

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA (ATENDREST01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Cirurgia Torácica

1

Em uma ação conjunta da IASLC (Associação Internacional para o Estudo do Câncer de Pulmão) com a ATS e ERS, em 2011, houve uma nova proposta de classificação dos adenocarcinomas de pulmão.

Foi recomendado descontinuar o termo para o subtipo histológico:

- (A) acinar;
- (B) papilar;
- (C) micropapilar;
- (D) lipídico;
- (E) bronquioloalveolar.

2

O *screening* para câncer de pulmão com tomografia computadorizada de baixa dose é atualmente recomendado para:

- (A) pacientes saudáveis, entre 50 e 80 anos, fumantes ativos de 20 maços/ano ou ex-fumantes que pararam há menos de 15 anos;
- (B) pacientes acima de 40 anos com risco de desenvolver câncer de pulmão (fumantes ou ex-fumantes de 30 maços/ano);
- (C) pacientes acima de 70 anos com risco de desenvolver câncer de pulmão (fumantes ou ex-fumantes);
- (D) pacientes de qualquer idade com risco de desenvolver câncer de pulmão (fumantes ou ex-fumantes com histórico familiar de câncer de pulmão);
- (E) pacientes de qualquer idade com risco de desenvolver câncer de pulmão (fumantes ou ex-fumantes com histórico de outra neoplasia prévia).

3

Um paciente de 20 anos apresenta quadro de tosse e dor torácica evolutiva há três meses. A TC de tórax revela massa heterogênea com densidade de partes moles de gordura, calcificações, hipodensas, císticas, bem delimitada, medindo 11 X 11,9 X 9,8 cm e ocupando região anterossuperior do mediastino no hemitórax esquerdo, Beta HCG não detectada, DLH normal e a alfafetoproteína 234 ng/ml (VR: < 9,0).

A principal hipótese diagnóstica para esse caso é:

- (A) seminoma puro;
- (B) linfoma de Hodgkin;
- (C) teratoma;
- (D) carcinoma de células embrionárias;
- (E) coriocarcinoma.

4

Um paciente portador de pulmão esquerdo destruído por tuberculose após tratamentos prévios irregulares, evoluindo com infecções repetidas, foi submetido a pneumonectomia. Retornou um mês após a alta apresentando hemoptoicos, quadro febril, dispneia e dor torácica. A broncofibroscopia evidenciou uma fistula no coto brônquico, e a punção pleural revelou líquido de aspecto purulento, fétido.

A conduta seguinte deve ser:

- (A) mioplastia;
- (B) toracoplastia;
- (C) pleurostomia;
- (D) procedimento pelo método de Clagett;
- (E) lavagem pleural e toracostomia com drenagem fechada.

5

Considere uma paciente de 35 anos que foi encaminhada para avaliação cirúrgica com diagnóstico clínico de *miastenia gravis*, sem evidência tomográfica de massa tímica e em uso de mestinon (60 mg 4X/dia).

Essa paciente terá benefício com a timectomia se apresentar:

- (A) forma ocular e com sorologia para anti MUSK +;
- (B) forma ocular e com sorologia para anti AChR +;
- (C) forma generalizada e com sorologia para anti AChR +;
- (D) forma generalizada e com sorologia para anti AChR -;
- (E) forma generalizada e com sorologia para anti MUSK +.

6

Se, após uma timectomia, um paciente miastênico desenvolve uma crise colinérgica severa no pós-operatório, a conduta imediata deve ser:

- (A) suspensão dos anticolinesterásicos e ventilação mecânica por 48 a 72 horas;
- (B) prostigmine EV e ventilação mecânica por 48 a 72h;
- (C) imunoglobulina EV e plasmaferese;
- (D) reoperação para excisão de provável tecido tímico ectópico;
- (E) prostigmine EV e plasmaferese.

7

Um paciente vítima de acidente automobilístico no qual sofreu trauma fechado do tórax, apresentando múltiplas fraturas costais, dá entrada no pronto-socorro com dificuldade respiratória.

Dentre as alterações fisiológicas apresentadas por esse paciente com tórax instável (*flail chest*), deve constar:

- (A) aumento da complacência pulmonar;
- (B) aumento do shunt pulmonar;
- (C) diminuição do gradiente alvéolo-capilar;
- (D) diminuição do shunt pulmonar;
- (E) aumento da perfusão capilar.

8

O sistema de estadiamento TNM para câncer de pulmão é internacionalmente aceito e usado para caracterizar a extensão da doença, auxiliar nas decisões de tratamento e servir como um indicador de prognóstico, que pode ser facilmente comunicado na comunidade científica. Nessa linguagem, são adicionados prefixos ou sufixos aos descritores.

Sobre o tema, é correto afirmar que:

- (A) prefixo x indica que a extensão da doença não pôde ser avaliada;
- (B) prefixo m indica múltiplos tumores primários em um mesmo sítio;
- (C) sufixo p indica estadiamento patológico;
- (D) sufixo r identifica tumor recorrente;
- (E) prefixo y identifica terapia multimodal prévia ou atual.

9

O(s) determinante(s) mais preciso(s) da adequação da ventilação alveolar é(são):

- (A) PaO₂;
- (B) PaO₂ e PaCO₂;
- (C) PaCO₂ e pH;
- (D) CO₂ expirado final;
- (E) PO₂ transcutâneo.

10

Um recém-nascido portador de malformação pulmonar é encaminhado para avaliação cirúrgica. A mãe traz as US morfológicas do pré-natal e a TC com contraste posterior confirmando o diagnóstico de cimitarra.

A conduta mais adequada deve ser:

- (A) expectante;
- (B) sequestrectomia;
- (C) lobectomia;
- (D) transposição arterial para o átrio/aurícula direita;
- (E) transposição venosa para o átrio/aurícula esquerda.

11

Um recém-nascido submetido a uma cirurgia para correção de malformação ventricular (cirurgia de Fontan) evoluiu no 3º DPO com derrame pleural direito. A equipe da cirurgia torácica foi acionada e, após a toracocentese inicial e drenagem torácica, levantou-se a suspeita de quilotórax.

A melhor forma de confirmar essa hipótese, na análise laboratorial, deve ser a dosagem:

- (A) de triglicérides de cadeia média;
- (B) do colesterol total;
- (C) de quilomícrons;
- (D) de proteínas;
- (E) de cristais de colesterol.

12

O cirurgião de coluna solicita que o cirurgião torácico realize o acesso para expor a coluna torácica inferior (T9 – T12). O conhecimento anatômico e a avaliação pré-operatória com angiotomografia da coluna é importante para prevenir risco potencial de isquemia medular com paraplegia por ligadura da artéria de Adamkiewicz.

A artéria de Adamkiewicz, na maioria dos casos, tem sua origem:

- (A) nas artérias lombares;
- (B) na aorta descendente, diretamente;
- (C) nas artérias intercostais à esquerda de T9 a T12;
- (D) na artéria vertebral à direita de T8 a T10;
- (E) na artéria espinal à esquerda.

13

Um paciente vítima de acidente automobilístico chega ao pronto-socorro com dor torácica, intensamente dispneico, taquicárdico, apresentando turgência jugular, hipotensão e desvio da traqueia para a direita.

Logo após a avaliação das vias aéreas, a atitude imediata deve ser:

- (A) radiografia do tórax;
- (B) ecocardiograma;
- (C) pericardiocentese subxifoidiana;
- (D) toracotomia anterolateral esquerda de urgência;
- (E) punção com agulha calibrosa no segundo espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda.

14

Um paciente de 64 anos, engenheiro, ex-tabagista há 15 anos com carga tabágica de 40 maços/ano, é encaminhado ao cirurgião torácico para avaliação de nódulo pulmonar de 1,7 cm no lobo superior direito, achado ocasionalmente em atendimento na Emergência, por episódio de dor torácica de origem cardíaca. Com a suspeita clínica de neoplasia pulmonar, foi submetido a biópsia transtorácica guiada pela TC, que revelou carcinoma de pequenas células de origem pulmonar. Foi complementada a investigação para o estadiamento com PET CT Scan e RNM de crânio, além dos exames laboratoriais e avaliação da função respiratória. O estadiamento clínico foi estabelecido como T1bN0M0.

Nesse contexto, a conduta deve ser:

- (A) SBRT;
- (B) mediastinoscopia e SBRT;
- (C) quimioterapia e radioterapia sequencial;
- (D) quimioterapia e radioterapia concomitante;
- (E) mediastinoscopia, linfadenectomia mediastinal e lobectomia superior direita.

15

Um paciente, de 65 anos, tabagista, hipertenso, diabético, internado no CTI em pós-operatório de uma lobectomia superior esquerda por câncer, evoluiu com pneumonia bilateral que requereu ventilação mecânica por tempo prolongado, e no 10º dia foi indicada e realizada a traqueostomia, sob anestesia geral. Os parâmetros ventilatórios eram FiO₂ de 50%, PEEP de 15 cm de H₂O e SatO₂ 95% (apresentava dessaturação rápida se modificados os parâmetros). Durante o procedimento, foi ventilado com O₂ a 100%, que foi descontinuado por curto período no momento da abertura da traqueia em T (com bisturi frio e tesoura) com o balão do tubo orotraqueal (TOT) vazio. Havia, nesse momento, pequeno sangramento no subcutâneo, e, ao mesmo tempo que a abertura da traqueia foi ocluída com gaze para evitar saída de ar ou secreção, o cirurgião solicitou a desconexão do sistema para a rápida hemostasia. Durante a cauterização, houve uma centelha, e uma labareda contínua emanou da ferida proveniente do óstio da traqueostomia. Foi instilado soro fisiológico na ferida, sem sucesso.

Diante desse cenário, com o risco de queimadura grave da via aérea, a atitude imediata deverá ser:

- (A) retirar o tubo orotraqueal (TOT);
- (B) reinsuflar o balão do tubo orotraqueal TOT;
- (C) aumentar a oclusão do óstio com gazes secas;
- (D) colocar a cânula traqueal e ventilar com FiO₂ a 50%;
- (E) instilar soro fisiológico e reconectar a ventilação com o TOT.

16

Um paciente de 48 anos, portador de nódulo pulmonar de 2,5 cm no lobo superior direito que se revelou tratar-se de adenocarcinoma primário de pulmão, foi submetido a lobectomia superior direita com linfadenectomia mediastinal videoassistida, sem intercorrências. Não havia aderências, as fissuras eram completas entre os lobos médio, superior e inferior e o dreno foi retirado no 2º DPO, quando recebeu alta hospitalar. No dia seguinte, retornou ao hospital apresentando febre e hemoptoico. Estava taquicárdico, hipotenso e com desconforto respiratório progressivo. A radiografia do tórax mostrou o hemitórax direito opaco. A broncoscopia mostrou o brônquio lobar colapsado.

Nesse cenário, a melhor conduta é:

- (A) lobectomia média;
- (B) lobectomia inferior;
- (C) broncofibroscopia e endoprótese;
- (D) fixação do lobo médio ao lobo inferior;
- (E) broncofibroscopia e lavagem brônquica com soro gelado.

17

Uma paciente de 33 anos é encaminhada ao cirurgião torácico para avaliação de achado na TC de tórax de uma lesão de 1,2 cm localizada na topografia do lobo inferior direito, de bordos lisos, bem delimitada e circundada por parênquima pulmonar. Não foram evidenciadas linfonodomegalias mediastinais ou hilares, com principal hipótese diagnóstica de tumor carcinóide. A broncoscopia não revelou nenhuma lesão endobrônquica.

Em relação a essa suspeita, considerando a indicação cirúrgica, é correto afirmar que:

- (A) uma punção biópsia com agulha é fundamental;
- (B) os tumores típicos apresentam os piores desfechos tardios;
- (C) o estadiamento mediastinal invasivo é dispensável nessa situação;
- (D) os tumores centrais e com linfonodopatia têm maior probabilidade de serem atípicos;
- (E) a congelação intraoperatória para definição de tumor típico ou atípico é fundamental para decisão cirúrgica.

18

Uma criança de 1 ano de idade chegou encaminhada pelo pediatra por apresentar evidência, na radiografia simples do tórax, de uma hérnia de Morgagni.

Na avaliação para confirmação do diagnóstico e definição da estratégia cirúrgica, deve-se saber, em relação às características dessa afecção, que:

- (A) produz sintomas já na primeira infância;
- (B) sua localização é posterolateral direita;
- (C) sua localização é subcostoesternal direita ou esquerda;
- (D) tem o cólon ascendente herniado através do forâmen;
- (E) seu diagnóstico requer necessariamente ressonância magnética.

19

Uma jovem adolescente, de 13 anos, sofreu trauma torácico grave em acidente automobilístico, apresentando fratura do esterno e múltiplas fraturas costais. Foi constatado colapso total do pulmão direito por pneumotórax, que, drenado, determinou expansão pulmonar parcial e com fuga aérea de alto débito pelo dreno torácico. Foi evidenciada contusão pulmonar intensa à direita e evolução com escarro hemático, hipoxemia moderada com catéter de O₂ nasal a 5l/min.

A atitude recomendada nesse momento é:

- (A) colocar um segundo dreno pleural mais calibroso;
- (B) instalar sistema de aspiração no dreno torácico;
- (C) realizar ventilação mecânica com FiO₂ inicial de 100%;
- (D) realizar broncofibroscopia para excluir lesão de via aérea;
- (E) realizar toracotomia anterolateral direita exploradora.

20

Um paciente de 80 anos, internado no CTI há seis dias, apresenta indicação de uma pleuroscopia por empiema pleural direito multiloculado. Porém, como se encontra em vigência de uma trombose venosa profunda, está indicada a colocação de um filtro de veia cava pré-operatório.

A condição que NÃO se enquadraria nessa indicação seria:

- (A) tromboembolismo recorrente, apesar da anticoagulação;
- (B) presença de trombo no átrio esquerdo em paciente anticoagulado;
- (C) trombose venosa profunda em paciente com contraindicação à anticoagulação;
- (D) embolismo pulmonar crônico com hipertensão pulmonar resultante;
- (E) presença de trombo venoso iliofemoral em propagação na vigência de anticoagulação.

21

Durante uma consulta ginecológica em uma paciente assintomática de 30 anos, foi solicitada uma radiografia do tórax de rotina, cujo laudo revelou massa de cerca de quatro centímetros de diâmetro localizada no mediastino posterior.

Nessa situação, o melhor exame para avaliar essa massa e a hipótese diagnóstica mais provável são, respectivamente:

- (A) cintilografia com tecnécio e tumor da tireoide;
- (B) tomografia computadorizada e tumor neurogênico;
- (C) ressonância magnética e tumor teratogênico;
- (D) endoscopia digestiva alta e tumor esofágico;
- (E) PET Scan e tumor tímico.

22

Uma menina de 13 anos encontrava-se em acompanhamento psicológico em razão de deformidade torácica que lhe causava importante transtorno psicossocial. Durante a consulta, a família relatou ao médico assistente que a referida deformidade da parede torácica era conhecida como tórax em funil.

A patologia que representa essa condição é:

- (A) pectus excavatum;
- (B) pectus carinatum;
- (C) síndrome de Poland;
- (D) protusão condrogladiolar;
- (E) ectopia cordis torácica.

23

Em um homem de 70 anos, tabagista de longa data e assintomático, a TC de tórax revela um nódulo de 3 cm na topografia do segmento IV do pulmão direito. Realizada uma biópsia por EBUS, foi diagnosticado um adenocarcinoma. No estadiamento pré-operatório, o mediastino estava livre e não havia evidência de doença à distância. A prova funcional respiratória era normal, sendo indicado tratamento cirúrgico.

Nesse caso, a cirurgia indicada é:

- (A) lobectomia média;
- (B) lobectomia superior;
- (C) lobectomia inferior;
- (D) bilobectomia média-superior;
- (E) bilobectomia média-inferior.

24

Uma paciente de 65 anos, grande tabagista de longa data, apresentava queixa de dor torácica anterior, progressiva, nos últimos três meses. Durante consulta médica, no exame físico, foi observada protusão dolorosa na região esquerda do manúbrio esternal. Solicitada TC do tórax, foi evidenciada uma massa paraesternal esquerda de 4 cm, sendo então indicada e realizada uma punção transtorácica que revelou uma neoplasia maligna.

O laudo histopatológico que poderia representar esse diagnóstico seria:

- (A) plasmocitoma;
- (B) osteocondroma;
- (C) tumor desmoide;
- (D) encondroma;
- (E) osteoma osteoide.

25

Uma paciente de 40 anos foi encaminhada com diagnóstico de disfagia lusória.

Essa patologia digestiva é ocasionada por uma compressão extrínseca do esôfago pela artéria lusória, que representa uma anomalia anatômica da seguinte artéria:

- (A) subclávia direita;
- (B) subclávia esquerda;
- (C) carótida esquerda;
- (D) tronco braquiocefálico;
- (E) carótida direita.

26

Uma adolescente de 15 anos apresentava hiperidrose craniofacial que dificultava seu convívio social e lhe causava um transtorno psicológico importante. Foi indicada e realizada uma simpatectomia videotoracoscópica para solução desse problema. No pós-operatório imediato, a paciente apresentou anidrose facial associada a ptose palpebral, enoftalmia e miose à esquerda.

Essa complicação foi decorrente da simpaticotomia inadvertida no seguinte gânglio:

- (A) T1 esquerdo;
- (B) T2 direito;
- (C) T3 esquerdo;
- (D) T1 direito;
- (E) T2 esquerdo.

27

Em uma paciente de 60 anos, apresentando sintomas compressivos sobre o esôfago (engasgos) e a traqueia (tosse) em decorrência de um volumoso bócio mergulhante, cuja ressecção foi indicada e realizada por cervicotomia associada a manubriotomia. Durante essa cirurgia, houve lesão inadvertida de um nervo, o que ocasionou paralisia da corda vocal esquerda.

Esse nervo lesado é ramo do:

- (A) facial;
- (B) hipoglosso;
- (C) frênico;
- (D) glossofaríngeo;
- (E) pneumogástrico.

28

Em um traumatismo torácico grave, a morte pode ocorrer durante as primeiras horas pós-trauma.

Entre as lesões que representam causas de morte iminente no trauma de tórax, está:

- (A) pseudoaneurisma de aorta;
- (B) tórax instável;
- (C) hérnia diafragmática;
- (D) pneumotórax hipertensivo;
- (E) contusão cardíaca.

29

Um cirurgião sênior foi chamado, em caráter de urgência, pelo médico residente de cirurgia que estava em atendimento no pronto-socorro em razão da chegada de um paciente trazido pelo resgate pré-hospitalar com trauma torácico grave. O residente transmitiu a seguinte mensagem: "o paciente admitido tem indicação de toracotomia de urgência!".

Dentre as condições traumáticas abaixo, aquela que poderia representar tal indicação no trauma de tórax é:

- (A) hérnia diafragmática traumática;
- (B) ferida transfixante de mediastino em paciente estável;
- (C) tamponamento cardíaco;
- (D) pneumotórax hipertensivo;
- (E) fratura de esterno associada a tórax instável.

30

Um cirurgião recebe um relatório médico solicitando a transferência de uma paciente portadora de tumor de Tobias-Pancoast com síndrome de Horner associada.

Os sinais e sintomas que a paciente apresenta e que caracterizam essa condição patológica são:

- (A) ptose palpebral, enoftalmia e miose;
- (B) edema cervicofacial, turgência jugular e circulação colateral;
- (C) derrame pleural, tumor de ovário e hipoalbuminemia;
- (D) marcha claudicante, manchas cutâneas e afasia;
- (E) hipercalemia, derrame pleural e massa pulmonar.

31

Uma paciente de 42 anos apresenta história de hipertensão arterial eventual com picos hipertensivos que exigiram encaminhamento a unidade de pronto atendimento. Durante consulta com cardiologista, foi solicitada tomografia computadorizada do tórax, que mostrou massa sólida de 4 cm, localizada no mediastino posterior. O cardiologista então solicitou um exame de urina, que mostrou elevação das catecolaminas e do ácido vanilmandélico.

O diagnóstico provável é:

- (A) ganglioneuroma;
- (B) seminoma;
- (C) neurilemoma;
- (D) feocromocitoma;
- (E) teratoma.

32

Em pacientes portadores de neoplasia pulmonar confirmada previamente e com TC de tórax evidenciando presença de linfonomegalia na cadeia N2 (paratraqueal homolateral), é necessário um exame fundamental para se avaliar o estadiamento e o melhor tratamento.

Dentre os citados abaixo, o exame indicado para se estabelecer esse diagnóstico e respectivo estadiamento é:

- (A) broncofibroscopia;
- (B) punção transparietal;
- (C) biópsia de Chamberlein;
- (D) biópsia de Daniels;
- (E) mediastinoscopia.

33

A imagiologia é fundamental para se estabelecer o diagnóstico hipotético de tumores e cistos do mediastino.

Avaliando-se tomografias computadorizadas de pacientes com essa patologia, pode-se afirmar que a localização de maior percentagem dos tumores e cistos primários do mediastino anterossuperior, médio e posterior está, respectivamente, representada por:

- (A) cistos entéricos, linfomas e tumores de células germinativas;
- (B) tumores endócrinos, teratomas e tumores neurogênicos;
- (C) neoplasias tímicas, cistos broncogênicos e tumores neurogênicos;
- (D) linfomas, tumores de células germinativas e cistos pericárdicos;
- (E) neoplasias tímicas, tumores neurogênicos e cistos entéricos.

34

Um agricultor de 50 anos que residia em local de difícil acesso, com história prévia de tratamento para tuberculose pulmonar, foi internado com quadro de dor torácica esquerda insidiosa e perda ponderal discreta. Na avaliação radiológica do tórax, foi observada calcificação pleural associada a derrame pleural à esquerda. Foi então indicada e realizada torocentese diagnóstica esquerda, que evidenciou saída de líquido de aspecto leitoso, o qual foi enviado para exame.

Os resultados bioquímicos que sugeriram tratar-se de um pseudoquilotórax foram os seguintes:

- (A) colesterol > 200 mg/dl e presença de cristais de colesterol;
- (B) colesterol < 100 mg/dl e presença de quilomícrons;
- (C) triglicérideo > 200 mg/dl e presença de cristais de colesterol;
- (D) triglicérideo > 200 mg/dl e presença de quilomícrons;
- (E) colesterol < 100 mg/dl e triglicérideo > 200 mg/dl.

35

No manejo do paciente candidato a cirurgia torácica, a determinação dos limites funcionais respiratórios para ressecção pulmonar é fundamental. Um paciente de 50 anos tem indicação de ser submetido a uma pneumonectomia direita.

Ele é então submetido a avaliação respiratória, que atestará a possibilidade de realização do procedimento quando:

- (A) VEF₁ e DLco apresentarem valores ≥ 60% do previsto;
- (B) VEF₁ppo e a DLcoppo apresentarem valores = 60% do previsto;
- (C) VEF₁ = 70% com PaO₂ e PaCO₂ normais;
- (D) TSE ≤ 22 m e ou SWT ≤ 400m;
- (E) VO₂max = 10 mL/Kg/min.

36

Um paciente de 1 ano de idade deu entrada em um pronto-socorro infantil apresentando síndrome de insuficiência torácica em razão da incapacidade do tórax de suportar o desenvolvimento pulmonar e a respectiva função respiratória. Após a intubação e avaliação, o pediatra solicitou parecer ao cirurgião torácico para realização de uma traqueostomia, informando que o paciente era portador de uma distrofia torácica asfíxica. Ao examiná-lo, o cirurgião torácico observou que ele apresentava encurtamento das costelas com menor curvatura radial, gerando estreitamento do tórax e restringindo a expansão e desenvolvimento pulmonar. Observou também encurtamento dos úmeros e fêmures.

Tal quadro representa a síndrome de:

- (A) Poland;
- (B) Cimitarra;
- (C) Jeune;
- (D) Jarcho-Levin;
- (E) Olgive.

37

O transplante pulmonar com doadores vivos é uma realidade, e sua principal condição é o paciente apresentar um quadro incompatível com a espera indeterminada por um doador cadavérico. Existem critérios para seleção de um doador de lobo pulmonar.

Entre os possíveis doadores, está elegível um(a):

- (A) homem maratonista sem comorbidades de 65 anos;
- (B) mulher afrodescendente sem comorbidades com VEF_1 de 75%;
- (C) homem caucasiano hígido de 50 anos fumante ativo;
- (D) mulher sem identidade sanguínea com compatibilidade ABO;
- (E) mulher de 40 anos, única responsável por uma criança pequena.

38

Uma contribuição significativa ao diagnóstico por imagem em geral e dos nódulos pulmonares em particular é a possibilidade objetiva de se medir a densidade das lesões na tomografia computadorizada (TC) por valores de unidade Hounsfield (HU) de substâncias comuns.

Um cirurgião acompanhou um paciente que foi submetido a tomografia computadorizada por trauma de tórax em um serviço de emergência. Durante o exame realizado pelo técnico, o cirurgião observou uma alteração de cerca de três centímetros na justa pleural direita, que possuía -80 HU.

Com esses dados, ele concluiu que essa alteração consiste em:

- (A) gordura;
- (B) ar;
- (C) líquido;
- (D) osso;
- (E) tecido mole.

39

Em um homem de 60 anos, agricultor, residindo em zona rural, durante rotina pré-operatória para hernioplastia inguinal direita, foi observada, na radiografia do tórax, lesão esférica cística de cerca de 8 cm de diâmetro com nível hidroaéreo localizada no terço superior do pulmão esquerdo. O paciente foi então encaminhado ao pneumologista, a quem relatou que vinha apresentando alguns escarros sanguíneos eventuais.

Após avaliação do caso, o paciente foi encaminhado ao cirurgião torácico tendo como suspeita principal um cisto hidático que tem como agente etiológico:

- (A) *Cryptococcus neoformans*;
- (B) *Paracoccidioides brasiliensis*;
- (C) *Aspergillus parasiticus*;
- (D) *Echinococcus granulosus*;
- (E) *Aspergillus fumigatus*.

40

Um paciente de 70 anos com 80% do peso ideal, enfisematoso de longa data com bronquite crônica importante, em uso diário de 40 mg de prednisona, foi encaminhado ao cirurgião torácico como candidato para cirurgia redutora de volume pulmonar. Na consulta, apresentava os seguintes parâmetros funcionais respiratórios: VEF_1 de 30% do previsto pós-broncodilatador, $PaCO_2 = 50$ mmHg e difusão de $CO_2 > 30\%$ do previsto.

O médico contraindicou a cirurgia em razão da:

- (A) idade e/ou peso do paciente;
- (B) bronquite e medicação em uso;
- (C) VEF_1 de 30% do previsto pós-broncodilatador;
- (D) $PaCO_2 = 50$ mmHg;
- (E) difusão de $CO_2 > 30\%$ do previsto.

Pneumologia

41

Um paciente do sexo masculino, de 23 anos, foi encaminhado com a suspeita diagnóstica de fibrose cística devido ao relato de pneumonias desde a infância, rinossinusite crônica, diarreia crônica, dificuldade de ganho de peso. Na história familiar há a informação de primo falecido jovem por pneumonias de repetição aos 5 anos de idade. Pais consanguíneos. O paciente traz, na consulta, diversos exames complementares já realizados.

Considerando-se a suspeita clínica de fibrose cística, o(s) achado(s) do(s) resultado(s) do(s) exame(s) complementar(es) que corroboraria(m) esse diagnóstico seria(m):

- (A) tomografia de tórax evidenciando bronquiectasias localizadas e unilaterais, com predomínio nas bases pulmonares;
- (B) exame com teste do suor com valor do cloreto abaixo de 40 mmol/L;
- (C) tomografia computadorizada de tórax evidenciando bronquiectasias distribuídas bilateralmente, predominando nos lobos superiores;
- (D) dosagem de elastase fecal com valor normal;
- (E) o sequenciamento genético do gene da CFTR é dispensável para o diagnóstico de fibrose cística

42

Paciente do sexo masculino, 57 anos, é encaminhado do posto de saúde do interior do estado para o hospital universitário com quadro de tosse e dispneia há seis meses e piora significativa deste quadro nos últimos dois meses. Refere ser portador de hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo, ambos em tratamento. Há emagrecimento de 10 kg em 5 meses. Negou dor torácica e hemoptise. Exame físico evidenciava lesões ulceradas em face e em cavidade oral em progressão com início há 2 meses. Paciente relatava que trabalhava em lavoura desde os 15 anos de idade. Tomografia computadorizada do tórax evidenciou infiltrado intersticial reticulonodular bilateral, difuso, poupando bases pulmonares. Considerando-se a história laboral associada aos achados clínicos e radiológicos, a suspeita diagnóstica de paracoccidioidomicose foi aventada. Diante disso, é correto afirmar que:

- (A) exame direto do fungo com aspecto de “roda de leme ou cabeça de Mickey” estabelece o diagnóstico de aspergilose;
- (B) a forma juvenil da paracoccidioidomicose se caracteriza por comprometimento pulmonar em mais de 90% dos casos;
- (C) exame direto do fungo com aspecto de “roda de leme ou cabeça de Mickey” estabelece o diagnóstico de paracoccidioidomicose;
- (D) considerando as lesões em face como parte da mesma doença, estamos diante da forma da paracoccidioidomicose unifocal;
- (E) exame direto do fungo com aspecto de “roda de leme ou cabeça de Mickey” estabelece o diagnóstico de histoplasmoze.

43

A equipe do parecer clínico do hospital é acionada para avaliar paciente internado de 58 anos. Paciente portador de hipertensão arterial sistêmica, não tabagista, com relato de imagem em tomografia computadorizada do tórax e hemoptise. Após cuidadosa anamnese e exame físico completo, trata-se de paciente com história patológica pregressa de tuberculose pulmonar adequadamente tratado há 10 anos. Paciente relata episódios frequentes de hemoptise. Por diversas vezes, o paciente negou tosse, febre, sudorese noturna, sibilos ou emagrecimento. Neste momento, paciente com bom estado geral e sem hemoptise há 24 horas. Exame físico sem achados significativos. A tomografia computadorizada de tórax evidenciava escavação de paredes finas em lobo superior direito com conteúdo em seu interior, achado radiológico denominado “sinal da crescente”.

Diante da história clínica e dos achados radiológicos, é correto afirmar que:

- (A) estamos diante de um caso de aspergilose broncopulmonar alérgica e a anfotericina B é o tratamento de escolha;
- (B) estamos diante de um caso de aspergilose broncopulmonar invasiva e o uso de corticoterapia é o tratamento de escolha;
- (C) trata-se de um caso provável de aspergiloma (bola fúngica), sendo a abordagem cirúrgica a primeira opção terapêutica;
- (D) trata-se de um caso provável de aspergilose semi-invasiva, sendo a corticoterapia a primeira opção terapêutica;
- (E) não há tratamento para esta condição por se tratar de sequela de tuberculose pulmonar há 10 anos.

44

Um paciente do sexo masculino, de 72 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e ex-tabagista, com carga tabágica de 30 anos-maço, procura atendimento médico com queixa de dispneia aos moderados esforços e tosse seca. Negava febre, emagrecimento, hemoptise ou dor torácica. Ao exame, com bom estado geral. Ausculta respiratória sem ruídos adventícios. Ausência de baqueteamento digital. Relatou na história clínica que trabalhou durante 20 anos em marmoraria com corte e polimento de pedras artificiais e granito. Não usava equipamento de proteção individual. Durante avaliação prévia em unidade de pronto atendimento, solicitaram tomografia computadorizada de tórax. O exame radiológico evidenciou infiltrado intersticial nodular bilateral, simétrico e predominando nos lobos superiores, além de enfisema centrolobular. Em janela de mediastino, foram observados diversos linfonodos mediastinais calcificados, alguns com aspecto de calcificação em “casca de ovo”. Não foi observado derrame pleural, massa ou linfonodomegalias.

Considerando-se a história laboral associada aos achados clínicos e radiológicos, a suspeita diagnóstica seria de:

- (A) asbestose, pois apresenta história ocupacional de exposição aos cristais de sílica, além de tosse e dispneia e achados tomográficos compatíveis com essa doença;
- (B) asma ocupacional, pois cursa com dispneia e tosse além de infiltrado intersticial nodular;
- (C) silicose, pois o paciente apresenta história de exposição ocupacional à sílica e achados compatíveis com a doença;
- (D) beriliose, pois apresenta história ocupacional de exposição aos cristais de sílica, além da presença de tosse e dispneia associadas aos achados radiológicos de infiltrado intersticial nodular típica da doença;
- (E) atelectasia redonda, pois apresenta história ocupacional de exposição aos cristais de sílica, além de infiltrado intersticial nodular bilateral típico.

45

Um paciente de 52 anos foi encaminhando para o ambulatório de pneumologia com o diagnóstico de asma grave. Após anamnese detalhada, verificou-se que se tratava de um paciente com início dos sintomas de asma na idade adulta, negando, desta forma, asma na infância. Negou rinite alérgica e tabagismo. Trabalhava com isocianato há 30 anos em uma fábrica de plástico, com início dos sintomas nos últimos 10 anos. Ao exame, apresentava sibilos difusos. Tem feito uso apenas de salbutamol spray 8 vezes ao dia. Paciente já trouxe diversos exames na consulta, como tomografia computadorizada do tórax sem alterações e espirometria com CVF% 84%, VEF1/CVF: 58 e VEF1% 60%. Resposta broncodilatadora presente.

Considerando-se a história laboral associada aos achados clínicos, radiológicos e funcionais, a suspeita diagnóstica seria de:

- (A) asma grave, pois o paciente faz uso de salbutamol mais do que 5 vezes por dia;
- (B) provavelmente asma ocupacional, por se tratar de paciente de início tardio e longo tempo de exposição aos isocianatos;
- (C) asma grave, pois além do uso frequente de salbutamol spray apresenta distúrbio ventilatório obstrutivo grave;
- (D) doença pulmonar obstrutiva crônica devido ao histórico de exposição ao isocianato;
- (E) asma grave, pois a relação VEF1/CVF é menor que 70%.

46

Paciente do sexo feminino de 28 anos foi encaminhada para um hospital universitário para investigação diagnóstica de doença intersticial pulmonar associada ao quadro de poliartralgia. Após minuciosa anamnese e exame físico detalhado, verificou-se que a paciente, secretária em escritório de advocacia, apresentava quadro de adinamia intensa, com início há um ano, seguido de poliartralgia, dispneia aos esforços, emagrecimento de 6 kg em um ano e febre baixa não aferida. Negava hemoptise ou dor torácica. Ao exame, apresentava pápulas e placas eritematosas predominando em cicatrizes prévias e em duas tatuagens. Relatou, ainda, ardência ocular. A paciente já trazia alguns exames complementares, como espirometria, cujo resultado era normal, e uma tomografia computadorizada do tórax que evidenciou infiltrado intersticial nodular bilateral, simétrico com predomínio nos lobos superiores e com distribuição perilinfática. Considerando-se a história clínica e os achados radiológicos e funcionais, a principal suspeita diagnóstica seria de:

- (A) tuberculose, sendo o IGRA o primeiro exame a ser solicitado;
- (B) silicose, sendo a biópsia pulmonar o exame de escolha para definição diagnóstica;
- (C) histoplasmose, por apresentar infiltrado intersticial nodular com distribuição perilinfática;
- (D) sarcoidose, pelo contexto clínico e radiológico que são compatíveis com a doença;
- (E) pneumonia bacteriana, sendo indicado para início imediato antibioticoterapia de amplo espectro com cobertura para germe hospitalar.

47

Um paciente do sexo masculino de 63 anos foi encaminhado para investigação diagnóstica de pneumopatia intersticial, queixando-se de tosse seca e dispneia. Após detalhado exame físico e cuidadosa anamnese, referiu ser portador de dislipidemia com relato de dispneia progressiva de início há 03 anos, além de tosse seca. Negou febre, sibilos, dor torácica, sudorese noturna e hemoptise. Negou ainda artralgia ou artrite. Trabalhava em aviário há aproximadamente quatro anos. Ao exame físico, observaram-se discretos estertores crepitantes nas bases pulmonares. Havia ausência de cianose, porém com discreto baqueteamento digital. O paciente trouxe diversos exames complementares solicitados em outras consultas médicas em outras unidades assistenciais. PAINEL com marcadores de autoimunidade não reagentes. Espirometria evidenciava CVF% 68%, VEF1/CVF: 90 e VEF1: 72%. Ausência de resposta broncodilatadora. A tomografia computadorizada do tórax evidenciou áreas com aprisionamento aéreo, opacidades em vidro fosco e discretas opacidades nodulares em vidro fosco centrolobulares, todas as imagens predominando nas bases pulmonares. Além disso, observou-se discreto infiltrado intersticial reticular nas bases pulmonares, associado a bronquiectasias de tração.

Considerando-se a história clínica e os achados radiológicos e funcionais, a suspeita diagnóstica seria de:

- (A) tuberculose, especialmente pelos achados clínicos e radiológicos;
- (B) sarcoidose, pelos achados característicos de infiltrado reticular nas bases na tomografia computadorizada;
- (C) silicose, pelo achado de exposição no aviário;
- (D) pneumonite por hipersensibilidade, pelos achados de exposição laboral, achados no exame físico e achados sugestivos na tomografia computadorizada;
- (E) pneumonia comunitária grave, devendo ser iniciado antibiótico de amplo espectro o mais breve possível.

48

Um paciente do sexo masculino de 70 anos foi encaminhado para investigação diagnóstica de dispneia progressiva. Após exame físico detalhado e anamnese cuidadosa, referia ser ex-tabagista (carga tabágica de 20 anos-maço), portador de hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana. Paciente relatava dispneia progressiva com início há dois anos e piora significativa nos últimos oito meses. Negou febre, dor torácica, poliartralgia, poliartrite e sudorese noturna. Sempre trabalhou em escritório, sem qualquer tipo de exposição ambiental no trabalho ou na residência. O paciente trouxe diversos exames, como espirometria, que sugeria distúrbio ventilatório restritivo grave. A tomografia computadorizada de tórax, realizada recentemente, evidenciou infiltrado intersticial reticular bilateral, simétrico, predominando na periferia do parênquima pulmonar com diversas áreas de faveolamento na periferia do parênquima. O padrão radiológico era típico de pneumonia intersticial usual (PIU). Além disso, o paciente trouxe diversos marcadores de autoimunidade, todos não reagentes.

Considerando-se a história clínica e os achados radiológicos e funcionais, a suspeita diagnóstica seria de:

- (A) pneumonia em organização, caracterizada pelo padrão de infiltrado reticular na tomografia computadorizada;
- (B) sarcoidose, pelo aspecto radiológico e o quadro de dispneia progressiva;
- (C) DPOC, considerando-se os achados radiológicos e funcionais;
- (D) fibrose pulmonar idiopática, por se tratar de paciente ex-tabagista, sem história de exposição ocupacional, marcadores de autoimunidade não reagentes, além dos achados clínicos radiológicos;
- (E) tuberculose, pelos achados radiológicos descritos na tomografia computadorizada.

49

Após a otimização da terapia antimicrobiana, o paciente evoluiu com insuficiência respiratória com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.

Em relação à abordagem inicial da ventilação mecânica, a opção abaixo mais adequada para o paciente é:

- (A) modo PSV com limite de 25 cmH₂O PEEP 10 cmH₂O com FIO₂ 100%;
- (B) modo VCV com volume corrente de 700 mL f- 24 ipm FIO₂ 100%;
- (C) modo PSV com limite de 20 cmH₂O PEEP 12 cmH₂O com FIO₂ 100%;
- (D) modo VCV com volume corrente de 420 mL PEEP 10 cmH₂O f- 24 ipm FIO₂ 100%;
- (E) modo PCV com limite de 25 cmH₂O PEEP 10 cmH₂O com FIO₂ 50%.

50

Cerca de 12 horas após ajuste da ventilação mecânica, o paciente evoluiu com hipoxemia persistente e piora radiológica com infiltrado pulmonar bilateral. A PEEP foi colocada em 12 cmH₂O. Nova gasometria arterial revelou: pH 7.31 | pCO₂ 42 | pO₂ 59 | HCO₃ 19.8 | SO₂ 97% com FIO₂ 100%. A relação PaO₂/FIO₂ é de 59. Nesse momento, a melhor estratégia para o suporte ventilatório é:

- (A) realizar manobras de recrutamento alveolar com pressurização progressiva até 50 cmH₂O com posterior ajuste da PEEP com tabela PEEP X FIO₂;
- (B) realizar manobras de recrutamento alveolar com pressurização progressiva com CPAP de 40 cmH₂O e posterior ajuste da PEEP com tabela PEEP X FIO₂;
- (C) colocar em ventilação prona por período de 16 horas seguidas;
- (D) instalar ECMO associada à ventilação ultra-protetora;
- (E) instalar ECMO associada ao NO (óxido nítrico).

51

Paciente de 55 anos, obesa (IMC 34) e portadora de hipertensão arterial sistêmica, é submetida a colecistectomia por via laparoscópica. No decorrer do procedimento anestésico, observa-se, durante a capnografia, queda progressiva do CO₂ expirado. O aspecto da onda de capnografia é normal.

O diagnóstico mais provável dessa situação e a melhor conduta a ser traçada são:

- (A) insuflação excessiva do pneumoperitônio e posterior redução deste;
- (B) queda da pressão arterial, devendo -se aumentar a reposição volêmica;
- (C) aumento da resistência das vias aéreas; corticoides e broncodilatadores devem ser administrados;
- (D) reversão do bloqueio neuromuscular e curare deve ser administrado;
- (E) obstrução do capnógrafo que deverá ser trocado se a desobstrução não for efetiva.

52

Uma mulher de 56 anos, com história prévia de DPOC, deu entrada na emergência com febre, dispneia progressiva e tosse produtiva. Fazia uso regular de broncodilatadores, aproximadamente 4 vezes ao dia. Na última semana, ela refere piora da tolerância ao exercício, evoluindo para dispneia em repouso apesar do uso frequente da medicação. No exame físico, ela apresentava-se taquipneica, mas alerta e responsiva. A temperatura axilar era 38°C, FC=110 bpm, f- 28 ipm, pressão arterial 110 x 70mmHg. Havia uso de musculatura acessória, porém a paciente conseguia completar pequenas sentenças. A ausculta respiratória mostrava diminuição do murmúrio vesicular bilateralmente e um padrão de respiração com expiração prolongada era percebida. A radiografia de tórax revelava hiperinsuflação. Gasometria arterial com O₂ a 2L/min por catéter nasal: pH = 7.30, pO₂ = 58 mmHg, pCO₂ = 60 mmHg, HCO₃- 21 mmHg e SatO₂= 88%.

Além de monitorização intensiva na UTI, a conduta mais apropriada para a paciente nesse momento é:

- (A) aumentar o fluxo de oxigênio e nebulização com beta-agonista;
- (B) nebulização com beta-agonista apenas;
- (C) intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva;
- (D) ventilação não invasiva (VNI) compressão positiva;
- (E) instalar o cateter nasal de alto fluxo (CNAF).

53

Um paciente de 72 anos, com peso predito de 65 quilos, portador de DPOC agudizada por causa de infecção respiratória, está intubado e ventilado mecanicamente há 10 dias por pneumonia. Apresenta boa evolução com melhora do quadro infeccioso e no momento está sendo ventilado com PSV = 15 cmH₂O, volume corrente = 350 ml, FR = 25 ipm; gasometria arterial mostra pH = 7,35, paO₂ = 60 mmHg, paCO₂ = 50 cmH₂O. Bicarbonato = 28 com FIO₂ 0,40. Quando se tenta diminuir a pressão de suporte para 8 cmH₂O e se mantém a PEEP em 5 cmH₂O, a FR aumenta para 32 ipm e o volume corrente cai para 200 ml com o paciente bastante desconfortável.

Diante do quadro acima citado, a explicação mais provável para essa situação é:

- (A) aumento do componente resistivo das vias aéreas;
- (B) atelectasia completa;
- (C) tromboembolismo pulmonar;
- (D) insuficiência ventricular esquerda;
- (E) presença de secreção no circuito do respirador.

54

Um trabalhador de uma mineradora de 55 anos de idade, com histórico de exposição prolongada à poeira de sílica por mais de 20 anos, apresenta sintomas como tosse persistente, febre baixa diária, dispneia aos esforços e perda de peso significativa nos últimos seis meses. Além da história ocupacional, refere ser tabagista 35 anos-maço. Ao exame físico, observa-se baqueteamento digital. A radiografia de tórax revela a presença de opacidades nodulares em ambos os pulmões, principalmente nos lobos superiores.

Diante do quadro acima, a conduta mais adequada para o referido paciente é:

- (A) realizar exame de escarro para pesquisa de BAAR e este, uma vez negativo, permitirá excluir tuberculose;
- (B) realizar exame de escarro para pesquisa de BAAR e este, se negativo, permitirá prosseguir a investigação com broncofibroscopia para coleta de lavado broncoalveolar;
- (C) realizar tomografia computadorizada para avaliação dos nódulos e cogitar punção destes de acordo com os achados;
- (D) realizar angiotomografia de tórax para excluir tromboembolismo pulmonar;
- (E) realizar PPD e, se o mesmo for negativo, permitirá descartar tuberculose.

55

Uma paciente de 20 anos, branca, encaminhada da unidade básica de saúde para consulta com pneumologista, apresenta falta de ar com opressão no peito e tosse com secreção mucoide. Relata chiado no peito durante a noite. Está em uso de beta 2 de longa ação e corticoide inalatório, salbutamol spray 100 mcg 4 puffs, de 4 em 4 horas. Fez uso de corticoide oral por 3 vezes no último ano. Há 3 meses, está sem corticoide oral. Refere uso de loratadina 10mg 1cp diariamente, por conta própria, para melhorar os sintomas da rinite alérgica. Nega febre. Pacientes portadores de asma alérgica com características como as acima ilustradas, têm os seguintes biomarcadores principais que caracterizam a inflamação Th2:

- (A) eosinófilos, IgE e FeNO;
- (B) eosinófilos, neutrófilos e IgE;
- (C) neutrófilos, IgE e IgA;
- (D) neutrófilos, IgA e FeNO;
- (E) eosinófilos, IgA e FeNO.

56

Um paciente de 42 anos, casado, engenheiro, apresenta-se com queixa de dispneia aos médios esforços há 1 ano, sendo por ele atribuída à falta de condicionamento físico. Ex-tabagista há 12 anos, fez uso de cigarro de palha dos 25 aos 30 anos de idade. Relata infecções respiratórias no último ano, tratadas com antibióticos, sendo a última com necessidade de internação hospitalar há 4 meses. Nega perda ponderal. Na história familiar, seu pai é transplantado de fígado, embora a causa específica da doença hepática não seja conhecida. Realizou espirometria que revelou CVF normal, VEF1 de 58 % e VEF1/CVF 68% pós BD. Prova broncodilatadora negativa ao salbutamol spray. Hemograma recente com série vermelha normal, leucócitos dentro do limite da normalidade e com eosinófilos de 180/ml. Ao exame físico: PA 120 X 80 mmHg, f- 20 irpm, Sat 97% em ar ambiente. O mMRC era de 2 CAT 11 e sem esforço respiratório em repouso. A ausculta pulmonar mostra MV diminuído universalmente e sem ruídos adventícios.

De acordo com os critérios do GOLD 2024, o tratamento inalatório proposto para esse paciente é:

- (A) LABA + LAMA + CI;
- (B) LABA ou LAMA;
- (C) SABA + SAMA + CI;
- (D) LABA + LAMA;
- (E) LABA + CI.

57

Leandro José da Silva, PVHIV, 33 anos, em uso de inibidor de protease na TARV, relata ter contato intradomiciliar com pessoa portadora de tuberculose pulmonar, o qual apresenta, no exame de escarro, baciloscopia positiva (BAAR ++), TRM-TB: Mtb (*Mycobacterium tuberculosis*) é detectável e sensível à Rifampicina. No momento, Leandro encontra-se assintomático do ponto de vista respiratório. Nega febre, emagrecimento e sudorese noturna. Informa uso correto da TARV, porém apresenta CD4<350 células/mm³. O médico da unidade básica solicitou prova tuberculínica, sendo o resultado de 4mm, e radiografia de tórax, que tem laudo normal.

O esquema mais adequado para o tratamento da infecção latente pelo Mtb para o paciente em questão é:

- (A) nenhum, pois a prova tuberculínica do paciente foi negativa;
- (B) rifapentina 900 mg com isoniazida 900 mg, 1 x por semana por 12 semanas;
- (C) rifapentina 900 mg com isoniazida 900 mg, 1 x por dia por 3 meses;
- (D) rifampicina 600 mg 1 x por dia por 4 meses;
- (E) isoniazida 300 mg, 1 x por dia por 6 meses.

58

Uma mulher de 28 anos, gestante de 30 semanas (G3P2A0), com histórico de asma desde a infância e rinite alérgica, fazia uso de beclometasona HFA spray 200mcg, 1 jato de 12/12h. Parou o uso quando descobriu a gestação. Realizou a mesma conduta nas duas gestações anteriores, sem maiores consequências e sem crise de asma. Nega tabagismo e etilismo. Nega HAS, DM e alergia medicamentosa. Frequenta regularmente as consultas de pré-natal. Sorologias para HIV, hepatites e sífilis são não reagentes. No momento, relata dispneia com tosse e chiado no peito 5 vezes por semana, após contato com poeira e mofo no guarda-roupa. Nega febre e despertares noturnos.

Além das medidas de controle ambiental, a paciente acima deve ser orientada a realizar o seguinte tratamento:

- (A) uso de salbutamol spray 100 mcg via inalatória, 4 jatos sob demanda até de 4 em 4 horas, e corticoide oral;
- (B) uso diário de beclometasona HFA spray por via inalatória de 12 em 12 horas, salbutamol spray 100 mcg 4 jatos na crise sob demanda até de 4 em 4 horas, e corticoide nasal;
- (C) uso diário de beclometasona HFA spray por via inalatória de 12 em 12 horas, salbutamol 100 mcg, 4 jatos na crise, sob demanda até de 4 em 4 horas, e corticoide nasal;
- (D) dosagem de IgE antes de iniciar o corticoide oral, corticoide nasal e fazer encaminhamento para avaliação de imunobiológico;
- (E) dosagem de IgE para avaliação de imunobiológico, hemograma para contagem de eosinófilos e corticoide nasal.

59

Um homem de 76 anos, advogado, natural do Rio de Janeiro e residente em SP, há 3 meses, queixa-se de dispneia aos esforços, progressiva, acompanhada de tosse com expectoração amarelada e febre não aferida. Tinha história de tabagista de 60 anos-maço e etilista de destilados aos fins de semana. Ao exame físico, apresentava: PA = 120 x 80 mmHg, temp.axilar = 38,3 °C, FC = 100 bpm, FR = 22 irpm, SatO₂ = 96%. Na ausculta pulmonar, apresentava expansibilidade diminuída à direita, FTV aumentado no 1/3 médio à direita. Percussão: som claro e atimpânico em ambos os hemitórax. MV difusamente diminuído, sobretudo no 1/3 médio à direita. Presença de roncos e sibilos esparsos e estertores crepitantes discretos no 1/3 médio à direita. Exames complementares: HCT 40% e hg 14 g/dl, leucócitos: 13800 (1200 bastões). Plaquetas: 300mil. TAP/PTT e INR normais. Radiografia de tórax em PA e perfil E: opacidade arredondada, sugestiva de massa escavada, justa hilar D, estendendo-se até LM, onde também se observa infiltrado alveolar ao redor. A tomografia de tórax mostrava presença de massa pulmonar medindo 6 cm, justa hilar, envolvendo a emergência do brônquio fonte direito e dos brônquios dos segmentos anterior do LSD e medial do LM com infiltrado alveolar. Linfonomegalia hilar D também era observada. Na tomografia de abdômen havia múltiplos nódulos densos e hipercaptantes no fígado e imagem nodular e irregular medindo 4 cm em topografia de adrenal direita.

Nesse contexto clínico, a conduta inicial para obtenção de material para o diagnóstico histopatológico seria a realização de:

- (A) endoscopia respiratória com lavado broncoalveolar, seguida de toracoscopia vídeo-assistida e biópsia pulmonar;
- (B) endoscopia respiratória com lavado broncoalveolar, escovado brônquico e biópsia da mucosa e/ou da lesão endobrônquica;
- (C) endoscopia respiratória com lavado broncoalveolar, mediastinoscopia, toracotomia para biópsia pulmonar;
- (D) endoscopia respiratória com lavado broncoalveolar, biópsia pulmonar transtorácica e mediastinoscopia;
- (E) endoscopia respiratória com lavado broncoalveolar com EBUS radial e cirurgia torácica robótica.

60

Uma paciente de 77 anos, relata tosse há 6 meses com expectoração branca e piora da dispneia que, no momento, ocorre aos pequenos esforços. Nega febre. Refere emagrecimento de 3kg nesse período, perda do apetite e dor em região costal E. Ex-tabagista há 10 anos. CT 50 anos-maço. Trouxe TC de tórax, que evidenciou: enfisema parasseptal e centrolobular difuso mais extenso em lobos superiores. Havia também uma opacidade de contorno irregular medindo 3,1 x 3,0 x 3,5 cm, localizada em língula com extensão pleural. Nódulo subpleural em LID de contorno lobulado de 8,0 mm. Linfonodos mais evidentes que o habitual no mediastino de 7,0 mm, situados no espaço pré-vascular. A parede torácica apresentava irregularidade da cortical no 4º e 5º arcos costais à esquerda. Em uma segunda consulta, trouxe o resultado do exame de função pulmonar com estudo da difusão de monóxido de carbono (DLCO). Esse exame mostrava distúrbio ventilatório obstrutivo evidenciado pela redução VEF1/CVF (50% do previsto) pós BD e VEF1 de 48%, com CVF normal. Prova broncodilatadora negativa. A difusão de CO estava acentuadamente reduzida (DLCO hb) = 19% do previsto; o KCO (Hb) muito baixo (24% do previsto) sugere redução do leito capilar pulmonar por enfisema pulmonar extenso. O VA normal, a despeito da obstrução de vias aéreas, sugere presença de hiperinsuflação pulmonar. Para a lingulectomia (resseção de 2 dos 19 segmentos pulmonares) VEF1 ppo = 0,84L (45% do previsto) e DLCO (Hb)ppo = 2,54 ml/min/mmHg (16% do previsto). Realizou biópsia por punção transtorácica na língula e o histopatológico revelou carcinoma de pulmão não pequenas células (invasivo) moderadamente diferenciado.

Considerando o caso clínico acima, o planejamento terapêutico mais adequado para essa paciente é realizar:

- (A) ressecção da língula já que a reserva funcional permite abordagem cirúrgica;
- (B) terapia neoadjuvante seguida de pneumectomia esquerda e terapia adjuvante associada à imunoterapia alvo dirigida, após análise do painel molecular;
- (C) terapia neoadjuvante seguida de lingulectomia com quimioterapia e radioterapia após a cirurgia;
- (D) quimioterapia com radioterapia, combinada ou não com imunoterapia/terapia alvo dirigida, após análise do painel molecular;
- (E) bilobectomia, quimioterapia associada à radioterapia e imunoterapia/terapia alvo dirigida, após análise do painel molecular.

61

Um paciente de 66 anos, casado, aposentado, durante consulta com nefrologista em unidade de referência secundária, relatou tosse há 40 dias, inicialmente seca. Após 1 semana, evoluiu com expectoração amarelada. Refere febre vespertina e perda ponderal de 3kg no período. HPP: DM há 12 anos em uso de glibenclamida 4 mg dia e metformina 500 mg 2cp no café e 2cp no jantar. HAS há 12 anos, em uso de enalapril 10 mg 2x ao dia, hidroclorotiazida 25 mg dia. Doença renal crônica em tratamento conservador. HS: ex-tabagista há 10 anos. CT 20 anos-maço. Quando jovem, aos 22 anos, relatou “água na pleura” que melhorou sem tratamento específico. Nos exames laboratoriais: glicemia de jejum 268 mg/dl, HbA1c 8,1%, UR 194 mg/dl e CR 2,8 mg/dl sem critério para hemodiálise. O nefrologista solicitou exame de escarro: teste rápido molecular para tuberculose (TRM- TB) e baciloscopia (pesquisa de BAAR), além de radiografia de tórax. A enfermeira checkou os resultados: BAAR (+), TRM - TB detectável e sensível à rifampicina. O paciente foi encaminhado ao pneumologista, sendo solicitados cultura para micobactéria, identificação e TSA.

Considerando-se o quadro clínico e laboratorial desse paciente, a conduta mais adequada para o tratamento é:

- (A) iniciar RHZE nos 2 primeiros meses, seguidos de 4 meses de RH, suspender os hipoglicemiantes orais e iniciar insulino terapia. Realizar tratamento diretamente observado. Prescrever piridoxina 50 mg por dia;
- (B) iniciar RHZE nos 2 primeiros meses, seguidos de 7 meses de RH. Manter os hipoglicemiantes orais. Realizar tratamento diretamente observado. Prescrever piridoxina 50 mg por dia;
- (C) iniciar RHZE nos 2 primeiros meses, seguidos de 4 meses de RH, manter os hipoglicemiantes orais e iniciar insulino terapia. Realizar tratamento diretamente observado. Prescrever piridoxina 50 mg por dia;
- (D) iniciar RHZE nos dois primeiros meses às segundas, quartas e sextas feiras e RH às terças, quintas, sábados e domingos e iniciar RH em dias alternados por 4 meses, após completar os 2 primeiros meses com RHZE. Realizar tratamento diretamente observado e manter os hipoglicemiantes orais;
- (E) iniciar RHZE nos dois primeiros meses às segundas, quartas e sextas feiras e RH às terças, quintas, sábados e domingos e iniciar RH diariamente por 7 meses, após completar os 2 primeiros meses de tratamento. Realizar tratamento diretamente observado e suspender os hipoglicemiantes orais. Iniciar insulino terapia e prescrever piridoxina 50 mg por dia.

62

Um paciente de 23 anos, sem comorbidades prévias, apresentou náuseas e vômitos, após 3 semanas de início de esquema básico (EB) para tratamento de tuberculose pleural. Nega etilismo e doenças hepáticas prévias. Tinha peso de 51 quilos. Em uso de 4 comprimidos, 1 x por dia, de RHZE, dose fixa combinada. Foi solicitada rotina laboratorial que mostrou TGO 108 U/L (VN até 40 U/L) e TGP 122 U/L (VN até 56 U/L).

Diante desse quadro, a conduta mais adequada para esse paciente é:

- (A) interromper o tratamento (EB) e iniciar esquema para hepatopatia medicamentosa, com rifampicina, levofloxacino e etambutol;
- (B) interromper o tratamento (EB), prescrever antieméticos e solicitar nova dosagem de bilirrubinas;
- (C) manter o tratamento (EB) com orientação de tomar após o desjejum, prescrever antieméticos e solicitar nova dosagem de bilirrubinas;
- (D) manter o tratamento (EB), monitorizar função hepática a cada 3 a 7 dias até a normalização. Após essa documentação, avaliar introdução gradativa, droga a droga, do EB;
- (E) interromper o tratamento por 30 dias, solicitar nova dosagem de transaminases com bilirrubinas e retornar para o EB, caso as transaminases estejam normais.

63

Uma paciente de 35 anos foi encaminhada ao posto de saúde pelo reumatologista para avaliação e tratamento de ILTB (infecção latente por tuberculose), pois a paciente fará uso de imunobiológico anti-TNF alfa. Além do relatório médico detalhado, é portadora de artrite reumatoide com anti-CCP positivo, com dores em articulações de mãos e punhos sem melhora com uso de metotrexato e hidroxiquina. Trouxe também o resultado do IGRA Quantiferon Gold plus positivo e radiografia de tórax normal (com laudo). Paciente assintomática do ponto de vista respiratório. Nega febre, sudorese noturna e emagrecimento. Peso: 58 kg.

Atualmente, o tratamento preferencial e preconizado pelo Ministério da Saúde para tratamento da ILTB, nesse caso descrito acima, é:

- (A) isoniazida 300 mg, 1vez por dia de 6 a 9 meses;
- (B) rifapentina 900 mg com isoniazida 900 mg, 1 vez por semana por 12 semanas;
- (C) rifapentina 900 mg com isoniazida 900 mg, 1 vez por dia por 3 meses;
- (D) rifampicina 600 mg 1 x por dia por 4 meses;
- (E) rifampicina 600 mg + isoniazida 300 mg 1 x por dia.

64

Uma mulher de 68 anos queixa-se de falta de ar ao andar no plano, necessitando parar algumas vezes para recuperar o fôlego. Refere, também, tosse com expectoração acinzentada, principalmente pela manhã ao acordar.

Tabagista de 40 anos-maço. HAS em uso de losartana 50 mg de 12 em 12 horas. Nega DM, hepatites e alergias. Ao exame físico: lúcida, orientada, hidratada, acianótica e afebril. PA 130 x 90 mmHg, FR 18 irpm, FC 80 bpm. AP: MV diminuído sem ruídos adventícios. Sat O₂ 95% em ar ambiente, sem esforço respiratório em repouso. Realizou espirometria, que revelou CVF normal, VEF1/CVF 66% pós-BD e VFE1 de 52%. Prova broncodilatadora negativa.

Nesse cenário clínico, a classificação de gravidade, segundo os critérios do GOLD, levando em consideração os parâmetros espirométricos, é:

- (A) estágio 0 muito leve;
- (B) estágio I leve;
- (C) estágio II moderado;
- (D) estágio III grave;
- (E) estágio IV muito grave.

65

Um paciente de 64 anos, fumante até os 55 anos de aproximadamente 60 anos-maço, tem história de emagrecimento não intencional de 15 Kg nos últimos três meses, assim como tosse usualmente seca e muita prostração. A radiografia de tórax evidencia lesão expansiva no lobo superior direito, associada a imagem em parábola do mesmo lado. A equipe assistente indicou a realização de uma toracocentese com biópsia pleural diagnóstica, mas os achados foram inconclusivos.

A melhor opção para dar sequência à investigação será:

- (A) repetir um procedimento diagnóstico;
- (B) iniciar cuidados paliativos, pela alta probabilidade de se tratar de um caso de câncer de pulmão avançado;
- (C) indicar drenagem torácica e pleurodese;
- (D) considerar tratamento empírico para tuberculose;
- (E) indicar implantação de catéter de longa permanência.

66

Uma paciente de 72 anos, coronariopata, interna-se com insuficiência cardíaca descompensada. No quarto dia de hospitalização, apresenta febre e piora dos marcadores inflamatórios do sangue periférico. A radiografia de tórax no leito sugere aumento do acúmulo de líquido pleural à direita, agora sugerindo infecção associada do mesmo lado. Foi realizada toracocentese guiada por ultrassonografia à beira do leito.

O resultado com melhor prognóstico para esse procedimento foi:

- (A) relação LDH líquido pleural/sérico de 0,7;
- (B) gradiente de albumina de 1,4;
- (C) relação PTN líquido pleural de 0,5;
- (D) pH de 7,2;
- (E) glicose de 58 mg/dL.

67

Um paciente de 35 anos interna-se com pneumonia comunitária grave. Após melhora inicial com o esquema terapêutico proposto, volta a fazer febre e piora do seu estado geral. Exames complementares mostram hemograma leucometria e bastonemia aumentados, piora da PCR total e a radiografia de tórax está muito semelhante à da internação, exceto pela presença de opacidade de contorno lobulado justa pleural.

Após a realização de uma toracocentese diagnóstica, foi considerado um caso de derrame pleural complicado e houve indicação de drenagem torácica baseada no seguinte achado do líquido pleural:

- (A) relação LDH líquido pleural/sérico de 0,5;
- (B) glicose de 70 mg/dL;
- (C) LDH 1.100 U/L;
- (D) pesquisa de bactérias pelo Gram negativa;
- (E) pH de 7,21.

68

Um paciente de 78 anos, ex-tabagista com carga elevada, em tratamento para adenocarcinoma de pulmão com quimioterapia, apresenta piora da sua dispnéia e, ao ser radiografado, é constatado derrame pleural de início recente. Na sequência, opta-se pela realização de uma toracocentese para confirmação da etiologia do líquido pleural. Embora não seja o resultado esperado, o líquido é do tipo transudato.

No contexto clínico e laboratorial do paciente, é correto afirmar que esse achado justifica-se pelo(a):

- (A) tipo de quimioterapia utilizada;
- (B) desnutrição apresentada pelo paciente, que tem uma proteína baixa;
- (C) disseminação linfática das células neoplásicas;
- (D) erro no exame que deverá ser repetido;
- (E) presença de uma lesão endobrônquica associada a atelectasia.

69

Uma paciente de 65 anos chega na emergência com relato de dois dias de muita prostração, febre de 39 °C, tosse produtiva com expectoração purulenta e cansaço progressivo. Estava lúcida e orientada, com PA 80 x 60 mmHg, FC 100 bom, FR 20 irpm. A radiografia de tórax mostrava consolidação em lobo inferior direito. Os exames laboratoriais registraram ureia de 35 mg/dL, creatinina 1,1 e PCR de 12 mg/dL. O diagnóstico foi de pneumonia comunitária. Diante desse contexto da paciente foi decidida a internação hospitalar.

Os parâmetros que justificam melhor essa decisão são:

- (A) frequência respiratória de 20 ipm;
- (B) PA sistólica de 80 mmHg;
- (C) ureia 35 mg/dL;
- (D) seria necessário investigar nova comorbidade;
- (E) embora a paciente estivesse lúcida, poderia haver piora do nível de consciência.

70

Uma paciente de 72 anos, coronariopata, interna-se na unidade coronariana com quadro de angina instável. Após três dias, recebe alta hospitalar. Passadas pouco mais de 48 horas, a paciente é trazida por familiares com história de queda importante do estado geral, febre, tosse e dispneia e, nas últimas horas, confusão mental. Após avaliação, foi feito diagnóstico de choque séptico secundário a pneumonia. A CCIH é acionada e informam que há um surto de *Klebsiella* produtora de betalactamase de espectro estendido.

Com esse quadro clínico, o primeiro antibiótico a ser prescrito antes do resultado das culturas será:

- (A) vancomicina;
- (B) levofloxacino 750 mg;
- (C) ertapenem;
- (D) ampicilina/sulbactam;
- (E) ceftazidima/avibactam.

71

Um paciente de 55 anos faz procedimento odontológico prolongado, ficando por várias horas na cadeira do seu dentista. Cerca de três semanas após, apresenta quadro com síndrome febril, associada a tosse purulenta, em grande quantidade, de odor fétido. A radiografia de tórax mostra lesão escavada no lobo superior direito, com nível hidroaéreo no seu interior, sem presença de corpo estranho.

A principal conduta terapêutica para esse paciente é:

- (A) broncoscopia com lavagem do lobo pulmonar;
- (B) remoção cirúrgica do lobo superior direito;
- (C) drenagem tubular na lesão escavada;
- (D) pneumostomia na área acometida;
- (E) antibioticoterapia com clindamicina.

72

Um paciente de 62 anos, grande fumante, sem outras comorbidades, interna-se com quadro clínico de síndrome coronariana aguda. Etilista diário, tinha recebido recomendação de interromper o uso do álcool por alteração laboratorial prévia (aumento das transaminases). A radiografia de tórax de rotina feita no leito mostra nódulo pulmonar no terço superior direito. A tomografia de tórax evidencia nódulo de 2,0 cm, bem definido, com halo em vidro fosco. Refere ter contato, em seu apartamento de cobertura, com morcegos que buscavam fruta. É solicitada sorologia para histoplasmoze que mostra-se positiva para banda M.

Sabendo que não há qualquer queixa respiratória e sintomas sistêmicos, a conduta mais adequada para esse paciente é:

- (A) receitar expectante, orientando o paciente sobre sintomas clínicos possíveis, uma vez que há risco potencial de toxicidade hepática;
- (B) iniciar itraconazol e mantê-lo por 24 semanas;
- (C) prescrever itraconazol por 6 meses;
- (D) iniciar itraconazol e mantê-lo por 1 ano;
- (E) considerar o uso de anfotericina B e corticoide por 4 semanas.

73

A prevalência das bronquiectasias cresce a cada cem mil pessoas com o passar dos anos, muito provavelmente pelo aumento na qualidade dos exames de imagem.

Os sinais definidores na tomografia de tórax que melhor contribuem para o diagnóstico das bronquiectasias são:

- (A) formação cística ao final de um brônquio e cistos empilhados em camadas;
- (B) ausência de afunilamento brônquico e brônquio visível a 1 cm a partir da pleura parietal;
- (C) nódulos comprometendo a arquitetura pulmonar, resultando em brônquios dilatados;
- (D) adenopatia hilar associada a oligoemia por redução de perfusão arterial;
- (E) opacidades lineares paralelas, associadas a áreas de preenchimento alveolar.

74

Um paciente de 67 anos procurou auxílio médico para investigação de tosse crônica. Negava tabagismo. Referia que o sintoma era antigo e recorrente, mas estava progressivamente pior e agora apresentava-se com mais secreção. Em sua história, referia idas periódicas ao pronto-socorro por essa queixa respiratória. No entanto, nunca aprofundou essa investigação. Procurou um pneumologista, que solicitou uma tomografia computadorizada de tórax que evidenciou bronquiectasias.

Considerando-se a história clínica do paciente, a etiologia mais comum para essa afecção respiratória é(são):

- (A) imunodeficiências primárias e secundárias;
- (B) doenças hereditárias e congênitas;
- (C) pós-infecciosa, podendo ser por agentes distintos;
- (D) obstrução brônquica localizada;
- (E) seqüela por aspiração de substâncias tóxicas.

75

Uma paciente de 74 anos, sabidamente com lesões estruturais irreversíveis na sua árvore brônquica, teve seu primeiro diagnóstico de colonização por *Pseudomonas aeruginosa* há muitos anos. Cansada de sofrer com as exacerbações, decide se tratar de forma adequada.

Considerando o contexto clínico apresentado pela paciente, a terapêutica de manutenção mais adequada é:

- (A) corticoide inalatório;
- (B) uso intermitente de mucolíticos orais;
- (C) remoção cirúrgica das áreas acometidas;
- (D) antibiótico administrado por via inalatória;
- (E) droga sistêmica antipseudomonas por 3 meses.

76

Um paciente de 45 anos internou-se no andar para tratamento de pneumonia comunitária. Após antibioticoterapia adequada, evoluiu, depois de alguns dias, com febre e estabilização em níveis elevados de parâmetros inflamatórios no sangue (proteína C reativa).

Nesse contexto, a realização de uma tomografia computadorizada é necessária para:

- (A) descartar tromboembolismo pulmonar;
- (B) avaliar se há doença coronariana associada;
- (C) descartar derrame pleural como complicação;
- (D) avaliar a possibilidade de doença fúngica associada;
- (E) avaliar a possibilidade de tuberculose pulmonar como diagnóstico diferencial.

77

Um paciente, previamente saudável, apresenta-se no ambulatório com queixa de tosse seca persistente há 2 meses, associada a fadiga, dor torácica leve e dispneia aos leves esforços. Refere perda ponderal de 4 quilos no último mês, sem febre. Nega tabagismo ou história ocupacional. Apresenta tatuagem antiga onde nota haver local endurecido recentemente. Alguns gânglios são palpáveis na região cervical. A radiografia de tórax mostra adenomegalia hilar bilateral acompanhada de infiltrado intersticial em terços médios de ambos os pulmões.

O exame mais adequado para confirmar o diagnóstico dessa doença, levando-se em consideração o contexto clínico-radiológico, é:

- (A) biópsia ganglionar;
- (B) PET CT;
- (C) angiotomografia de tórax com contraste;
- (D) marcadores de função reumática;
- (E) biópsia pulmonar vídeo-assistida.

78

O diagnóstico do caso anterior foi realizado. O tratamento proposto mais adequado é para:

- (A) tuberculose;
- (B) sarcoidose;
- (C) linfangite carcinomatosa;
- (D) pneumonia intersticial usual;
- (E) pneumonia em organização criptogênica.

79

Um paciente de 67 anos é submetido à punção de massa periférica de 4 cm. Tem história de tabagismo 40 anos-maço. O diagnóstico é adenocarcinoma. Realizado PET CT e posteriormente EBUS, verifica-se que a doença está em estágio II.

Após a ressecção cirúrgica, a droga mais adequada considerando a presença de mutação EGFR, é:

- (A) pembrolizumab;
- (B) osimetinib;
- (C) sotarasib;
- (D) atezolizumab;
- (E) nivolumab.

80

Um paciente de 36 anos, com cerca de 80 quilos, é levado para a emergência com quadro agudo de dispneia. Ele relata panturrilha inchada e dolorida e refere história de embolia pulmonar há 5 anos. É anticoagulado por 2 anos. Sua pressão arterial é de 80 x 60 mmHg e a frequência cardíaca de 105 bpm. Após hidratação adequada, sua pressão sobe para 105 x 85 mmHg e sua Sat O₂ é de 92% em ar ambiente.

Enquanto o paciente aguarda a angiotomografia, o tratamento mais adequado é:

- (A) heparina de baixo peso molecular;
- (B) anticoagulante oral não antagonista da vitamina K;
- (C) heparina intravenosa 80 UI em bolus;
- (D) RTPA;
- (E) streptoquinase.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

