décadas, avanços no diagnóstico e na terapêutica dos pacientes com FC propiciaram aumento da sobrevida, atingindo a média de 37 anos nos países desenvolvidos. Em relação à fibrose cística, analise.

- I. É recomendado o diagnóstico precoce da FC, para obtenção de melhor evolução clínica/nutricional e maior preservação da função pulmonar dos pacientes.
- II. A pesquisa de Imunotripsina Reativa (ITR) presente no teste do pezinho não é indicada como *screening* diagnóstico de FC em todos os recém-nascidos.
- III. Para o aporte nutricional adequado de pacientes com FC é recomendada dieta hipercalórica, hiperproteica e hiperlipídica.
- IV. Os pacientes com FC devem ser, preferencialmente, seguidos em centros de referência para o tratamento da doença.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

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

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A única afirmativa incorreta é a II. A pesquisa de ITR presente no “teste do pezinho” é indicada como *screening* diagnóstico de FC em todos os recém-nascidos. Os resultados positivos devem ser confirmados com teste do suor. O valor do teste do pezinho é possibilitar o diagnóstico precocemente, antes do aparecimento de sinais e sintomas clínicos da doença. O diagnóstico precoce e a terapêutica adequada são responsáveis pelo aumento da sobrevivência e melhora da qualidade de vida do paciente com FC. A pesquisa ativa da doença faz parte do *screening* neonatal vigente em vários países, incluindo alguns estados do Brasil. A ingestão energética de 120-150% das RDAs (*Recommended Dietary Allowances*) é recomendada para suplantiar o maior gasto energético basal decorrente da doença pulmonar, o maior catabolismo proteico, das perdas energéticas pelas fezes secundárias à má absorção intestinal pela insuficiência pancreática exócrina e das perdas dos ácidos biliares nas fezes. Do valor energético total da dieta, cerca de 40% das calorias devem provir dos lipídios, 50% dos carboidratos e 12-15% das proteínas. Os pacientes seguidos em centros de referência têm melhor qualidade de vida e melhores parâmetros de função pulmonar. Estudo comparando centros norte-americanos com mais de 50 pacientes em seguimento demonstrou que aqueles acompanhados mais assiduamente, que receberam mais intervenções, como antibioticoterapia, uso de mucolíticos e de corticosteroides evoluíram com melhores parâmetros de função pulmonar (VEF1).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes**. São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**42)** Os bloqueadores de canal de cálcio são uma das opções no tratamento da hipertensão arterial pulmonar (HAP) e atuam na etapa de dilatação e antirremodelação vascular pulmonar. Quais os principais representantes desta classe utilizados no tratamento da hipertensão arterial pulmonar?

- a) Verapamil e diltiazem.
- b) Nifedipina e diltiazem.**
- c) Anlodipina e nifedipina.
- d) Anlodipina e verapamil.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Os bloqueadores de canal de cálcio utilizados são a nifedipina e o diltiazem. A nifedipina pode ser iniciada na dose de 30 mg/dia, devendo ser aumentada progressivamente até a maior dose tolerada (média de 30 a 240 mg/dia). A dose inicial do diltiazem é de 120 a 180 mg/dia, podendo atingir até 720 mg/dia.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes para Manejo da Hipertensão Pulmonar**. J Bras Pneumol, Supl. 2 ago 2005.

**43)** As síndromes respiratórias agudas apresentam sintomas muito parecidos. A história clínica deve ajudar na diferenciação entre afecções do trato respiratório superior e inferior. Dentre os sinais e sintomas a seguir, qual é o mais importante para o diagnóstico de pneumonia em pediatria?

- a) Febre.
- b) Tosse.
- c) Taquipneia.**
- d) Expectoração amarelada.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A taquipneia, com ou sem dispneia, é mais encontrada nos casos de pneumonia adquirida na comunidade, sendo este o sintoma mais importante para o diagnóstico na população pediátrica. Tosse, febre e expectoração amarelada podem ser encontradas na pneumonia em crianças, mas são menos importantes para o diagnóstico.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria**. J Bras Pneumol. v. 33, Supl. 1S, 2007.

**44)** A classificação da intensidade das exacerbações da asma, para fins de manejo na urgência e emergência, é dada a partir de dados clínicos e funcionais. São parâmetros que caracterizam uma crise de asma como grave, **exceto**:

- a) cianose.
- b) frequência cardíaca de 145 bpm.
- c) pico de fluxo expiratório de 35% do previsto.**
- d) saturação arterial periférica de oxigênio de 88%.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segue quadro com a classificação da exacerbação da asma como leve, moderada ou grave e seus parâmetros.

**CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DAS EXACERBAÇÕES EM CRIANÇAS E ADULTOS**

ACHADO	INTENSIDADE DAS EXACERBAÇÕES		
	Leve a moderada	Grave	Muito grave (insuficiência respiratória)
Impressão clínica geral	Sem alterações	Sem alterações	Cianose, sudorese, exaustão
Estado mental	Normal	Normal ou agitação	Agitação, confusão, sonolência
Dispneia	Ausente ou leve	Moderada	Intensa
Fala	Frases completas	Frases incompletas No lactente: choro curto e dificuldade alimentar	Frases curtas ou monossilábicas. No lactente: dificuldade alimentar
Musculatura acessória	Retrações leves/ausentes	Retrações acentuadas	Retrações acentuadas
Sibilância	Ausentes com MV normal, localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV diminuído
FR, ciclos/minc	Normal ou aumentada	Aumentada	Aumentada
FC, bpm	≤ 110	> 110	> 140 ou bradicardia
PFE, % previsto	> 50	30-50	< 30
SpO <sub>2</sub> , %	> 95	91-95	≤ 90
PaO <sub>2</sub> , mmHg	Normal	Ao redor de 60	< 60
PaCO <sub>2</sub> , mmHg	< 40	< 45	≥ 45

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Manejo da Asma.** J Bras Pneumol. Vol. 38, Supl 1, 2012.

45) A silicose é uma pneumoconiose caracterizada pela deposição de poeiras no pulmão, com reação tissular decorrente devido à inalação de sílica livre. De acordo com a classificação das doenças profissionais de Schilling, em qual grupo a silicose se encontra?

- a) Schilling I.
- b) Schilling II.
- c) Schilling III.
- d) Schilling IV.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A silicose é uma doença profissional típica, grupo I de Schilling, reconhecida em todo o mundo.

**CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS SEGUNDO SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO**

CATEGORIA	EXEMPLOS
I. Trabalho como causa necessária.	Intoxicação por chumbo Silicose Doenças profissionais legalmente reconhecidas
II. Trabalho como fator contributivo, mas não necessário.	Doença coronariana Doença do aparelho locomotor Câncer Varizes dos membros inferiores
III. Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida.	Bronquite crônica Dermatite de contato alérgico Asma Doenças mentais

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. P. 310-62.

**46)** Na investigação etiológica de pneumonia adquirida na comunidade em que a radiografia de tórax evidenciou a presença de derrame pleural, são exames complementares indicados, **exceto:**

- a) hemocultura.
- b) toracocentese.
- c) lavado broncoalveolar.
- d) bacterioscopia e cultura do escarro.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segue quadro retirado das diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade (referência abaixo do quadro).

**EXAMES COMPLEMENTARES INDICADOS PARA A INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE**

Evidência	Hemocultura	Bacterioscopia e cultura de escarro	Antígeno urinário para pneumococo e <i>Legionella sp.</i>	Lavado broncoalveolar ou aspirado traqueal	Outros
<b>Admissão em UTI PAC Grave</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Aspirado se realizada intubação traqueal
<b>Abuso do uso de álcool</b>	Sim	Sim			
<b>Falha de tratamento clínico</b>	Sim	Sim	Sim	Sim*	
<b>Doença estrutural</b>	Não	Sim	Não	Não	
<b>Infiltrado cavitário</b>	Sim	Sim	Não	Não	BAAR
<b>Derrame pleural</b>	Sim	Sim	Sim	Não	Toracocente se

UTI: unidade de terapia intensiva; PAC: pneumonia adquirida na comunidade; e BAAR: bacilo álcool-ácido resistente. \*Não realizar em caso de falha de tratamento ambulatorial.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para a pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes.** J Bras Pneumol. v. 35, n. 6, 2009.

**47)** As pneumonias que ocorrem em pacientes submetidos a assistência, procedimentos médicos ou institucionais, constituem-se em importante causa de morbidade e mortalidade, não obstante os avanços obtidos nos métodos diagnósticos e recursos terapêuticos nos últimos anos. Sobre a pneumonia hospitalar e a pneumonia associada à ventilação mecânica, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) A pneumonia hospitalar é aquela que ocorre após 48 horas da admissão no hospital.
- b) A pneumonia hospitalar é considerada precoce quando ocorre até o 4º dia de internação.
- c) A pneumonia associada à ventilação mecânica precoce é aquela que ocorre até o 4º dia de intubação endotraqueal.
- d) A pneumonia associada à ventilação mecânica é aquela que surge a partir de 24 horas após a intubação endotraqueal e instituição de ventilação mecânica invasiva.



JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A pneumonia associada à ventilação mecânica é aquela que ocorre após 48-72 horas após a intubação endotraqueal e instituição de ventilação mecânica invasiva. As demais alternativas são conceituais e estão corretas.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT).\ **Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica.** J Bras Pneumol. v. 33, Supl. 1S, 2007.

- 48)** Sobre a pneumonia associada à ventilação mecânica, qual dos seguintes fatores de risco é considerado fator de risco maior para pneumonia associada à ventilação mecânica?
- a) Doença respiratória prévia.
  - b) Tabagismo (maior ou igual a 20 anos/maço).
  - c) Uso de PEEP (maior ou igual a 7,5 cm de H<sub>2</sub>O).**
  - d) Hipoalbuminemia na admissão (menor ou igual a 2,2 g/dL).

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

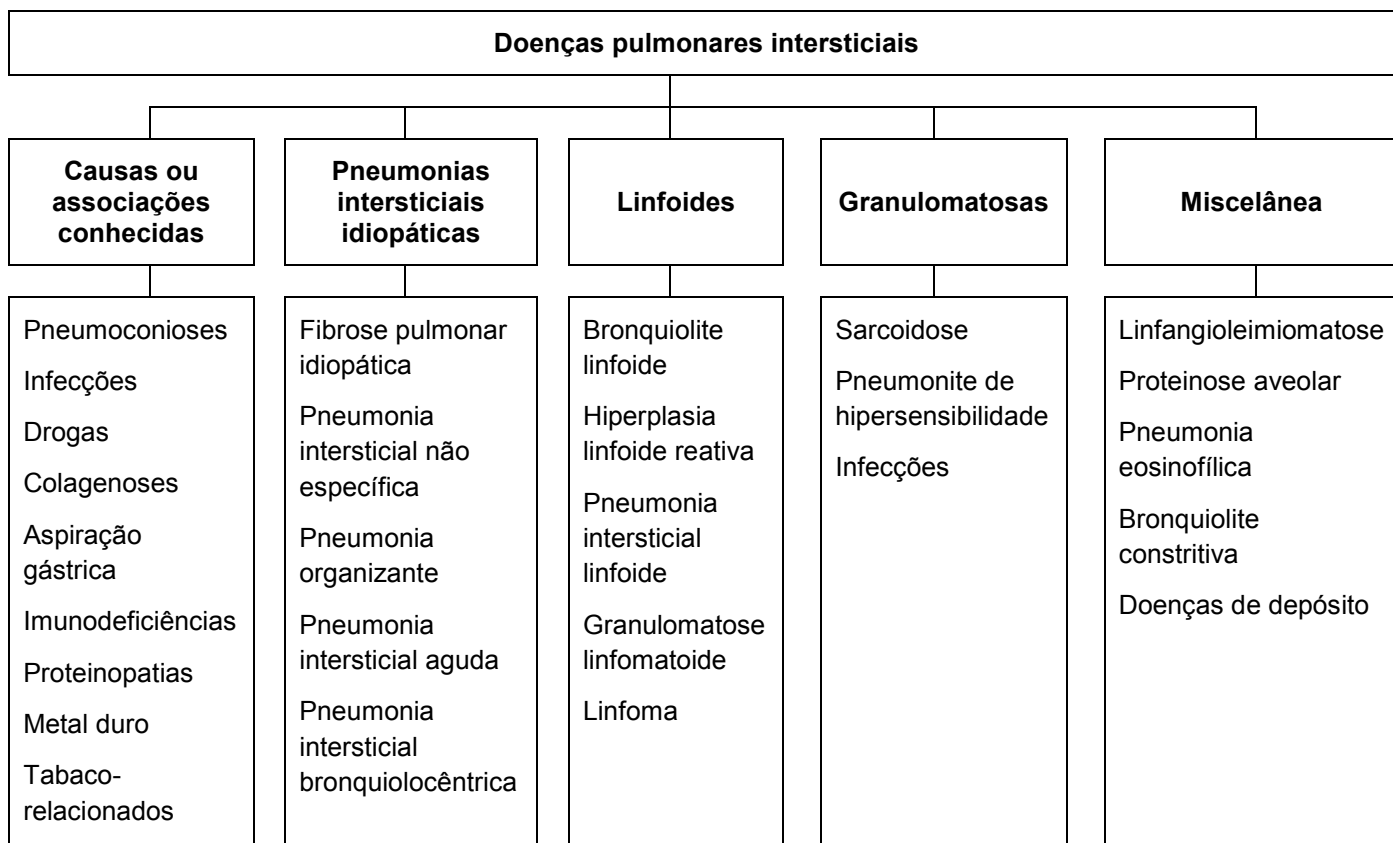
Os fatores de risco contidos nas alternativas A, B e D são fatores de risco menores para pneumonia associada à ventilação mecânica. O único fator de risco maior (Odds Ratio maior que 3,0) apresentado nas alternativas é o uso de PEEP (maior ou igual a 7,5 cm de H<sub>2</sub>O).

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT).\ **Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica.** J Bras Pneumol. v. 33, Supl. 1S, 2007.

- 49)** De acordo com as diretrizes de doenças pulmonares intersticiais (DPIs) da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2012), as doenças intersticiais pulmonares podem ser classificadas em grupos. As doenças a seguir fazem parte do grupo das pneumonias intersticiais idiopáticas segundo a classificação das DPIs da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, exceto:
- a) sarcoidose.**
  - b) pneumonia organizante.
  - c) fibrose pulmonar idiopática.
  - d) pneumonia intersticial bronquiocêntrica.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A sarcoidose, embora seja uma doença pulmonar intersticial (DPI), classifica-se como DPI granulomatosa, e não como DPI do grupo das pneumonias intersticiais idiopáticas.



*Classificação das doenças pulmonares intersticiais utilizada nas Diretrizes de Doenças Pulmonares Intersticiais da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.*

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Doenças Pulmonares Intersticiais.** J Bras Pneumol. v. 38, Supl 2, 2012.

**50)** A fibrose pulmonar idiopática (FPI) situa-se entre as doenças pulmonares intersticiais mais frequentes. Sobre a FPI, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) A doença é mais comum em homens.
- b) Os sintomas mais comuns são dispneia progressiva e tosse.
- c) A intensidade da dispneia na apresentação inicial não tem relação com a sobrevida do paciente.
- d) Os achados característicos da tomografia computadorizada (TC) na FPI são reticulação simétrica bilateral, distorção arquitetural e faveolamento, envolvendo principalmente a região subpleural e os lobos inferiores.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A intensidade da dispneia na apresentação inicial da FPI se correlaciona inversamente com a sobrevida do paciente.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Doenças Pulmonares Intersticiais.** J Bras Pneumol. v. 38, Supl 2, 2012.

**51)** A pneumonia adquirida na comunidade pode ser tratada ambulatorialmente, em enfermaria ou em unidade de terapia intensiva, a depender da gravidade da apresentação. Assinale, a seguir, um critério maior de definição de pneumonia adquirida na comunidade grave.

- a) Hipotensão arterial.
- b) PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor do que 250.
- c) Presença de infiltrados multilobulares.
- d) Insuficiência respiratória aguda com indicação de ventilação mecânica.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

As alternativas A, B e C contemplam critérios menores de definição de pneumonia adquirida na comunidade grave e a D um critério maior. São necessários dois critérios menores único critério maior para indicar o tratamento em UTI.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para a pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes.** J Bras Pneumol. v. 35, n. 6, 2009.

**52)** São indicações de tratamento para tuberculose latente (TBL) com endureção do teste tuberculínico maior ou igual a 5 mm e menor que 10 mm, **exceto:**

- a) infectados com HIV.
- b) usuários de drogas injetáveis.**
- c) imunossuprimidos por uso crônico de corticoides.
- d) indivíduos não tratados para tuberculose e portadores de lesões sequelares à radiografia de tórax.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

As alternativas A, C e D contêm indicações corretas para tratamento da TBL em pacientes com TT maior ou igual a 5 mm e menor do que 10 mm. A alternativa B contém indicação para tratamento de TBL em paciente com TT maior ou igual a 10 mm.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.** J Bras Pneumol. v. 35, 36, Supl 1.

**53)** Em relação ao tratamento da tuberculose latente (TBL), qual o esquema terapêutico atualmente preconizado e a sua duração?

- a) Isoniazida 5-10 mg/kg/dia (até 300 mg/dia) por 4 meses.
- b) Isoniazida 5-10 mg/kg/dia (até 300 mg/dia) por 6 meses.**
- c) Isoniazida 5-10 mg/kg/dia (até 300 mg/dia) + Rifampicina 150 mg por 4 meses.
- d) Isoniazida 5-10 mg/kg/dia (até 300 mg/dia) + Rifampicina 150 mg por 6 meses.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O medicamento atualmente preconizado para tratamento da TBL é a isoniazida na dose de 5-10 mg/kg/dia até 300 mg/dia por 6 meses; o prolongamento para 9 meses traz poucas vantagens em relação à probabilidade de doença futura.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.** J Bras Pneumol. v. 35, 36, Supl 1.

**54)** O arsenal terapêutico disponível para o tratamento da hipertensão arterial pulmonar (HAP) apresentou um desenvolvimento extremamente significativo a partir da década de 1990, quando novas drogas foram desenvolvidas, tendo como base a fisiopatologia da HAP. Estabelecido o diagnóstico de HAP, a abordagem terapêutica divide-se em duas etapas distintas: tratamento dos fenômenos associados e dilatação e antirremodelação vascular pulmonar. Das alternativas farmacológicas relacionadas, qual atua na etapa de dilatação e antirremodelação vascular pulmonar?

- a) Oxigênio.
- b) Diurético.
- c) Anticoagulante oral.
- d) Bloqueador do receptor da endotelina.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Estabelecido o diagnóstico de HAP, a abordagem terapêutica divide-se em duas etapas distintas: tratamento dos fenômenos associados; e, dilatação e antirremodelação vascular pulmonar. No tratamento dos fenômenos associados tem-se como opções: anticoagulação; diuréticos; digital e oxigênio. A etapa de dilatação e antirremodelação vascular pulmonar tem como opções: bloqueadores de canal de cálcio; inibidores da fosfodiesterase 5; derivados da prostaciclina e bloqueadores dos receptores da endotelina. A endotelina é um potente vasoconstritor, ativando-se ao se ligar aos seus receptores (ET-A e ET-B) encontrados nas células endoteliais e células musculares lisas vasculares. Os receptores ET-A são predominantemente encontrados nas células musculares lisas dos vasos, e induzem a vasoconstricção pelo aumento intracelular de cálcio. Já os receptores ET-B são encontrados nas células endoteliais, e estimulam a liberação de vasodilatadores como a prostaciclina e o óxido

nítrico. No entanto, os receptores ET-B também estão presentes nas células musculares lisas vasculares, estimulando a vasoconstrição e hiperplasia celular. Em condições fisiológicas, o efeito predominante da endotelina no receptor ET-B é de vasodilatação, mas, em situações patológicas, predomina o efeito vasoconstritor mediado pelo receptor ET-B nas células musculares lisas. Além de vasoconstritor, a endotelina tem efeito mitógeno e fibrogênico.

**Fonte:** SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes para Manejo da Hipertensão Pulmonar.** J Bras Pneumol, Supl. 2 ago 2005.

**55)** A espirometria é um método diagnóstico útil em pneumologia. Além disso, é usado para determinar gravidade de diversos distúrbios. Em um paciente com a capacidade vital (CV) e a capacidade vital forçada (CVF) reduzidas na presença de relação VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo)/CVF normal ou elevado, é correto afirmar que o paciente apresenta distúrbio ventilatório

- a) restritivo.
- b) obstrutivo.
- c) inespecífico.
- d) misto ou combinado.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)**

Um distúrbio restritivo é caracterizado pela diminuição da capacidade pulmonar total. Quando a CV e a CVF são reduzidas na presença de relação VEF1/CVF normal ou elevada, o distúrbio ventilatório restritivo é inferido.

**Fonte:** SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes para Testes de Função Pulmonar.** J Bras Pneumol. v. 28, Supl. 3, Out 2002.

**56)** A tromboembolia pulmonar constitui, juntamente com a trombose venosa profunda, a condição denominada tromboembolismo venoso. A importância do reconhecimento dos fatores de risco dessa doença está na possibilidade de prevenção (tromboprofilaxia), que é sabidamente mais fácil e menos dispendiosa do que diagnosticá-la ou tratá-la. São fatores de risco maiores para tromboembolismo venoso, **exceto:**

- a) parto cesáreo.
- b) deficiência de proteína S.
- c) prótese de quadril ou joelho.
- d) terapia de reposição hormonal.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)**

Estima-se que cerca de 80% dos pacientes que desenvolvem TEV têm algum fator de risco identificável que poderia ter sido abordado precocemente.

Segundo as Recomendações para o Manejo da Tromboembolia Pulmonar – 2010 da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, tem-se como fatores de risco maiores para tromboembolismo venoso: cirúrgicos (cirurgia abdominal ou pélvica de grande porte, prótese de quadril ou joelho, necessidade de UTI no pós-operatório, politraumatismo/trauma medular); obstétricos (gravidez a termo, parto cesáreo, puerpério); problemas em membros inferiores (fratura, AVC com paralisia de membros); malignidade (neoplasia abdominal ou pélvica, doença avançada/metastática, quimioterapia); imobilidade > 3 dias (hospitalização, institucionalização); trombofilias (deficiência de antitrombina, deficiência de proteína C, deficiência de proteína S, síndrome antifosfolípideo, homozigose para fator V Leiden, homozigose para mutação do gene da protrombina); outros (evento embólico prévio).

São fatores de risco menores para tromboembolismo venoso: cardiovasculares (doenças cardíacas congênitas, insuficiência cardíaca congestiva, idade, tromboflebite superficial/varizes, cateter venoso central); estrogênios (anticoncepcional oral, terapia de reposição hormonal); trombofilias (heterozigose para fator V Leiden, heterozigose para mutação do gene da protrombina, hiper-homocisteinemia); outros (exacerbação da DPOC, deficiências neurológicas, doença maligna oculta, viagens prolongadas, obesidade, cirurgia por laparoscopia).

**Fonte:** SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar.** 2010.

**57)** A ocorrência de tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma situação clínica comum, de alta prevalência relativa em faixas mais altas de idade e em ambiente hospitalar. As manifestações clínicas podem ser inaparentes, dissimuladas ou sugestivas. Pode ser um achado incidental, uma complicação de alta morbidez ou levar à morte súbita. Segundo a regra de predição clínica para escore de Wells (TEP), qual critério, isoladamente, indica probabilidade clínica moderada?

- a) Diagnóstico alternativo menos provável que TEP.
- b) Neoplasia maligna (ativa ou término do tratamento < 6 meses).
- c) Trombose venosa profunda ou TEP prévias (com diagnóstico objetivo).
- d) Imobilização ≥ 3 dias consecutivos (exceto idas ao banheiro) ou cirurgia nas últimas 4 semanas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

O escore simplificado de Wells *et al* engloba diversos critérios. Escores inferiores a 2,0 indicam uma probabilidade baixa de TEP; de 2,0-6,0 pontos indicam uma probabilidade moderada; e superiores a 6,0 indicam uma probabilidade alta de TEP. Logo, dos critérios citados nas alternativas, o único que, isoladamente, indica moderada probabilidade clínica de TEP é o diagnóstico alternativo menor provável que TEP (pontuação = 3,0).

**REGRA DE PREDIÇÃO CLÍNICA PARA TEP (ESCORE DE WELLS)**

Critérios	Pontuação
Sinais objetivos de TVP (edema, dor à palpação)	3,0
Taquicardia (FC > 100 bpm)	1,5
Imobilização ≥ 3 dias consecutivos (exceto idas ao banheiro) ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1,5
TVP ou TEP prévias (com diagnóstico objetivo)	1,5
Hemoptise	1,0
Neoplasia maligna (ativa ou término do tratamento < 6 meses)	1,0
Diagnóstico alternativo menos provável que TEP	3,0

Probabilidade clínica: baixa < 2,0 pontos; moderada, entre 2,0 a 6,0 pontos; alta > 6,0 pontos. Como derivação, pontuação ≤ 4,0 pode ser considerada improvável de TEP aguda; pontuação > 4,0 pode ser considerada como provável de TEP aguda.<sup>(12,13)</sup>

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar.** 2010.

**58)** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. A deficiência de α-1 antitripsina é um dos fatores de risco conhecido para DPOC. São indicações para dosagem de α1-antitripsina na investigação de DPOC, **exceto:**

- a) enfisema predominante em região apical.
- b) enfisema pulmonar sem fator de risco conhecido.
- c) enfisema pulmonar com início em adulto jovem < 45 anos.
- d) vasculite com positividade para o anticorpo antineutrófilo citoplasma (C-ANCA).

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Em relação ao diagnóstico da doença pulmonar obstrutiva crônica, as indicações para dosagem de α1-antitripsina são: enfisema pulmonar com início em adulto jovem < 45 anos; enfisema pulmonar sem fator de risco conhecido; enfisema predominante em região basal; doença hepática inexplicada; vasculite com positividade para o anticorpo antineutrófilo citoplasma (C-ANCA) e história familiar de enfisema, doença hepática, paniculite ou bronquiectasia.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **II Consenso Brasileiro Sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).** J Bras. Pneumol. v. 30, Supl. 5, 2004.

**59)** A silicose é uma doença ocupacional pulmonar que ocorre devido à inalação de sílica livre pelos trabalhadores, desencadeando processo inflamatório pulmonar. Sobre a silicose, seu diagnóstico e suas complicações, assinale a alternativa **incorreta**.

a) A biópsia pulmonar é sempre necessária para a confirmação diagnóstica.

b) O diagnóstico é dado basicamente a partir da história clínica, história ocupacional e radiografia de tórax.

c) A tuberculose pulmonar é mais prevalente em grupos expostos à sílica quando comparados à população não exposta.

d) Não há dados que indiquem um melhor rendimento da tomografia computadorizada de tórax em relação à radiografia simples de tórax para diagnóstico precoce da silicose.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A biópsia pulmonar tem indicações restritas no diagnóstico de silicose, não sendo necessária na maioria das situações. Está indicada no caso de imagens radiográficas sugestivas de silicose, com história ocupacional não característica, no caso de aspecto radiológico discrepante com relação à exposição referida e em alguns casos de disputas judiciais.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. P. 310-62.

**60)** A dependência do tabaco é cada vez mais reconhecida como uma condição crônica que pode necessitar de repetidas intervenções. Prochaska e DiClemente desenvolveram um modelo transteórico que descreve a prontidão para mudar como estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita. Nesse contexto, em qual estágio de mudança se encontra um paciente que está iniciando um tratamento para deixar de fumar quando há conscientização de que isso é um problema, mas apresenta uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança?

a) Ação.

b) Preparação.

c) Contemplação.

d) Pré-contemplação.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O modelo transteórico de Prochaska e DiClemente baseia-se na premissa de que toda mudança comportamental é um processo e que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar. Os estágios de mudança quando os pacientes iniciam um tratamento para deixar de fumar são:

- pré-contemplação: não há intenção de parar, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento de fumar.
- contemplação: há conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança.
- preparação: prepara-se para parar de fumar (quando o paciente aceita escolher uma estratégia para realizar a mudança de comportamento).
- ação: para de fumar (o paciente toma a atitude que o leva a concretizar a mudança de comportamento).
- manutenção: o paciente deve aprender estratégias para prevenir a recaída e consolidar os ganhos obtidos durante a fase de ação. Neste estágio pode ocorrer a finalização do processo de mudança ou a recaída.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). **Diretrizes para Cessação do Tabagismo.** J Bras Pneumol. v. 34, n. 10. 2008.