

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025


Enare
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA (ATPNEPEDT01)


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!

Pediatria

1

Um recém-nascido com 24 horas de vida foi submetido ao teste da oximetria de pulso (teste do coraçãozinho). A saturação de O₂ foi de 92% no membro superior direito e 91% no membro inferior esquerdo na primeira aferição.

Diante desse resultado, a criança deverá:

- (A) ter alta, pois o teste foi negativo;
- (B) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi positivo;
- (C) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi duvidoso;
- (D) repetir o teste após uma hora, pois o teste foi duvidoso;
- (E) realizar avaliação cardiológica após a alta, pois o teste foi positivo.

2

Um lactente de 9 meses, com fácies síndrômica, assintomático, apresenta ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas com desdobramento variável da segunda bulha, sopro sistólico 2+/6+ mais audível em borda esternal esquerda baixa, sem irradiação, que diminui com a posição sentada. Os pulsos femorais são palpáveis.

Nesse caso, o médico deve:

- (A) internar a criança para realização de exames;
- (B) encaminhar a criança para avaliação do cardiopediatra;
- (C) iniciar medicação cardiológica (furosemida e captopril);
- (D) solicitar teste de oximetria de pulso;
- (E) considerar o achado como funcional, sem necessidade de encaminhamento.

3

Uma lactente de 8 meses, com febre de 38,5 °C, coriza e tosse, foi levada ao posto de saúde para ser vacinada para influenza pela primeira vez.

Considerando o estado dessa lactente, a equipe do posto de saúde deve:

- (A) aguardar a remissão do quadro febril para vacinar a criança;
- (B) vacinar a criança com dose única da vacina;
- (C) vacinar a criança e indicar seu retorno ao posto após 1 mês para dose de reforço;
- (D) aguardar 15 dias após o desaparecimento de todos os sintomas para vacinar a criança;
- (E) vacinar a criança após 12 meses, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações.

4

Uma criança de 2 anos, portadora de síndrome de Down, sem queixas, compareceu à consulta de rotina.

De acordo com o protocolo de acompanhamento dos portadores de síndrome de Down, o médico deve:

- (A) solicitar acompanhamento com neuropediatra;
- (B) solicitar tomografia computadorizada do crânio;
- (C) solicitar avaliação da acuidade auditiva e visual;
- (D) dar orientações gerais, sem necessidade de exames complementares ou encaminhamento;
- (E) encaminhar o paciente para a nutricionista pelo maior risco de déficit pêntrico-estatural.

5

Um escolar de 9 anos é levado à emergência com tosse seca, taquidispneia moderada, tiragens intercostais, acianótico em ar ambiente e com sibilos difusos à ausculta pulmonar.

Esse paciente deve ser medicado com:

- (A) dropropizina xarope;
- (B) nebulização com acetilcisteína;
- (C) ambroxol xarope;
- (D) salbutamol spray utilizado com espaçador;
- (E) nebulização com brometo de ipratrópio.

6

Uma professora encaminha criança de 6 anos, cursando o primeiro ano do Ensino Fundamental, ao serviço de saúde devido a dificuldade de aprendizado e hiperatividade.

Nessa situação, o médico deve:

- (A) solicitar avaliação auditiva e oftalmológica;
- (B) prescrever metilfenidato;
- (C) encaminhar a criança ao psiquiatra infantil;
- (D) solicitar mudança de turma na escola;
- (E) prescrever zinco e magnésio.

7

Durante tratamento de amidalite com amoxicilina, um adolescente apresentou placas urticariformes difusas, com necessidade de atendimento na emergência.

Após tratamento da urticária, a orientação correta é:

- (A) trocar a amoxicilina por cefadroxil;
- (B) trocar a amoxicilina por azitromicina;
- (C) trocar a amoxicilina por sulfametoxazol-trimetoprima;
- (D) suspender a amoxicilina e aplicar dose única de penicilina benzatina;
- (E) manter o antibiótico após melhora do quadro urticariforme.

8

Uma adolescente apresentou, há 15 dias, intensa dor de garganta e febre (temperatura axilar de 38,5 °C). Foi medicada por 5 dias com diclofenaco, com melhora. Há 24 horas, iniciou dor intensa e edema com sinais flogísticos no joelho esquerdo.

Na emergência, o médico deve:

- (A) colher hemograma, provas de atividade inflamatória e VHS;
- (B) prescrever cefalexina, após colher hemoculturas;
- (C) imobilizar o joelho e prescrever ibuprofeno;
- (D) internar o paciente e iniciar oxacilina por via intravenosa;
- (E) solicitar radiografia do joelho e encaminhar ao ortopedista.

9

Um lactente de 2 meses se submete a radiografia de tórax para avaliar quadro de cansaço com crises de cianose. O laudo do exame descreve coração com formato de “tamanco holandês”.

O médico conclui, corretamente, que o paciente apresenta:

- (A) hipertrofia de cavidades esquerdas;
- (B) hipertensão pulmonar;
- (C) hipertrofia do ventrículo direito;
- (D) persistência do canal arterial;
- (E) coarctação da aorta.

10

Uma criança com 18 meses de idade foi afastada da creche devido ao aparecimento de pequenas vesículas no tronco, genitália e regiões palmares e plantares. Ela apresenta, também, febre alta e lesões aftosas em orofaringe. Outras crianças da creche estão com o mesmo quadro.

Com base no quadro clínico, o pediatra fez, corretamente, o diagnóstico de:

- (A) impetigo;
- (B) herpes simples;
- (C) varicela;
- (D) escarlatina;
- (E) coxsackievirose.

11

Um escolar de 10 anos apresenta queixa de cansaço, dores nas pernas que o acordam durante a noite e emagrecimento de 2 kg no último mês. Apresenta as seguintes alterações ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa 3+/4+, sopro sistólico 2+/6+ em bordo externo esquerdo, taquicardia (FC = 120 bpm), fígado a 2,5 cm do RCD, ponta de baço palpável, dor à palpação do terço proximal da tibia bilateralmente e petéquias esparsas em membros.

O quadro clínico é sugestivo de:

- (A) anemia falciforme;
- (B) leucemia;
- (C) zika vírus;
- (D) endocardite infecciosa;
- (E) toxoplasmose.

12

Um médico, residente da pediatria, atendeu uma criança que evoluiu para parada cardiorrespiratória. Ele realizou, sob supervisão, manobras de reanimação, sem sucesso. Não fez anotações da evolução e tratamento no prontuário.

A conduta do residente deve ser considerada:

- (A) correta, pois como residente não tem essa obrigação;
- (B) correta, pois a criança faleceu;
- (C) errada, pois ele não deveria ter participado da reanimação cardiorrespiratória;
- (D) correta, pois na emergência não há necessidade de registro no prontuário;
- (E) errada, pois todo atendimento deve ser registrado no prontuário.

13

Na primeira consulta de um recém-nascido em aleitamento materno exclusivo com satisfatório ganho ponderal, a mãe refere que a criança chora muito.

Nessa situação, o pediatra deve orientar a mãe a:

- (A) oferecer chupeta para o bebê;
- (B) complementar a alimentação com fórmula infantil;
- (C) amamentar em livre demanda;
- (D) oferecer leite materno na mamadeira durante a madrugada;
- (E) oferecer chá de camomila e água nos intervalos das mamadas.

14

Uma criança de 8 anos, com índice de massa corporal (IMC) acima do percentil 95 para idade e sexo, é levada à consulta pela mãe, que está preocupada com o ganho ponderal excessivo do filho.

As orientações médicas devem ser para:

- (A) a adesão ao tratamento medicamentoso com sibutramina;
- (B) a redução da ingestão de proteínas e o aumento do consumo de carboidratos;
- (C) a necessidade de redução do peso pelo maior risco de desenvolver doença hepática não alcoólica;
- (D) a diminuição de atividade física pelo risco aumentado de lesões;
- (E) a realização de dieta cetogênica.

15

Um pai está preocupado com seu filho de 15 anos, que tem apresentado queda do rendimento escolar, desinteresse pelos esportes que praticava, comportamento hostil com familiares, perda de peso e irritação ocular ("olhos vermelhos") com fotofobia.

Considerando as informações do pai, o médico faz a hipótese diagnóstica adequada de:

- (A) distúrbio do sono;
- (B) síndrome de ansiedade generalizada;
- (C) uso de drogas ilícitas;
- (D) erro de refração ocular;
- (E) alterações comportamentais próprias da adolescência.

16

Uma criança, portadora de doença falciforme, é admitida na emergência com priapismo há 24 horas, que não respondeu ao tratamento habitual.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) aplicação de compressas frias;
- (B) redução da hidratação;
- (C) repouso absoluto;
- (D) injeção local de fenilefrina;
- (E) prescrição de corticoide.

17

Um paciente de 8 anos, com sobrepeso, apresenta pressão arterial (PA) entre o percentil 90 e 95 para sexo, idade e altura. A pressão arterial nunca havia sido aferida. Nega sintomas.

É correto afirmar que:

- (A) o paciente está normotenso;
- (B) ele deve ser encaminhado ao nefrologista;
- (C) a medicação anti-hipertensiva deve ser iniciada;
- (D) o paciente está hipertenso, mas sem necessidade de tratamento;
- (E) a PA deve ser aferida mais duas vezes, com cálculo da média das aferições, para definição diagnóstica.

18

Um lactente de 6 meses, internado com bronquiolite, está em suporte ventilatório.

Sobre a necessidade de analgesia/sedação do paciente, é correto afirmar que:

- (A) deve ser realizada sedação, sem necessidade de analgesia;
- (B) deve ser utilizado o pancurônio, sem necessidade de sedação/analgesia;
- (C) deve ser realizada sedação com benzodiazepínico e analgesia com tramadol;
- (D) não há necessidade de analgésicos ou sedativos se o paciente estiver ventilando bem;
- (E) deve ser realizada analgesia com meperidina pelo baixo risco de dependência química.

19

Os pais de uma criança de 4 anos com fimose perguntam ao médico sobre a necessidade de cirurgia.

O médico deve:

- (A) indicar postectomia;
- (B) informar que a cirurgia tem alto potencial de complicações;
- (C) aguardar ocorrência de infecção urinária para indicar cirurgia;
- (D) aguardar queixa de dificuldade para urinar para indicar a cirurgia;
- (E) explicar que a cirurgia aumenta risco futuro de infecções sexualmente transmissíveis.

20

Um recém-nascido de mãe adolescente com 15 anos recebe alta com orientação para que seja realizado o registro civil de nascimento (RCN) da criança.

As orientações para o procedimento devem incluir:

- (A) a necessidade da presença do pai e da mãe para registro no cartório;
- (B) a não obrigatoriedade de apresentação de documentos de identidade dos pais;
- (C) a obrigatoriedade de que o registro seja realizado na Vara da Infância e da Juventude, por ser a mãe menor de idade;
- (D) a necessidade da presença de um dos avós do bebê, caso a mãe não seja emancipada;
- (E) a necessidade de apresentação de certidão de casamento ou contrato de união estável dos pais.

21

Durante consulta de puericultura, a mãe de um lactente de 8 meses demonstra preocupação com o desenvolvimento psicomotor de sua filha, que é bem diferente do de outras crianças da mesma idade. Ela não responde ao olhar ou sons, faz movimentos repetitivos, tem dificuldade em aceitar novos alimentos e comportamento agitado.

O pediatra corretamente:

- (A) considera o comportamento do bebê normal para a idade;
- (B) considera que o bebê pode ser hiperativo;
- (C) indica matriculá-lo na creche para melhor socialização;
- (D) prescreve um complexo vitamínico para melhora no desenvolvimento;
- (E) aplica o formulário M-CHAT-R/F para auxiliar no diagnóstico.

22

Um lactente de 7 meses, com salivação excessiva, coceira nas gengivas e irritabilidade, ao exame, apresenta erupção parcial do dente incisivo central inferior esquerdo.

Sobre a saúde oral dessa criança, devem ser dadas as seguintes orientações:

- (A) a escovação dos dentes é necessária quando completar 1 ano;
- (B) a chupeta deve ser oferecida;
- (C) a utilização de anestésico tópico para redução do desconforto;
- (D) a suspensão do aleitamento materno está indicada quando nascerem os dentes pelo risco de lesão mamária;
- (E) a escovação dos dentes deve ser realizada com pequena quantidade de creme dental para bebê.

23

Um escolar de 7 anos apresenta, há 3 dias, cefaleia, edema de membros inferiores, sem sinais flogísticos, e urina escura. Ao exame, foram constatadas hipertensão arterial e hematúria no exame de urina. Está em uso de polivitamínicos e dipirona.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é de:

- (A) reação alérgica medicamentosa;
- (B) síndrome nefrótica;
- (C) complicação de infecção estreptocócica;
- (D) intoxicação exógena;
- (E) hipertensão arterial primária com lesão renal.

24

Um paciente de 1 ano e 3 meses, com síndrome gripal, realizou teste rápido para SARS-CoV-2, que foi positivo. O exame físico identificou estertores subcrepitantes difusos, e a radiografia de tórax revelou infiltrado intersticial peri-hilar, bilateralmente.

O tratamento deve ser:

- (A) internado em enfermaria para observação da resposta ao tratamento sintomático;
- (B) domiciliar, nebulizando com corticoide e beta-2 adrenérgico;
- (C) internado, para realização de antibiótico venoso;
- (D) domiciliar, com uso de sintomáticos;
- (E) internado em unidade de terapia intensiva com administração de oxigênio.

25

Uma criança de 2 anos, com febre alta (39 °C) há 3 dias e irritabilidade, se recusa a se alimentar, tem dor abdominal intensa e a mãe relata 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas. A mãe procurou a emergência, onde foram realizados exames, e foi dado o diagnóstico de dengue.

O tratamento deve ser:

- (A) prescrever prednisolona e sais de reidratação oral;
- (B) prescrever sintomáticos e orientar sinais de gravidade;
- (C) internar a criança para início de antibiótico venoso;
- (D) prescrever nitazoxanida e solicitar exames de controle;
- (E) internar a criança para hidratação venosa, sintomáticos e observação.

26

Uma mãe informa que recebeu comunicado da escola sobre caso de meningite meningocócica na turma do seu filho de 6 anos.

O pediatra deve orientá-la a:

- (A) iniciar quimioprofilaxia na criança, com rifampicina;
- (B) colher hemograma da criança;
- (C) deixar o filho em isolamento por 7 dias;
- (D) procurar o posto de saúde para vaciná-lo para meningite ACWY;
- (E) procurar emergência para que a criança seja examinada, mesmo sem sintomas.

27

Na avaliação de rotina de uma criança de 7 anos, foi observado ganho ponderal excessivo nos últimos 6 meses.

Em relação à realização de exercícios físicos, o paciente deve ser orientado a:

- (A) evitar atividades de flexibilidade pelo risco de lesões articulares;
- (B) evitar exercícios ao ar livre, devido à exposição solar;
- (C) priorizar exercícios extenuantes que estimulam a produção do hormônio de crescimento;
- (D) fazer 60 minutos diários de atividade física de moderada a vigorosa intensidade;
- (E) iniciar atividades físicas estruturadas (danças, lutas, esportes coletivos) após os 8 anos.

28

Uma criança de 5 anos, atendida na emergência com queixa de coriza e tosse há 5 dias, tem usado desloratadina com pouca melhora. Ontem iniciou dor nos tornozelos e dor abdominal intensa, além de terem aparecido petéquias elevadas nas nádegas e nos membros inferiores, com discreto edema de mãos e tornozelos.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:

- (A) leucemia;
- (B) farmacodermia;
- (C) distúrbio da coagulação;
- (D) púrpura de Henoch-Schönlein;
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

29

Um adolescente que estava praticando surfe apresentou, subitamente, dor em queimação na perna. Após sair do mar, observou lesão de queimadura na panturrilha esquerda.

No posto do salva-vidas, foi corretamente realizada:

- (A) limpeza da lesão com água doce;
- (B) aplicação de urina do paciente na lesão;
- (C) aplicação de pasta d'água no local;
- (D) limpeza da lesão com água do mar e aplicação de vinagre;
- (E) fricção da lesão com água morna para retirada do veneno.

30

Uma lactente de 10 meses, com episódios de melena e anemia, foi avaliada na emergência, onde o cirurgião pediátrico realizou toque retal, que foi livre de sangramento, e clister opaco, sem evidências de pólipos intestinais.

Com o objetivo de elucidação diagnóstica, deve-se solicitar:

- (A) pesquisa de elementos anormais nas fezes;
- (B) colonoscopia;
- (C) ressonância magnética do abdômen;
- (D) seriografia esôfago-gastro-duodenal;
- (E) cintilografia intestinal com Tc-99.

31

Uma menina de 7 anos, portadora de epilepsia, associou carbamazepina ao esquema anticonvulsivante prévio por descontrole de crises. Após uma semana do início da medicação, evoluiu com melhora das crises, mas há 24 horas apresenta anorexia, cefaleia e exantema maculopapular eritematoso em face e tórax, doloroso ao toque, com formação de bolhas no centro e ocupando 40% da superfície corporal. Há lesões em conjuntiva e mucosa oral.

A hipótese diagnóstica, com base nos dados apresentados, é:

- (A) necrólise epidérmica tóxica;
- (B) eritema multiforme;
- (C) síndrome de Stevens-Johnson;
- (D) penfigoide bolhoso;
- (E) vasculite.

32

Joana, mãe de 4 filhos, recebeu diagnóstico de tuberculose pulmonar há 7 dias (BAAR positivo no escarro espontâneo), ao sair da maternidade. Procura a unidade básica de saúde para avaliação dos menores. Todos estão assintomáticos e têm radiografias de tórax normais. As idades e os resultados da prova tuberculínica (PT) estão descritos a seguir.

- Criança A: 8 dias de vida; não realizou PT; não vacinada com BCG;
- Criança B: 1 ano; PT = 6 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Criança C: 3 anos; PT = 0 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Adolescente D: 12 anos; PT = 5 mm; vacinado com BCG ao nascer.

A conduta correta para cada caso, nesse momento, é:

- (A) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (B) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (C) criança A: realizar PT e, se positiva, iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (D) criança A: realizar BCG e não realizar PT pela idade; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (E) criança A: aguardar até o terceiro mês de vida para realizar PT; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas.

33

Um menino de 5 anos é trazido para consulta pediátrica na unidade básica de saúde, por estar apresentando perda de peso há 2 meses, esteatorreia, dor epigástrica, náuseas e vômitos. Traz um exame parasitológico de fezes, que indica a presença de *Giardia lamblia*.

O único antiparasitário disponível para dispensação é o albendazol, que, nesse caso:

- (A) deve ser prescrito em uma dose diária por 3 dias, sem necessidade de repetir;
- (B) deve ser prescrito em uma dose diária por 7 dias e repetido após 1 semana;
- (C) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias, sem necessidade de repetir;
- (D) deve ser prescrito em uma dose única e repetido após 7 dias;
- (E) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias e repetido após 7 dias.

34

Uma menina de 2 anos é trazida à emergência porque sofreu trauma de crânio após queda da cama dos pais (altura de 50 cm), há 30 minutos. Apresentou um episódio de vômito após a queda, mas não teve alteração no nível de consciência. No momento, pontua 15 na escala de coma de Glasgow e está assintomática.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) alta hospitalar com observação domiciliar;
- (B) observação clínica por 2 horas e alta após, se assintomática;
- (C) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 6 horas;
- (D) observação clínica por no mínimo 6 horas e alta após, se assintomática;
- (E) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 12 horas.

35

Uma menina de 10 anos chega à emergência com edema de lábios e língua, broncoespasmo e vômitos. Os sintomas se iniciaram há 30 minutos, após uso de anti-inflamatório para cefaleia.

A hipótese diagnóstica e a conduta nesse caso são, respectivamente:

- (A) angioedema; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (B) anafilaxia; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (C) angioedema; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (D) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (E) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:10000.

36

Um menino de 7 anos é admitido na emergência com cefaleia de forte intensidade, febre alta e vômitos há 24 horas. Ao exame, apresenta-se prostrado e com rigidez de nuca, além de exibir petéquias em membros superiores e tronco. A punção lombar é realizada, e o resultado do líquido é sugestivo de meningite bacteriana.

A antibioticoterapia de escolha para o caso é:

- (A) ceftriaxona (100 mg/kg/dia);
- (B) ceftriaxona (100 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (C) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (D) ceftriaxona (50 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (E) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + ampicilina (200 mg/kg/dia).

37

Um adolescente de 12 anos apresenta febre (38 – 38,5 °C) há 14 dias, cansaço e dor de garganta. Ao exame, placas esbranquiçadas em amígdalas, linfonodomegalias em cadeias cervicais anteriores bilaterais e esplenomegalia. Refere que, no segundo dia dos sintomas, procurou emergência e foi liberado com amoxicilina, mas evoluiu com exantema maculopapular, no segundo dia do antibiótico, que foi suspenso.

A provável etiologia para o quadro é:

- (A) vírus da dengue;
- (B) vírus Epstein-Barr;
- (C) *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A;
- (D) zika vírus;
- (E) parvovírus B19.

38

A asma é uma doença pulmonar crônica que necessita de controle para evitar perda progressiva da função pulmonar.

O tratamento intercrise tem como principal fármaco:

- (A) corticoide inalatório;
- (B) antileucotrieno;
- (C) broncodilatador de longa duração;
- (D) broncodilatador de curta duração;
- (E) corticoide sistêmico na menor dose possível.

39

Na vasculite por imunoglobulina A, algumas manifestações clínicas requerem tratamento com corticoterapia sistêmica, dentre elas:

- (A) oligoartrite aguda e hemorragia pulmonar;
- (B) púrpura palpável e envolvimento gastrointestinal grave;
- (C) orquite e envolvimento gastrointestinal grave;
- (D) necrose de pele e oligoartrite aguda;
- (E) artralgia e vasculite cerebral.

40

Na distopia testicular, o testículo é palpável, mas não se encontra na posição anatômica adequada.

O tratamento cirúrgico está indicado:

- (A) dentro do segundo ano de vida;
- (B) após o primeiro ano de vida;
- (C) após o segundo ano de vida;
- (D) após confirmação da distopia por ultrassonografia;
- (E) no primeiro ano de vida, passados os primeiros 6 meses.

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 dispnéia. Após detalhado exame físico e cuidadosa anamnese, referiu ser portador de dislipidemia com relato de dispnéia 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 dispnéia 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 dispnéia 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 dispnéia 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 (ressecção 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 glibeprida 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 dispneia 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 dispnéia 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

Realização

