

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ÁREA DE ATUAÇÃO

# ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

### PROVA OBJETIVA - TIPO 1



#### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



#### 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 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 prova!**



## Cirurgia Torácica

1

Várias anormalidades pulmonares congênitas podem ocorrer como consequência de distúrbios na embriogênese.

Sobre essas patologias, é correto afirmar que a

- (A) agenesia unilateral ocorre frequentemente à direita.
- (B) agenesia unilateral é mais comum no sexo feminino.
- (C) hérnia de Bochdalek é a causa mais frequente de hipoplasia pulmonar.
- (D) doença da membrana hialina desenvolve-se predominantemente nos brônquios.
- (E) doença da membrana hialina é frequente em bebês abaixo de 24 semanas.

2

Com relação às malformações broncopulmonares congênitas, é correto afirmar sobre o enfisema lobar congênito que

- (A) bronquiolite é a causa mais comum.
- (B) afeta predominantemente os lobos inferiores.
- (C) ocorre até o primeiro ano de vida.
- (D) pneumonectomia é o tratamento de escolha;
- (E) radiologicamente tem padrão de “queijo suíço”.

3

Sobre os distúrbios vasculares congênitos, observamos uma síndrome associada a um pulmão direito hipoplásico, com drenagem da veia pulmonar para a veia cava inferior, cuja correção obrigatoriamente se dá com suporte cardiopulmonar extracorpóreo, por meio da confecção de uma anastomose entre a veia pulmonar e o átrio esquerdo.

Esse texto se refere à síndrome de

- (A) Swyer-James.
- (B) Macleod.
- (C) Cimitarra.
- (D) Osler-Weber.
- (E) Weber-Rendu.

4

Um paciente de 80 anos com uma lesão descrita pela TC de tórax como sólida, espiculada, medindo cerca de 3,5 cm de diâmetro e localizada no LSE, foi submetido a uma punção transparietal que revelou adenocarcinoma. A TC também evidenciava um linfonodo proeminente de 2 cm na cadeia 7, que necessitava investigação diagnóstica complementar para se estabelecer uma conduta terapêutica correta.

A cadeia linfonodal que representa esse linfonodo e o exame que pode ser indicado para realizar o diagnóstico são

- (A) paraesofageana – EUS.
- (B) paratraqueal – mediastinoscopia.
- (C) subcarinal – EBUS.
- (D) ligamento pulmonar – punção transparietal.
- (E) paraórtico – pleuroscopia.

5

Homem de 36 anos, previamente hígido, é admitido com queixa súbita de dor torácica pleurítica e dispneia intensa após uma viagem de 12 horas de ônibus. Ao exame, apresenta frequência cardíaca de 118 bpm, saturação de O<sub>2</sub> em 89% em ar ambiente, frequência respiratória de 26 irpm e pressão arterial de 128/82 mmHg. O ECG revelava taquicardia sinusal. Radiografia de tórax sem alterações significativas. Escore de Wells é calculado em 6,5 pontos.

A conduta diagnóstica mais apropriada neste momento é

- (A) solicitar angiografia pulmonar invasiva como primeira escolha.
- (B) iniciar anticoagulação apenas após confirmação por angiotomografia.
- (C) solicitar dímero-D como primeiro exame, independentemente da probabilidade clínica.
- (D) solicitar angiotomografia de tórax com contraste (angio-TC).
- (E) repetir a radiografia de tórax com paciente em decúbito lateral esquerdo.

6

Paciente do sexo feminino, 71 anos, com antecedente de hipertensão e obesidade, é admitida por dispneia súbita, dor torácica e síncope. Exame físico revela PA de 82/56 mmHg, FC de 128 bpm e turgência jugular. ECG mostra taquicardia sinusal. Ecocardiograma à beira-leito revela dilatação de ventrículo direito e hipocinesia do septo interventricular. Tomografia de tórax confirma tromboembolismo pulmonar maciço.

A conduta terapêutica de escolha para essa paciente, neste momento, é

- (A) anticoagulação com heparina de baixo peso molecular (HBPM) em dose plena.
- (B) início de anticoagulação com rivaroxabana oral em dose de ataque.
- (C) trombólise sistêmica com fibrinolítico intravenoso.
- (D) filtro de veia cava inferior como primeira medida.
- (E) observação clínica e oxigenoterapia com anticoagulação profilática.

7

Um homem de 51 anos, hipertenso e com fibrilação atrial, foi internado por TEP maciço confirmado por angio-TC. Recebeu trombólise com fibrinolítico intravenoso e, após estabilização hemodinâmica, iniciou anticoagulação com heparina não fracionada. No 2º dia de internação, apresenta queda de hematócrito, PA 92/60 mmHg e dor abdominal difusa. O exame físico revela sensibilidade à palpação do flanco direito e hemorragia em parede abdominal inferior.

A complicação mais provável associada ao tratamento instituído é

- (A) infarto esplênico com peritonite.
- (B) hemorragia retroperitoneal por anticoagulação.
- (C) perfuração intestinal por hipoperfusão.
- (D) síndrome compartimental abdominal.
- (E) pielonefrite hemorrágica espontânea.

**8**

Homem de 57 anos, com câncer de próstata metastático e internado por fratura de fêmur, desenvolve dispneia súbita e taquicardia. A angiotomografia confirma TEP bilateral. Inicia-se heparina não fracionada intravenosa, mas no dia seguinte o paciente apresenta sangramento ativo digestivo com queda acentuada do hematócrito, necessitando suspensão da anticoagulação.

Diante desse quadro, a conduta mais apropriada para prevenção de novos eventos tromboembólicos é

- (A) iniciar anticoagulante oral direto em dose reduzida.
- (B) Realizar trombólise sistêmica com fibrinolítico venoso.
- (C) instalar filtro de veia cava inferior.
- (D) realizar anticoagulação profilática com HBPM em dose reduzida.
- (E) monitorar clinicamente com reintrodução de anticoagulação assim que possível, sem outra medida.

**9**

Mulher de 44 anos, ex-tabagista com 40 anos-maço, é acompanhada por DPOC grave. Está em uso de broncodilatadores, corticoides inalatórios e oxigenoterapia domiciliar contínua. Apesar da adesão ao tratamento, mantém dispneia intensa aos mínimos esforços (classe funcional III da MRC), sem melhora significativa. A tomografia de alta resolução mostra enfisema pulmonar heterogêneo com predomínio nos lobos superiores. Espirometria revela VEF1 de 28% do previsto e hiperinsuflação pulmonar importante.

A melhor conduta cirúrgica a ser considerada para essa paciente é

- (A) transplante pulmonar bilateral urgente.
- (B) lobectomia superior direita videotoracoscópica.
- (C) cirurgia redutora de volume pulmonar (CRVP).
- (D) pleurodese com talco para prevenção de pneumotórax espontâneo.
- (E) bilobectomia direita videotoracoscópica.

**10**

Uma paciente de 12 anos foi encaminhada pelo pediatra para avaliação por deformidade da parede torácica. A TC do tórax revelava ausência da porção costosternal do músculo grande peitoral, hipoplasia de mama e do mamilo e braquissindactilia.

O diagnóstico dessa criança é

- (A) síndrome de Juene.
- (B) síndrome de Poland.
- (C) síndrome de Cantrell.
- (D) síndrome de Holt-Oram.
- (E) síndrome de Duene.

**11**

No manejo do paciente candidato à cirurgia torácica, a avaliação funcional respiratória é uma condição extremamente relevante e, que determina a possibilidade de se realizar uma ressecção pulmonar.

Entre os testes que podem ser usados para esse fim, aquele em que, para sua execução, o paciente é estimulado a percorrer uma distância estabelecida entre dois cones, contornando-os, segundo o ritmo determinado por sinais sonoros e, constituído por 12 estágios com um minuto de duração cada, é o

- (A) TSE.
- (B) SWT.
- (C) SCT.
- (D) DLco.
- (E) DLcoppo.

**12**

Os tubos de dupla luz são muito usados em cirurgia torácica e são importantíssimos em cirurgias nas quais é fundamental se isolar um pulmão. Em uma cirurgia de urgência que iria ser realizada em razão de uma hemoptise volumosa por um micetoma intracavitário, o anestesista solicitou um tubo de dupla luz e o arsenal informou que havia disponível apenas um tubo de dupla luz de PVC, sem gancho carinal e que poderia seletivar ambos os brônquios.

O tubo que tem essas características é o

- (A) Carlens.
- (B) White.
- (C) Robertshaw.
- (D) Vivasight.
- (E) Silbronco.

**13**

O isolamento pulmonar moderno é obtido basicamente por uma de duas técnicas: os tubos de dupla luz ou os bloqueadores brônquicos, tecnologias mais complementares do que concorrentes, cada uma com suas vantagens. Portanto, devemos conhecê-las bem para obtermos o melhor benefício de cada uma em cada situação específica.

Assinale a opção que apresenta uma vantagem observada no uso de um tubo de dupla luz.

- (A) Melhor dispositivo para via aérea difícil.
- (B) Sem necessidade de troca após o fim da cirurgia, caso mantida ventilação mecânica.
- (C) Melhor dispositivo para o isolamento absoluto.
- (D) Integridade perene do balonete na inserção.
- (E) Facilidade na escolha do tamanho apropriado para o uso.

**14**

No manejo das obstruções traqueais, principalmente nas obstruções por câncer de pulmão, fora de possibilidade de cura, eventualmente é necessário o uso de abordagens endoscópicas para se manter a permeabilidade da luz traqueal e a consequente manutenção da respiração.

Uma paciente de 62 anos, com câncer de pulmão refratário ao tratamento adjuvante com quimio e radioterapia, foi atendida na emergência com quadro de dispneia intensa. A tomografia do tórax evidenciou uma volumosa massa no ápice direito determinando uma grande compressão extrínseca traqueal. Nesse caso, a abordagem imediata que pode ser utilizada para aliviar o sintoma respiratório e melhorar a qualidade de vida dessa paciente é a

- (A) crioterapia.
- (B) terapia fotodinâmica.
- (C) braquiterapia.
- (D) YAG Laser.
- (E) órtese.

**15**

O conhecimento da anatomia e, principalmente, da vascularização traqueal é de suma importância para seu manejo cirúrgico. A identificação do local correto da entrada dos ramos arteriais para irrigação traqueal é fundamental para se evitar isquemia pós-operatória por lesões inadvertidas.

Sobre a vascularização traqueal, é correto afirmar que

- (A) ramos da artéria tireóidea superior são responsáveis pela vascularização do terço superior da traqueia.
- (B) ramos das artérias brônquicas são responsáveis pela vascularização do terço inferior da traqueia.
- (C) ramos da artéria torácica interna são responsáveis pela vascularização do terço superior da traqueia.
- (D) ramos artéria tireóidea superior são responsáveis pela vascularização do terço inferior da traqueia.
- (E) ramos da artéria intercostal suprema são responsáveis pela vascularização do terço superior da traqueia.

**16**

Na avaliação pré-operatória e no preparo de um paciente com *pectus excavatum*, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética fornecem uma avaliação precisa da situação anatômica. A proporção da distância entre o esterno e os corpos vertebrais e o diâmetro transversal do tórax pela porção mais profunda do defeito podem ser usadas para calcular um determinado índice de gravidade.

O índice ao qual o texto se refere e o valor acima do qual esse índice não é mais considerado normal são, respectivamente,

- (A) Haller e 2,5.
- (B) Haller e 7,0.
- (C) Ravith e 2,5.
- (D) Ravith e 7,0.
- (E) Welch e 7,0.

**17**

O pediatra solicitou, ao serviço de cirurgia torácica, um parecer em razão de ter admitido um paciente com nanismo, encurtamento do tronco, anormalidades da segmentação e formação da coluna vertebral associada a deformidades costais.

Depois de avaliar o caso e de pesquisar sobre essas características, a equipe chegou à conclusão de se tratar de um paciente com

- (A) síndrome de Poland.
- (B) síndrome de Jeune.
- (C) síndrome de Jarcho-Levin.
- (D) displasia espondilotorácica.
- (E) displasia espondilocostal.

**18**

Um homem de 65 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta há 3 meses disfagia progressiva inicialmente para sólidos e, nas últimas semanas, também para líquidos. Refere perda ponderal de 8 kg no período. Ao exame físico, encontra-se emagrecido, sem linfadenomegalias palpáveis. A endoscopia digestiva alta revelou lesão exofítica e ulcerada a 32 cm da arcada dentária. A biópsia confirmou adenocarcinoma de esôfago. A tomografia computadorizada mostrou espessamento do esôfago distal, sem evidência de metástases à distância.

Com base nesse quadro, a conduta terapêutica mais adequada é

- (A) quimioterapia exclusiva com esquema baseado em cisplatina e fluorouracil.
- (B) radioterapia exclusiva, com dose total de 60 Gy.
- (C) esofagectomia com linfadenectomia regional após neoadjuvância com quimiorradioterapia.
- (D) esofagectomia imediata, sem terapia neoadjuvante, por ausência de metástases.
- (E) terapia de suporte e cuidados paliativos, devido à disfagia e perda de peso.

**19**

Um homem de 59 anos apresenta disfagia, odinofagia e rouquidão há 2 meses. A laringoscopia revelou mobilidade diminuída da prega vocal esquerda. A endoscopia digestiva mostrou lesão vegetante no esôfago cervical, a 17 cm da arcada dentária. A biópsia confirmou carcinoma espinocelular. Tomografia do pescoço, tórax e abdome demonstrou invasão da laringe, sem metástases.

A abordagem terapêutica mais adequada nesse caso é

- (A) esofagectomia com esofagogastrotomia cervical imediata.
- (B) quimiorradioterapia definitiva.
- (C) esofagectomia toracoabdominal com reconstrução transhiatal.
- (D) colocação de endoprótese esofágica seguida de radioterapia.
- (E) radioterapia isolada com intenção curativa.

**20**

Paciente de 62 anos, tabagista, apresenta perda de peso e disfagia há 3 meses. A endoscopia mostrou uma lesão estenosante a 25 cm da arcada dentária. A biópsia confirmou carcinoma de células escamosas. PET-CT não demonstrou metástases, mas linfonodos paratraqueais aumentados. O estadiamento foi T3N1M0.

A conduta mais apropriada é

- (A) radioterapia isolada.
- (B) esofagectomia com toracotomia direita.
- (C) quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de esofagectomia.
- (D) quimioterapia exclusiva com esquema baseado em carboplatina.
- (E) terapia endoscópica com mucosectomia.

**21**

Homem de 66 anos apresenta tosse ao deglutir e perda ponderal. A endoscopia revelou lesão estenosante do esôfago médio. A broncoscopia mostrou fístula traqueoesofágica. A biópsia confirmou carcinoma epidermoide. PET-CT descartou metástases à distância, mas evidenciou invasão da parede traqueal.

O próximo passo terapêutico mais adequado é

- (A) realizar esofagectomia com toracotomia.
- (B) colocar *stent* esofágico e executar cuidados paliativos.
- (C) aplicar quimiorradioterapia neoadjuvante e fazer reavaliação cirúrgica.
- (D) aplicar quimioterapia isolada com carboplatina e paclitaxel.
- (E) realizar radioterapia estereotáxica torácica com intuito curativo.

**22**

Uma mulher de 61 anos com adenocarcinoma de esôfago distal apresenta dor óssea difusa. A cintilografia óssea revelou múltiplas metástases esqueléticas. Ela mantém disfagia moderada para sólidos, mas sem perda ponderal acentuada.

A melhor estratégia terapêutica é

- (A) esofagectomia paliativa.
- (B) quimiorradioterapia definitiva.
- (C) quimioterapia sistêmica paliativa.
- (D) gastrostomia endoscópica para suporte nutricional.
- (E) radioterapia torácica com intenção curativa.

**23**

Paciente de 58 anos, previamente saudável, foi submetido à esofagectomia por adenocarcinoma de esôfago distal após quimiorradioterapia neoadjuvante. Durante a cirurgia, foi realizada esofagectomia trans-hiatal com linfadenectomia. Não houve evidência de doença residual macroscópica. A equipe cirúrgica agora avalia a melhor técnica de reconstrução do trânsito alimentar.

A técnica mais comumente utilizada para reconstrução do trânsito alimentar após esofagectomia, entre as listadas a seguir, é a

- (A) interposição de cólon esquerdo por via retroesternal.
- (B) tubulização gástrica e ascensão gástrica por via posterior mediastinal.
- (C) interposição jejunal com anastomose microvascular.
- (D) anastomose direta entre faringe e duodeno.
- (E) gastrostomia definitiva com jejunostomia de alimentação.

**24**

Homem de 47 anos relata pirose e regurgitação pós-prandial há mais de 1 ano, com piora em posição supina. Ele já utilizou inibidores de bomba de prótons (IBP) por 12 semanas, com alívio parcial dos sintomas. A endoscopia digestiva alta revelou esofagite erosiva grau C de Los Angeles, e a pHmetria esofágica confirmou exposição ácida aumentada. O paciente é refratário ao tratamento clínico e deseja uma abordagem definitiva.

A melhor conduta terapêutica nesse caso é

- (A) manter IBP em dose dobrada e realizar acompanhamento clínico.
- (B) realizar funduplicatura parcial posterior (Toupeira) por via aberta.
- (C) realizar funduplicatura total (Nissen) por videolaparoscopia.
- (D) realizar esofagectomia subtotal com reconstrução gástrica.
- (E) realizar dilatação endoscópica com balão de alto volume.

**25**

Homem de 55 anos, com histórico de DRGE de longa data, realizou endoscopia que revelou mucosa esofágica com aspecto salmão acima da junção esofagogástrica. A biópsia identificou metaplasia intestinal com células calciformes. O paciente está assintomático no momento.

A conduta mais apropriada, nesse caso, é

- (A) iniciar quimioterapia com fluorouracil e cisplatina.
- (B) ressecar o segmento com metaplasia por videotoracoscopia.
- (C) tratar com IBP contínuo e vigilância endoscópica periódica.
- (D) realizar esofagectomia subtotal por risco elevado de câncer.
- (E) iniciar radioterapia profilática no segmento displásico.

**26**

Mulher de 63 anos, com DRGE mal controlada, apresenta disfagia progressiva há 2 meses, principalmente para sólidos. A endoscopia digestiva mostrou estenose distal de esôfago com mucosa hiperemiada, sem sinais de neoplasia. Biópsias revelaram inflamação crônica sem displasia.

O tratamento inicial mais indicado é a

- (A) esofagectomia subtotal.
- (B) dilatação endoscópica associada a IBP em alta dose.
- (C) funduplicatura de Nissen por via aberta.
- (D) radioterapia com intenção curativa.
- (E) colocação imediata de prótese esofágica metálica autoexpansível.

**27**

Homem de 68 anos, com história de DRGE e diagnóstico prévio de esôfago de Barrett, passou a apresentar disfagia para sólidos, anemia e perda de peso. A endoscopia revelou lesão infiltrativa no esôfago distal. Biópsia confirmou adenocarcinoma. PET-CT não evidenciou metástases.

A abordagem terapêutica mais indicada é a

- (A) funduplicatura total associada a ressecção endoscópica.
- (B) quimiorradioterapia definitiva sem cirurgia.
- (C) esofagectomia após quimiorradioterapia neoadjuvante.
- (D) radioterapia paliativa com colocação de *stent*.
- (E) esofagectomia direta por ausência de metástases.

**28**

Homem de 72 anos procura atendimento por disfagia progressiva, halitose e episódios de regurgitação de alimentos não digeridos, especialmente várias horas após a alimentação. Relata também episódios de tosse noturna e sensação de massa cervical intermitente. A endoscopia digestiva foi difícil de realizar devido à retenção alimentar no esôfago proximal. A esofagografia baritada evidenciou um grande divertículo em bolsa, projetando-se posteriormente a partir da hipofaringe.

O diagnóstico mais provável e o tratamento indicado para o caso são, respectivamente,

- (A) divertículo de epifrênico e tratamento com ressecção e funduplicatura parcial.
- (B) divertículo de Zenker e miotomia do cricofaríngeo com ou sem ressecção do divertículo.
- (C) divertículo verdadeiro esofágico médio e tratamento conservador com IBP.
- (D) divertículo falso epifrênico e esofagectomia com interposição jejunal.
- (E) hérnia de hiato com rolamento gástrico e funduplicatura de Nissen.

**29**

Paciente de 60 anos apresenta disfagia e regurgitação noturna há vários meses. Nega tosse ou halitose. A endoscopia mostrou esofagite leve no terço distal. A esofagografia baritada revelou um divertículo único, localizado na face direita do esôfago distal, cerca de 5 cm acima do hiato esofágico. A manometria esofágica demonstrou hipertonia do esfíncter esofágico inferior.

A conduta terapêutica mais apropriada é

- (A) esofagectomia subtotal por risco de malignização.
- (B) ressecção do divertículo associada à miotomia do esôfago distal e funduplicatura parcial.
- (C) funduplicatura de Nissen associada à ressecção do divertículo.
- (D) dilatação endoscópica do divertículo com balão.
- (E) tratamento clínico com IBP e vigilância endoscópica anual.

**30**

Um homem de 74 anos, com diagnóstico de divertículo de Zenker há 2 anos, retorna ao pronto-socorro com febre, disfagia intensa e dor cervical à palpação. Ele apresenta taquicardia e elevação dos leucócitos no hemograma. A tomografia de pescoço revela enfisema subcutâneo e abscesso parafaríngeo.

A complicação mais provável e a conduta inicial são, respectivamente,

- (A) hemorragia digestiva alta e iniciar inibidores de bomba de prótons.
- (B) ruptura do divertículo com mediastinite e antibioticoterapia ampla e drenagem cirúrgica.
- (C) perfuração esofágica iatrogênica e observação expectante;
- (D) neoplasia intradiverticular e agendar biópsia.
- (E) esofagite erosiva e iniciar IBP e vigilância.

**31**

Paciente de 68 anos com diagnóstico de divertículo de Zenker de 3 cm apresenta disfagia moderada e regurgitação noturna. Avaliação por videodeglutograma confirmou o divertículo com retenção de contraste. O paciente tem bom estado geral, mas com leve limitação de extensão cervical e abertura oral reduzida. Considerando as opções disponíveis, o melhor método cirúrgico neste caso é

- (A) miotomia cricofaríngea endoscópica com grampeador linear.
- (B) miotomia cricofaríngea endoscópica a laser.
- (C) miotomia cricofaríngea aberta com diverticulectomia cervical.
- (D) esofagectomia torácica por vídeo.
- (E) tratamento conservador com IBP em dose plena.

**32**

Paciente de 30 anos foi submetido à simpatectomia torácica bilateral por hiperidrose palmar severa e refratária. No acompanhamento pós-operatório de 3 meses, relata desaparecimento completo da sudorese nas mãos, mas que agora apresenta sudorese excessiva no abdome e nas costas, mesmo em repouso.

O diagnóstico e a conduta mais apropriada são, respectivamente,

- (A) síndrome de Horner e realizar exame neurológico detalhado.
- (B) recorrência da hiperidrose palmar e indicar nova simpatectomia.
- (C) sudorese compensatória e adotar medidas comportamentais e suporte clínico.
- (D) infecção de portal cirúrgico e iniciar antibioticoterapia empírica.
- (E) lesão do ducto torácico e solicitar TC de tórax.

**33**

Mulher de 28 anos relata sudorese excessiva isolada nas axilas, sem sintomas palmares, plantares ou faciais. Já tentou diversos desodorantes e antitranspirantes, sem melhora. Apresenta bom estado geral e não usa medicações crônicas.

A melhor abordagem terapêutica inicial específica para esse caso é

- (A) simpatectomia torácica nível T1 bilateral.
- (B) aplicação de toxina botulínica axilar.
- (C) miomectomia axilar com exérese de glândulas sudoríparas.
- (D) ressecção em cunha do sulco axilar com enxerto dermoepidérmico.
- (E) terapia de reposição hormonal.

**34**

Homem de 48 anos começa a apresentar sudorese difusa, intensa e generalizada há 4 meses, acompanhada de perda de peso, palpitações e intolerância ao calor. Relata sudorese inclusive durante o sono. Ao exame, apresenta taquicardia e tremor de extremidades. A sudorese não é focal.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e o próximo passo.

- (A) Hiperidrose primária idiopática; indicar simpatectomia torácica.
- (B) Hiperidrose primária palmar; iniciar toxina botulínica.
- (C) Hiperidrose secundária; investigar causas sistêmicas, como hipertireoidismo.
- (D) Hiperidrose emocional; prescrever ansiolíticos.
- (E) Paraneoplasia de pulmão; iniciar quimioterapia empírica.

**35**

Um paciente de 19 anos, previamente saudável, sofreu trauma cervical por arma de fogo, resultando em lesão completa da medula espinhal no nível de C3. Está em ventilação mecânica contínua há 4 semanas, com função cognitiva preservada e estabilidade clínica. Apresenta ausência de movimentos diafragmáticos espontâneos, mas musculatura diafragmática preservada anatomicamente à ultrassonografia e estimulação elétrica. A equipe cogita a possibilidade de retirada do suporte ventilatório no longo prazo.

Das opções abaixo, a mais adequada para esse cenário é

- (A) a realização de traqueostomia permanente e ventilação domiciliar contínua.
- (B) o implante de marcapasso diafragmático por videotoracoscopia.
- (C) o desmame ventilatório lento e progressivo por fisioterapia respiratória isolada.
- (D) o implante de balão esofágico de suporte ventilatório intermitente.
- (E) a indicação de transplante pulmonar bilateral.

**36**

Paciente de 42 anos com diagnóstico de síndrome de hipoventilação central congênita (síndrome de Ondine) apresenta dependência crônica de ventilação mecânica, apesar de musculatura diafragmática íntegra e ausência de lesão medular. Exames demonstram função adequada do nervo frênico e do diafragma. A equipe considera o uso de marcapasso diafragmático para promover ventilação espontânea.

Dos critérios a seguir, assinale o que contraindicaria o uso de marcapasso diafragmático para esse paciente.

- (A) Integridade anatômica do diafragma.
- (B) Ausência de lesão medular.
- (C) Disfunção do nervo frênico.
- (D) Dependência ventilatória noturna.
- (E) Diagnóstico de hipoventilação central congênita.

**37**

Dois pacientes estão em ventilação mecânica contínua: um homem de 29 anos, vítima de trauma cervical com lesão completa de medula espinhal em C2 e uma mulher de 63 anos com ressecção tumoral de mediastino anterior, evoluindo com paralisia bilateral dos nervos frênicos. Ambos possuem musculatura diafragmática preservada anatomicamente.

Em relação aos dois pacientes, assinale a afirmativa correta.

- (A) Ambos são candidatos ideais ao marcapasso diafragmático.
- (B) O homem não pode usar marcapasso por ausência de estímulo cortical.
- (C) Apenas a mulher é elegível, pois a lesão é periférica.
- (D) Apenas o homem é candidato ao marcapasso, pois tem o nervo frênico intacto.
- (E) Nenhum dos dois pode usar marcapasso por serem dependentes ventilatórios.

**38**

Paciente de 62 anos, tabagista por 40 anos, apresenta tosse seca, emagrecimento e dor torácica há dois meses. A tomografia computadorizada de tórax revela uma massa pulmonar periférica no lobo superior direito com linfadenomegalia hilar. A biópsia por broncoscopia confirma adenocarcinoma pulmonar. Estadiamento com PET-CT mostra linfonodos mediastinais acometidos e ausência de metástases à distância. O tumor é testado para mutações em EGFR, ALK e ROS1, que resultam negativos. A análise imuno-histoquímica demonstra expressão de PD-L1 em 80% das células tumorais.

Com base nesse cenário, a conduta terapêutica mais apropriada para início do tratamento sistêmico é a

- (A) quimioterapia combinada com bevacizumabe.
- (B) imunoterapia com inibidor de checkpoint anti-PD-1 como monoterapia.
- (C) quimiorradioterapia definitiva com intenção curativa.
- (D) terapia-alvo com inibidor de tirosina-quinase específico.
- (E) cirurgia com lobectomia seguida de adjuvância com quimioterapia.

**39**

Paciente de 75 anos, com DPOC grave e insuficiência cardíaca controlada, é diagnosticado com adenocarcinoma pulmonar periférico no lobo superior esquerdo, medindo 2,3 cm, sem evidência de linfonodomegalia ou metástases. Avaliação cirúrgica contraindica lobectomia devido à baixa reserva pulmonar. A equipe multidisciplinar discute opções de tratamento com intenção curativa.

Nessa situação, a melhor abordagem terapêutica com base no estágio e nas condições clínicas do paciente é

- (A) radioterapia externa convencional fracionada ao longo de 6 semanas.
- (B) braquiterapia endobrônquica com irídio-192 guiada por broncoscopia.
- (C) radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) com altas doses em poucos ciclos.
- (D) vigilância ativa com tomografias seriadas a cada 3 meses.
- (E) quimioterapia isolada com platina e pemetrexede.

**40**

Lactente de 4 meses é encaminhado ao pneumologista por apresentar infecções respiratórias de repetição, com episódios de tosse produtiva, febre e desconforto respiratório. Radiografia de tórax mostra opacidade heterogênea no lobo inferior esquerdo. A tomografia computadorizada com contraste demonstra massa pulmonar com densidade sólida e irrigação por artéria sistêmica oriunda da aorta torácica descendente. Não há comunicação visível com a árvore brônquica.

Assinale a opção que apresente o diagnóstico mais provável e a conduta indicada.

- (A) Sequestro pulmonar extralobar – conduta expectante até os 2 anos de idade.
- (B) Sequestro pulmonar intralobar – ressecção cirúrgica eletiva.
- (C) Malformação adenomatoide cística – necessidade de biópsia cirúrgica para confirmação.
- (D) Atelectasia pós-infecciosa – reabilitação pulmonar e antibioticoterapia.
- (E) Bronquiectasia congênita – broncoscopia terapêutica com lavagem.

## Pneumologia

41

Um paciente de 63 anos, tabagista (30 maços/ano), apresenta tosse crônica e dispneia progressiva há dois anos. Realizou espirometria que evidenciou VEF1/CVF de 60%, VEF1 de 55% do previsto e resposta broncodilatadora negativa. Foi iniciado tratamento com broncodilatadores de longa ação e reabilitação pulmonar.

O diagnóstico mais provável para esse paciente e a medida mais indicada para reduzir a progressão da doença são, respectivamente,

- (A) asma grave e utilização de corticosteroides orais diários.
- (B) DPOC e cessação do tabagismo.
- (C) bronquiectasia e antibioticoterapia de longa duração.
- (D) fibrose pulmonar idiopática e antifibróticos.
- (E) asma-DPOC overlap e imunobiológicos.

42

Um paciente de 45 anos, portador de asma moderada persistente, comparece à consulta com queixas de piora da dispneia e uso frequente de SABA. Refere adesão ao uso de budesonida/formoterol duas vezes ao dia.

No manejo da asma desse paciente, é mais adequado

- (A) substituir o formoterol por salmeterol.
- (B) iniciar o tiotrópio inalatório.
- (C) avaliar técnica inalatória e checar se paciente está aderindo ao tratamento
- (D) acrescentar corticoide oral contínuo.
- (E) realizar teste de broncoprovocação com metacolina.

43

Paciente de 52 anos com queixa de dispneia aos esforços. Espirometria com padrão restritivo. Tomografia de alta resolução mostra vidro fosco difuso com bronquiectasias por tração e faveolamento.

O diagnóstico mais provável é

- (A) asma eosinofílica.
- (B) bronquiectasias infecciosas.
- (C) fibrose pulmonar idiopática.
- (D) sarcoidose estágio 1.
- (E) DPOC enfisematoso.

44

Homem de 28 anos, sem comorbidades, inicia quadro de tosse seca, febre e dispneia progressiva. Radiografia mostra infiltrado bilateral. Está em uso de sulfassalazina por artrite reumatoide. Saturação em ar ambiente: 88%.

O exame complementar inicial mais indicado, nesse caso, é

- (A) o lavado broncoalveolar com pesquisa de BAAR.
- (B) a tomografia de tórax de alta resolução.
- (C) o teste de função pulmonar completa.
- (D) a dosagem de peptídeo natriurético tipo B.
- (E) a angiotomografia pulmonar.

45

Uma mulher de 60 anos com DPOC moderado apresenta exacerbações frequentes, apesar do uso de LABA/ICS. Gasometria em repouso mostra  $\text{PaO}_2 = 58$  mmHg.

A conduta mais adequada é

- (A) iniciar tiotrópio inalatório.
- (B) prescrever oxigenoterapia domiciliar contínua.
- (C) indicar reabilitação pulmonar.
- (D) acrescentar antibiótico profilático.
- (E) encaminhar a paciente para transplante pulmonar.

46

Paciente em ventilação mecânica por síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) apresenta hipoxemia refratária. Já está em ventilação protetora.

A próxima conduta recomendada é

- (A) o uso de corticosteroides em altas doses.
- (B) a elevação do volume corrente.
- (C) o posicionamento em prona.
- (D) a interrupção da sedação.
- (E) o desmame imediato.

47

Paciente de 45 anos com diagnóstico de hipertensão pulmonar apresenta dispneia progressiva e sinais de insuficiência cardíaca direita. Foi solicitado cateterismo cardíaco.

O seguinte parâmetro confirma hipertensão arterial pulmonar pré-capilar:

- (A) pressão capilar pulmonar  $\geq 18$  mmHg.
- (B) pressão média de artéria pulmonar  $< 20$  mmHg.
- (C) pressão média de artéria pulmonar  $\geq 20$  mmHg e pressão capilar  $\leq 15$  mmHg.
- (D) pressão venosa central elevada.
- (E) fração de ejeção reduzida no ecocardiograma.

48

Paciente com diagnóstico de embolia pulmonar em tratamento anticoagulante apresenta queda da saturação e dor torácica. Novo exame mostra infarto pulmonar.

O exame mais adequado para confirmação é

- (A) o ecocardiograma.
- (B) a radiografia de tórax.
- (C) a cintilografia pulmonar.
- (D) a angiotomografia de tórax.
- (E) a tomografia de alta resolução.

49

Pacientes de 40 anos com queixa de roncos intensos, sonolência diurna e apneia referida pelo cônjuge. Polissonografia confirma apneia obstrutiva do sono moderada.

A principal indicação terapêutica, nesse caso, é

- (A) uso de CPAP.
- (B) oxigenoterapia noturna.
- (C) cirurgia de uvulopalatoplastia.
- (D) administração de benzodiazepínico antes de dormir.
- (E) suplementação de melatonina.

**50**

Homem de 70 anos, tabagista, é diagnosticado com câncer de pulmão. Apresenta dor óssea e hipercalemia. TC revela múltiplas metástases.

O subtipo histológico mais associado à hipercalemia paraneoplásica é o

- (A) adenocarcinoma.
- (B) carcinoma de pequenas células.
- (C) carcinoma bronquioloalveolar.
- (D) carcinoma adenoescamoso.
- (E) carcinoma escamoso.

**51**

Paciente de 35 anos com tosse seca, linfadenopatia hilar bilateral e lesões cutâneas. Biopsia mostra granulomas não caseosos.

O diagnóstico mais provável é

- (A) tuberculose.
- (B) sarcoidose.
- (C) pneumonia criptogênica.
- (D) pneumonite por hipersensibilidade.
- (E) aspergilose.

**52**

Paciente de 46 anos com diagnóstico de DPOC apresenta VEF1 de 35% do previsto, duas exarcebações no último ano e limitação funcional importante.

A melhor conduta complementar a se considerar é

- (A) a reabilitação pulmonar.
- (B) suspender broncodilatadores.
- (C) a oxigenoterapia contínua.
- (D) o uso de corticosteroide oral prolongado.
- (E) a imunoterapia específica.

**53**

Paciente com asma grave em uso de altas doses de corticosteroides e LABA permanece sintomático. IgE elevada e eosinofilia periférica.

Assinale a classe terapêutica mais indicada para o caso.

- (A) Teofilinas.
- (B) Antagonista do receptor de leucotrieno.
- (C) Antibióticos macrolídeos.
- (D) Imunobiológicos anti-IgE ou anti-IL – 5.
- (E) Corticoide oral contínuo.

**54**

A principal indicação do teste de caminhada de 6 minutos (TC6) é

- (A) diagnosticar a causa da dispneia aos esforços.
- (B) medir a resposta a intervenções médicas em pacientes com doenças cardíacas ou pulmonares moderadas a graves.
- (C) avaliar o consumo máximo de oxigênio em atletas de alta performance.
- (D) identificar a causa de arritmias cardíacas.
- (E) substituir o teste de exercício pulmonar.

**55**

Homem de 68 anos, ex-tabagista, tem VEF1 pós- broncodilatador de 38%.

O grau da obstrução segundo GOLD é

- (A) leve.
- (B) moderado.
- (C) grave.
- (D) muito grave.
- (E) sem obstrução.

**56**

Um paciente com dispneia e tosse produtiva é examinado por um médico. Na ausculta torácica, em uma área específica do pulmão, o médico ausculta a voz do paciente de forma nítida, como se ele estivesse sussurrando diretamente pelo estetoscópio, embora o paciente estivesse apenas sussurrando.

Com base na semiologia da voz descrita no texto, assinale a opção que apresenta a condição que esse achado semiológico indica e o nome desse som.

- (A) Condensação pulmonar e egofonia.
- (B) Derrame pleural e broncofonia.
- (C) Consolidação pulmonar e pectoriloquia afônica.
- (D) Atelectasia e pectoriloquia fônica.
- (E) Derrame pleural e murmúrio vesicular.

**57**

Das opções abaixo, assinale a que é considerada indicação clássica de oxigenoterapia domiciliar prolongada.

- (A) SpO2 de 92% Em repouso.
- (B) PaO2 de 58mmHg com sinais de cor pulmonale.
- (C) VEF1 menor que 40%.
- (D) FEF25-75% reduzido.
- (E) VEF1/CVF menor que 0,7.

**58**

Durante o exame físico de um paciente, o médico realiza a percussão torácica. Em vez de ouvir o som claro pulmonar, ele percebe uma hiperressonância, de tonalidade baixa e que aparenta ser oca.

Esse achado semiológico pode indicar

- (A) consolidação pulmonar.
- (B) derrame pleural.
- (C) diminuição da densidade do pulmão.
- (D) frêmito toracovocal.
- (E) aumento da densidade do pulmão.

59

Paciente de 55 anos, fumante, apresenta tosse produtiva crônica e infecção respiratória recorrente. A TCAR de tórax revela dilatações brônquicas difusas e uma distribuição predominante em lobos superiores, com o espessamento pleural e distorção do parênquima adjacente. As culturas de escarro do paciente foram positivas para *p.aeruginosa* em duas amostras coletadas com 4 meses de intervalo no último ano.

Com base nos achados radiológicos, microbiológicos e etiológico, assinale a opção que apresenta a causa mais provável para as bronquiectasias do paciente e a principal implicação prognóstica.

- (A) Discinesia ciliar, pois a distribuição em lobos superiores é típica; a principal implicação é a má resposta do tratamento.
- (B) Aspergilose broncopulmonar alérgica, devido às impacções de muco; a principal implicação é a necessidade de imunoterapia.
- (C) Bronquiectasia idiopática, pois a causa não pode ser identificada; nesse caso, a principal implicação é incerta.
- (D) Doença do refluxo gastroesofágico, pois a tosse crônica é um sintoma comum; a implicação é a necessidade de tratamento medicamentoso específico.
- (E) Sequela de tuberculose pulmonar, devido ao acometimento preferencial de lobos superiores; a infecção crônica por *p.aeruginosa* está associada a maior mortalidade.

**D043-02\_07**

Paciente com DPOC exacerbada apresenta PH de 7,30 PaCO<sub>2</sub> de 65 mmHg.

O distúrbio gasométrico predominante no caso é a

- (A) acidose respiratória.
- (B) alcalose metabólica.
- (C) acidose mista.
- (D) alcalose respiratória.
- (E) gasometria normal.

61

Um paciente, fumante de 25 cigarros por dia, procura tratamento. No teste de Fagerström, ele revela fumar seu primeiro cigarro entre 6 a 30 minutos após acordar, sente dificuldade em não fumar em lugares proibidos e fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado. Relata que o primeiro cigarro não traz mais tanta satisfação. Quando perguntado se fuma mais pela manhã, relata fumar mais à noite, ao chegar do trabalho. Apesar de ter desenvolvido tosse crônica e dispneia, ele continua fumando. Recentemente, ele também percebeu que precisa de mais cigarros para sentir o mesmo prazer de antes e que a maior parte do seu tempo é dedicada a fumar.

Com base nos critérios de dependência da CID-10 e no teste de Fagerström, assinale a opção que indica a interpretação mais precisa do quadro do paciente e o diagnóstico mais provável.

- (A) O paciente tem uma dependência leve, pois sua pontuação no teste de Fagerström é de 6. Sintomas de tosse dispneia são efeitos tóxicos do tabaco, mas não indicam dependência.
- (B) O paciente tem uma dependência moderada, pois a sua pontuação no teste de Fagerström é de 5. A tosse crônica dispneia são sintomas de abstinência e não consequências.
- (C) O paciente não pode ser classificado como dependente, pois a tosse a dispneia são as únicas consequências evidentes e a pontuação do teste de Fagerström não é superior a 8.
- (D) O paciente apresenta uma dependência elevada (6 pontos de Fagerström) e preenche múltiplos critérios para síndrome de dependência, como tolerância, persistência no uso apesar das consequências e aumento do tempo empregado para o consumo.
- (E) O paciente diferente dos critérios para uso nocivo à saúde, mas não para a síndrome de abstinência, depois a dificuldade em controlar o uso não foi expressamente mencionada.

62

Das seguintes condições, assinale a que é considerada uma contraindicação absoluta para realização do teste de caminhada de 6 minutos (TC6).

- (A) Hipertensão grave não controlada.
- (B) Frequência cardíaca em repouso superior a 120 BPM.
- (C) Angina instável ou infarto do miocárdio nos 30 dias anteriores.
- (D) Uso de um dispositivo de auxílio à mobilidade.
- (E) Idade superior a 70 anos.

63

Das seguintes combinações de substância e doença, assinale a mais precisa para uma pneumopatia ocupacional.

- (A) Exposição a poeira de grãos causando silicose.
- (B) Exposição a amianto causando pneumoconiose dos minérios do carvão.
- (C) Exposição a sílica cristalina causando asbestose.
- (D) Exposição a produtos químicos como amônia causando pneumonite química.
- (E) Exposição a vapores e gases tóxicos causando asma ocupacional.

**64**

- A tuberculose é transmitida por via aérea por meio de aerossóis. Sobre a transmissibilidade da tuberculose, é correto afirmar que
- (A) a probabilidade de infecção depende exclusivamente da infectividade do caso fonte.
  - (B) pessoas com baciloscopia de escarro negativa, mas com Teste Rápido Molecular (TRM-TB) ou cultura positivos, têm a mesma capacidade de transmissão que os casos bacilíferos.
  - (C) as crianças com TB pulmonar são os principais responsáveis pela cadeia de transmissão da doença.
  - (D) paciente com TB extrapulmonar exclusiva são considerados desprovidos de infectividade.
  - (E) o risco de transmissão perdura apenas nos primeiros 60 dias do tratamento.

**65**

- Dos seguintes anticorpos monoclonais, assinale o que é um imunobiológico que age inibindo a ligação da IgE livre ao seu receptor, sendo indicado para o tratamento de asma alérgica grave.
- (A) Benralizumabe.
  - (B) Mepolizumabe.
  - (C) Dupilumabe.
  - (D) Tiotrópio
  - (E) Omalizumabe.

**66**

- Um paciente, ao aspirar um corpo estranho, apresenta quadro de obstrução parcial de uma das vias aéreas principais. Considerando as particularidades anatômicas dos brônquios e os achados da ausculta, o médico tem maior probabilidade de auscultar o som patológico contínuo, como um sibilo ou ronco,
- (A) no brônquio principal esquerdo, pois é mais longo, estreito e horizontalizado, o que dificulta a passagem do corpo estranho.
  - (B) no brônquio principal direito, pois é mais curto, verticalizado e calibroso, características que facilitam a entrada do corpo estranho.
  - (C) no brônquio principal esquerdo, pois é o local mais suscetível a pneumonias aspirativas.
  - (D) no brônquio principal direito, pois a anatomia do lado esquerdo o protege de aspirações.
  - (E) nos brônquios lombares superiores, pois são a primeira ramificação da traqueia.

**67**

- Das seguintes formas de tuberculose extrapulmonar, a mais comum em pessoas não infectadas pelo HIV e que cursa com dor torácica do tipo pleurítica é a
- (A) TB ganglionar periférica.
  - (B) TB meningoencefálica.
  - (C) TB pericárdica.
  - (D) TB óssea.
  - (E) TB pleural.

**68**

- Paciente com asma grave eosinofílica apresenta eosinófilos de 400 células/ $\mu\text{L}$  foi incluído em um estudo com um novo imunobiológico. O tratamento resultou em uma rápida e quase completa depleção de eosinófilos séricos, mas o paciente apresentou uma nasofaringite e cefaleia como efeitos adversos mais comuns.
- Nesse caso, assinale a opção que identifica o imunobiológico utilizado e os preditores de boa resposta ao tratamento para esse fármaco.
- (A) Mepolizumabe, com preditores de resposta incluindo a asma de início tardio e a presença de polipose nasal.
  - (B) Omalizumabe, com preditores de resposta incluindo IgE sérica total e eosinofilia elevada.
  - (C) Dupilumabe, com preditores de resposta incluindo eosinófilo elevado e FeNO  $\geq 25$  ppb.
  - (D) Benralizumabe, com preditores de resposta incluindo o uso crônico de CO, a polipose nasal e o VEF1 pré-broncodilatador  $< 65\%$  do previsto.
  - (E) Omalizumabe, com preditores de resposta incluindo a redução da dose de CO e a ausência de exarcebações.

**69**

- Sobre a ventilação não invasiva (VNI), assinale a afirmativa correta.
- (A) Está contraindicada na DPOC exacerbada.
  - (B) É primeira escolha na asma aguda grave.
  - (C) Reduz mortalidade na acidose respiratória da DPOC.
  - (D) Causa hipoxemia em pacientes com pneumonia.
  - (E) É menos eficaz que a oxigenoterapia convencional.

**70**

- Paciente com DPOC grave realizada TCAR que revela áreas extensas de enfisema centrolobular.
- O seguinte teste funcional pode melhor quantificar essa alteração:
- (A) plestimografia.
  - (B) prova de broncoprovocação.
  - (C) capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO).
  - (D) teste de caminhada de 6 minutos.
  - (E) gasometria arterial em repouso.

**71**

- Paciente de 45 anos apresenta dispneia progressiva, fibrose basal à TC e anti-Jo1 positivo.
- A hipótese diagnóstica mais provável é
- (A) fibrose idiopática.
  - (B) pneumonia por hipersensibilidade.
  - (C) DPOC.
  - (D) doença intersticial associada à miopatia inflamatória.
  - (E) asma.

**72**

- Das doenças abaixo, assinale a que cursa com padrão espirométrico obstrutivo reversível e pode ter elevação do FeNO.
- (A) DPOC.
  - (B) Asma.
  - (C) Bronquiectasias.
  - (D) Fibrose pulmonar idiopática.
  - (E) Doença intersticial por exposição ocupacional.

**73**

Em relação à tuberculose pleural, é correto afirmar que

- (A) o líquido é o exame de escolha para diagnóstico.
- (B) ADA > 40µ/L no líquido pleural reforça o diagnóstico.
- (C) a baciloscopia do escarro costuma ser positiva.
- (D) a toracocentese está contraindicada na maioria dos casos.
- (E) o tratamento requer o uso de corticoide sistêmico.

**74**

Paciente em ventilação mecânica por insuficiência respiratória.

O seguinte ajuste deve ser feito ao observar hipercapnia persistente:

- (A) reduzir frequência respiratória.
- (B) aumentar espaço morto.
- (C) aumentar volume corrente ou FR.
- (D) reduzir PEEP.
- (E) diminuir FiO<sub>2</sub>.

**75**

Hipoxemia com hipocapnia em um paciente com dispneia sugere

- (A) DPOC.
- (B) asma grave.
- (C) hiperventilação.
- (D) insuficiência respiratória central.
- (E) apneia obstrutiva do sono.

**76**

Paciente com hipoxemia e hipertensão pulmonar crônica tem gasometria com PaCO<sub>2</sub> baixa.

Nesse caso, a seguinte hipótese deve ser considerada:

- (A) TEP crônico.
- (B) DPOC.
- (C) asma.
- (D) doença neuromuscular.
- (E) bronquiectasias graves.

**77**

Paciente com pneumonite por hipersensibilidade apresenta queda de DLCO e linfocitose no lavado.

A conduta terapêutica inicial é

- (A) quimioterapia.
- (B) corticoide sistêmico e afastar antígeno.
- (C) broncoscopia terapêutica.
- (D) transplante pulmonar.
- (E) corticoide inalatório isolado.

**78**

Homem de 32 anos, tabagista, apresenta pneumotórax espontâneo recorrente.

A seguinte condição genética deve então ser investigada:

- (A) asma hereditária.
- (B) fibrose cística.
- (C) deficiência de alfa 1 antitripsina.
- (D) síndrome de Marfan.
- (E) sarcoidose.

**79**

A síndrome de hipoventilação da obesidade está associada a

- (A) VEF1/CVF aumentado.
- (B) alcalose respiratória crônica.
- (C) hipoxemia e hiperapnéia crônicas.
- (D) aumento de complacência pulmonar.
- (E) saturação normal com esforço.

**80**

Paciente de 56 anos, obesa, internada há 5 dias por fratura de fêmur, desenvolve subitamente dor torácica pleurítica, taquicardia e dessaturação. O exame físico revela estertores finos na base direita e frequência cardíaca de 122 bpm.

O próximo exame mais adequado para confirmar o diagnóstico é

- (A) radiografia de tórax.
- (B) ECG.
- (C) dosagem de troponina.
- (D) angiotomografia de tórax com contraste.
- (E) gasometria arterial.

Realização

