

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ÁREA DE ATUAÇÃO

# PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

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!**



## Pediatria

1

Uma lactente de 2 meses, previamente hígida, comparece à consulta de rotina com sintomas gripais leves há 3 dias. A mãe relata que a irmã de 3 anos está com tosse e febre.

Ao exame físico, a bebê está em bom estado geral, com FR: 42 irpm, FC: 138 bpm, temperatura axilar de 37,5 °C, ausculta com estertores finos esparsos bilaterais e leve retração subcostal. O calendário vacinal está em dia.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) iniciar antibiótico empírico por suspeita de pneumonia bacteriana.
- (B) solicitar radiografia de tórax para todos os lactentes com sintomas respiratórios.
- (C) observar evolução clínica, orientando sinais de alarme e retorno precoce.
- (D) prescrever broncodilatador de resgate por 5 dias.
- (E) iniciar corticoterapia oral por possível bronquiolite.

2

Lactente, quatro meses, é trazido à consulta pelo pai. Refere que a mãe está gravemente enferma, internada há uma semana e está alimentando seu filho com leite de vaca integral, “Longa vida”, que compra no supermercado.

Durante a consulta, o pediatra deverá alertar para o fato de que o leite de vaca integral apresenta

- (A) teor aumentado de ácidos graxos saturados sendo o uso de composto lácteo a melhor opção.
- (B) concentração muito baixa de proteína, devendo ser adicionado um suplemento.
- (C) relação inadequada entre caseína e proteínas do soro, devendo ser feita troca para fórmula.
- (D) baixa biodisponibilidade de micronutrientes, excetuando-se o ferro, que deve ser suplementado.
- (E) teor adequado de vitaminas D e E e baixo teor de vitamina C, podendo ser usado suco.

3

Menina pré-escolar, quatro anos, apresenta recusa persistente a experimentar novos alimentos, aceitando apenas preparações específicas de poucos itens, principalmente líquidos e derivados lácteos. Mostra intensa irritação quando exposta a frutas e verduras, além de desconforto em manipular massas ou texturas pegajosas. Pais relatam conflitos frequentes nas refeições e preocupação com a limitação alimentar.

Essa situação alimentar é corretamente caracterizada por

- (A) recusa alimentar seletiva relacionada a características sensoriais dos alimentos.
- (B) anorexia nervosa típica da infância, marcada por medo intenso de ganhar peso.
- (C) transtorno disfágico funcional, definido pela incapacidade de deglutir alimentos sólidos.
- (D) transtorno de ruminação, com regurgitação repetida de alimentos previamente ingeridos.
- (E) síndrome de alimentação noturna, caracterizada pela ingestão compulsiva durante a madrugada.

4

Dois irmãos foram levados ao ambulatório de pediatria por ganho de peso progressivo. O mais novo, de três anos, apresenta escore Z do índice de massa corporal (IMC) maior que +2 e até +3. O irmão mais velho, de seis anos, também apresenta escore Z nessa mesma faixa.

Considerando a classificação segundo o escore Z (IMC), os irmãos de três e seis anos serão considerados, respectivamente, com

- (A) sobrepeso e obesidade.
- (B) obesidade e obesidade grave.
- (C) obesidade grave e sobrepeso.
- (D) risco de sobrepeso e sobrepeso.
- (E) obesidade grave a risco de sobrepeso.

5

Uma gestante, na consulta pré-natal com o pediatra, informa que após os seis meses de idade de seu filho pretende seguir um tipo de alimentação vegetariana ainda não definida, desejando obter informações.

O pediatra deverá orientar a gestante para o fato de que a dieta

- (A) lacto-ovovegetariana pode ser deficiente em vitamina A e em vitamina D.
- (B) lactovegetariana apresenta carência de cálcio e bons níveis de vitamina B12.
- (C) ovovegetariana pode apresentar níveis adequados de ferro, mas não de cálcio.
- (D) vegana apresenta risco aumentado de deficiência em vitamina A e vitamina B12.
- (E) lacto-ovovegetariana apresenta níveis adequados de cálcio, mas baixos de vitamina A.

6

Pré-escolar, 4 anos, masculino, é levado ao pronto atendimento com história de febre diária nas últimas três semanas associada a palidez e cansaço aos pequenos esforços. A mãe relata dor intensa nos membros inferiores, que piora à noite e não melhora com analgésicos comuns, além de dificuldade para caminhar. Ao exame, observa-se equimoses em membros, hepatoesplenomegalia e linfonodos cervicais palpáveis. Não há queixas respiratórias ou neurológicas no momento.

A principal hipótese diagnóstica é leucemia

- (A) prolinfocítica.
- (B) linfoide aguda.
- (C) mielóide aguda.
- (D) mielóide crônica.
- (E) mielomonocítica crônica.

**7**

Escolar, 5 anos, masculino, com diagnóstico de anemia falciforme, é levado à emergência com dor intensa iniciada há 12 horas em membros inferiores e abdome, sem trauma prévio. O início foi súbito, não melhorando com analgésicos comuns e impedindo de caminhar. Ao exame físico, apresenta choro constante à mobilização, palidez cutaneomucosa e temperatura corporal normal. Não há sinais de infecção aparente. Inquirido sobre a escala de manejo da dor, concluiu-se que ela é 6 (moderada).

A conduta em relação ao controle da dor, no caso, deve ser a prescrição de

- (A) dipirona por via oral a cada seis horas.
- (B) ibuprofeno por via oral a cada oito horas.
- (C) paracetamol por via oral a cada quatro horas.
- (D) tramadol por via intravenosa a cada seis horas.
- (E) morfina por via subcutânea a cada quatro horas.

**8**

Lactente feminino, 5 meses, em aleitamento materno exclusivo, inicia há 24 horas cólicas contínuas, vômitos persistentes, evoluindo com letargia. Apresentou evacuações com sangue desde o início dos sintomas. Ao exame encontra-se irritada e desidratada, com massa palpável em abdome.

Na suspeita diagnóstica de invaginação intestinal, o exame complementar com maior sensibilidade e especificidade a ser realizado inicialmente é a

- (A) ultrassonografia abdominal.
- (B) radiografia abdominal simples.
- (C) tomografia de abdome.
- (D) ressonância de abdome.
- (E) rotina de abdome agudo.

**9**

Menino, 2 anos, é levado ao atendimento médico de emergência por apresentar equimoses e hematomas pelo corpo, de início há uma semana, sem relação com trauma. Exame físico evidencia apenas hematomas e equimoses em tronco, abdome e membros. Hemograma demonstra trombocitopenia (plaquetas:  $5.000/\text{mm}^3$ ) e demais parâmetros dentro da normalidade. A hipótese diagnóstica é trombocitopenia imune primária.

Em relação à trombocitopenia imune primária na infância, é correto afirmar que

- (A) não é um diagnóstico de exclusão.
- (B) cursa com trombocitopenia e anemia.
- (C) é um distúrbio agudo, autolimitado e imunomediado.
- (D) a contagem de plaquetas fica entre  $100.000$  e  $150.000/\text{mm}^3$ .
- (E) tem alguma condição clínica associada que reduz as plaquetas.

**10**

Lactente de 18 meses, masculino, apresenta aumento do volume abdominal de início há aproximadamente um mês, irritabilidade e perda de peso.

Ao exame físico encontra-se irritado, com massa abdominal palpável ocupando toda a metade inferior do abdome à direita. Tomografia computadorizada evidencia massa em suprarrenal direita com hemorragia e calcificação. A dosagem urinária de ácido homovanílico e ácido vanilmandélico encontram-se elevadas.

A hipótese diagnóstica é

- (A) tumor de Wilms.
- (B) neuroblastoma.
- (C) rhabdomyosarcoma.
- (D) neurofibroma.
- (E) linfoma.

**11**

Pré-escolar, masculino, 2 anos e meio, previamente hígido, apresenta palidez, fraqueza, dor abdominal e icterícia 48 horas após iniciar tratamento para infecção do trato urinário com nitrofurantoína.

Hemograma evidencia anemia normocítica e normocrômica. Os reticulócitos e a desidrogenase láctica estão elevados.

A hipótese diagnóstica, nesse caso, é

- (A) deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase.
- (B) anemia falciforme.
- (C) talassemia minor.
- (D) esferocitose hereditária.
- (E) traço falcêmico.

**12**

Escolar de 8 anos, menino, em tratamento de asma com beclometasona spray oral, na dose de 400 mcg ao dia há 3 meses, sem controle dos sintomas nas últimas 4 semanas. Faz uso da medicação com espaçador, tem boa adesão ao tratamento e a técnica inalatória está correta.

Em relação à terapia farmacológica para a asma, a conduta nesse momento é

- (A) trocar o corticoide inalatório para associação de broncodilatador de longa ação e corticoide inalatório.
- (B) manter o corticoide inalatório e associar antileucotrieno.
- (C) manter o corticoide inalatório e associar antimuscarínico de longa duração.
- (D) manter o corticoide inalatório e associar imunobiológico de acordo com o fenótipo da asma.
- (E) manter o corticoide inalatório e associar broncodilatador de curta ação contínuo.

**13**

Escolar de 7 anos, menina, em tratamento profilático de asma com corticoide inalatório, chega à emergência com exacerbação da doença. É medicada com broncodilatador de curta ação, por via inalatória, de 20 em 20 minutos durante uma hora e corticoide sistêmico por via oral. Apresenta melhora e recebe alta hospitalar.

A prescrição para o domicílio deverá ser feita com

- (A) broncodilatador inalatório de longa ação e corticoide inalatório.
- (B) broncodilatador inalatório de curta ação e anti-histamínico oral.
- (C) broncodilatador inalatório de curta ação e corticoide oral.
- (D) broncodilatador inalatório de curta ação.
- (E) antimuscarínico de longa duração e corticoide inalatório.

**14**

A urticária é uma erupção cutânea transitória, pruriginosa, eritematosa e elevada, que pode se tornar tensa e dolorosa. As lesões podem coalescer e formar lesões polimórficas, que frequentemente desaparecem, reaparecendo em outros locais.

Sobre a urticária aguda na infância, é correto afirmar que

- (A) o diagnóstico é estabelecido quando as lesões ocorrem na maioria dos dias da semana por mais de 6 semanas.
- (B) o papel de um alimento desencadeante não pode ser comprovado pela eliminação e provocação alimentar.
- (C) na ausência de informações que impliquem no alimento envolvido, os testes cutâneos para alimentos são úteis.
- (D) é frequentemente causada por uma reação alérgica não mediada por IgE.
- (E) as causas identificáveis mais comuns são infecções virais, medicamentos e alimentos.

**15**

Lactente de 1 ano, apresenta lesões cutâneas intensamente pruriginosas com pápulas eritematosas em face, couro cabeludo e superfícies extensoras de extremidades, de início há aproximadamente um mês. A lesão polpa região de fraldas. O prurido piora à noite e quando faz uso de leite de vaca.

A hipótese diagnóstica para o caso é

- (A) dermatite atópica.
- (B) dermatite seborreica.
- (C) pitiríase versicolor.
- (D) psoríase.
- (E) pitiríase rósea.

**16**

Recém-nascido a termo apresenta, no segundo dia de vida, lesões papulares branco-amareladas, com erupção eritematosa circundante, dispersas em face, tronco e membros, poupando palmas e plantas. O restante do exame físico é normal.

No caso, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) miliária.
- (B) eritema tóxico.
- (C) herpes simplex.
- (D) candidíase.
- (E) melanose pustulosa.

**17**

Lactente de 20 dias apresenta lacrimejamento constante e secreção esbranquiçada no olho desde os primeiros dias de vida, sem sinais sistêmicos ou febre. A mãe relata que o quadro piora quando o bebê chora. Ao exame, há leve edema palpebral e refluxo de secreção à compressão do saco lacrimal direito.

A principal hipótese diagnóstica sobre a origem dos sintomas é

- (A) obstrução pela presença de muco.
- (B) estenose por processo infeccioso local.
- (C) produção anômala de secreção serosa ocular.
- (D) formação de membrana impedindo a drenagem pelo ducto.
- (E) aumento da pressão no canal devido à má formação ocular.

**18**

Adolescente, sexo feminino, com quadro insidioso de dor e inchaço em joelhos, punhos e tornozelos, com rigidez matinal e limitação progressiva dos movimentos. Ao exame, observa-se simetria no acometimento articular e leve contratura em flexão dos dedos das mãos. Exames laboratoriais revelam elevação de velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), com fator reumatoide positivo. Relata, ainda, fadiga e episódios de febre baixa nas últimas semanas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica e os biomarcadores a ela relacionados, é correto afirmar que

- (A) a presença de anticorpos antinucleares apresenta forte associação com sacroileíte.
- (B) a detecção do HLA-B27 afasta a possibilidade de envolvimento de espondiloartrites.
- (C) os valores de VHS e PCR são altos, mas não há aumento significativo de imunoglobulinas.
- (D) a detecção de fator antinuclear está relacionada à falha ao tratamento com imunossupressor.
- (E) a positividade do fator reumatoide se associa a maior risco de progressão com dano estrutural.

**19**

Escolar, nove anos, apresenta, há seis meses, movimentos repetitivos e abruptos da cabeça e emissão de sons guturais. Os episódios aumentam em situações de estresse, mas cessam durante o sono e não ocorrem enquanto ele joga videogame. Os pais relatam que ele consegue controlar os movimentos por curtos períodos.

Baseado na principal hipótese diagnóstica, os sintomas motores, vocais e o tempo de duração deles são classificados, respectivamente, como

- (A) simples, complexo e crônico.
- (B) simples, simples e temporário.
- (C) complexo, complexo e crônico.
- (D) complexo, simples e temporário.
- (E) complexo, complexo e temporário.

**20**

Escolar, masculino, cinco anos, é trazido à consulta ambulatorial por apresentar micções muito frequentes durante o dia, chegando a urinar a cada 10 a 15 minutos, com início súbito. Os responsáveis negam dor, infecção urinária, escapes diurnos ou episódios noturnos. A criança já era desfraldada e os sintomas começaram pouco antes do início das aulas. Não há alterações ao exame físico.

Sobre a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que

- (A) está relacionada à incompetência da junção ureterovesical.
- (B) trata-se de um distúrbio funcional que acomete mais meninos que meninas.
- (C) em torno da metade dos casos observa-se a presença de enurese intermitente.
- (D) na maioria dos casos, um problema anatômico no trato urinário leva a esses sintomas.
- (E) é uma das causas de disfunção da bexiga que não está relacionada à constipação intestinal.

**21**

Lactente, 2 meses, em aleitamento materno exclusivo, é trazido à consulta de puericultura com história de esforço e choro intenso antes de evacuar, há cerca de duas semanas. Após o esforço, elimina fezes amolecidas sem sangue ou muco. As evacuações ocorrem diariamente, e está se alimentando bem, ganhando peso adequadamente. Exame físico sem alterações.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) cólica.
- (B) disquezia.
- (C) constipação.
- (D) alergia alimentar.
- (E) refluxo gastroesofágico.

**22**

Lactente, 50 dias, é trazido ao ambulatório de puericultura por estar amarelado desde o quinto dia de vida. Nasceu a termo, parto normal, com peso adequado e usa leite materno exclusivo.

Ao exame físico, bom ganho ponderal, icterícia, hipocolia e colúria, hepatomegalia de consistência firme às costas do lobo esquerdo proeminente. Exames laboratoriais mostram elevação de bilirrubina conjugada ( $>1$  mg/dL) e a ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar contraída e não visualização do ducto colédoco e sinal do “cordão triangular”.

O passo seguinte em relação à confirmação da principal hipótese diagnóstica é realizar

- (A) elastografia hepática.
- (B) ressonância magnética.
- (C) cintilografia hepatobiliar.
- (D) colangiograma intraoperatório.
- (E) colangiopancreatografia endoscópica.

**23**

Adolescente, 17 anos, comparece com seu filho de 4 anos para avaliação devido a queixa da escola sobre comportamentos agressivos e dificuldade de interação com os colegas. A mãe relata que cria o filho sozinha, com pouco apoio familiar, vive em condição de vulnerabilidade social e enfrenta conflitos frequentes com a própria mãe. Refere dificuldade para estabelecer rotinas e sente-se sobrecarregada emocionalmente. O pai da criança não participa ativamente da criação.

Considerando o contexto clínico e os determinantes sociais envolvidos, é correto afirmar que

- (A) a idade materna, isoladamente, foi demonstrada como o fator determinante dos problemas comportamentais dessas crianças.
- (B) a presença contínua e positiva do pai ao longo da vida da criança pode ter um efeito protetor parcial contra esse tipo de comportamento.
- (C) os conflitos com avós são comuns nas famílias com mães adolescentes parecendo estar desvinculado com essas alterações de comportamento.
- (D) a presença de mães adolescentes em todas as classes sociais sugere que a condição socioeconômica não explica essas alterações comportamentais.
- (E) o início precoce dessas alterações de comportamento aumenta a probabilidade de abandono precoce da escola, fato pouco comum em filhos de adolescentes.

**24**

Escolar, 8 anos, masculino, apresenta aumento de volume na parte posterior do joelho direito, percebido há cerca de duas semanas, sem história de trauma. Ao exame físico, nota-se massa firme, compressível, pouco dolorosa à palpação, localizada medialmente à fossa poplíteia, mais evidente com o joelho em extensão. Radiografia do joelho não mostra alterações ósseas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o teste realizado durante o exame físico que auxilia no diagnóstico é a avaliação por meio da

- (A) ausculta.
- (B) rotação interna.
- (C) transiluminação.
- (D) marcha acelerada.
- (E) mobilidade passiva.

**25**

Lactente de 7 meses, previamente saudável, apresentou episódios de vômitos intensos cerca de duas horas após se alimentar com arroz há um mês, seguido de palidez cutânea, letargia, hipotonia, diarreia, hipotermia e leve distensão abdominal. Hoje, repetiu o alimento e novamente apresentou os mesmos sintomas. Não há febre, nem sangue nas fezes. Exame físico mostra criança prostrada, com perfusão periférica levemente reduzida e abdome levemente distendido, porém flácido.

Tendo em conta a principal hipótese diagnóstica, o sintoma considerado como critério diagnóstico maior é

- (A) a palidez.
- (B) a letargia.
- (C) o vômito.
- (D) a diarreia.
- (E) a hipotermia.

**26**

Escolar, quatro anos, é trazido para atendimento no setor de emergência por apresentar febre, dor no ouvido direito e abaulamento retroauricular com vermelhidão e sensibilidade local há dois dias. Foi diagnosticada com infecção de ouvido na semana anterior, mas os sintomas persistiram apesar do uso de amoxicilina. Ao exame, nota-se discreta protrusão da orelha direita; restante do exame sem alterações.

A conduta imediata baseada na principal hipótese diagnóstica é

- (A) internar, realizar exames laboratoriais, iniciar ampicilina + sulbactam via endovenosa.
- (B) trocar o antibiótico oral para amoxicilina + ácido clavulânico, retornando em dois dias.
- (C) realizar exames laboratoriais e de imagem e, se alterados, usar cefotaxima via venosa.
- (D) realizar ultrassom da região retroauricular para definir internação e antibiótico venoso.
- (E) internar, realizar tomografia de crânio, iniciar por via venosa amoxicilina e gentamicina.

**27**

Adolescente do sexo feminino é trazida à emergência com febre, artralgia em grandes articulações e cansaço aos esforços. Ao exame físico, apresenta sopro cardíaco (sem história prévia) e sinais inflamatórios em joelhos e tornozelos. Exames laboratoriais mostram PCR e VHS elevados, além de título aumentado de ASLO.

Considerando os critérios revisados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, a categoria diagnóstica dessa adolescente é

- (A) primeiro episódio febre reumática.
- (B) artrite pós-estreptocócica sem critérios maiores.
- (C) cardiopatia reumática crônica com atividade inflamatória.
- (D) febre reumática recorrente sem cardite prévia documentada.
- (E) recorrência de febre reumática com cardite prévia estabelecida.

**28**

Recém-nascido do sexo masculino, com 3 dias de vida, nascido a termo (39 semanas), parto vaginal sem intercorrências, Apgar 8/9, peso adequado para a idade gestacional. Mãe saudável, sem histórico de infecções ou uso de medicações durante a gestação, realizou pré-natal completo e ultrassonografias, sem alterações estruturais cardíacas detectadas.

Desde o nascimento, o RN apresenta cianose central persistente, não responsiva ao oxigênio suplementar por cateter nasal. Não há desconforto respiratório evidente. À ausculta cardíaca, nota-se sopro sistólico 2+/6+, audível no foco tricúspide. Pulmões com murmúrio vesicular presente e simétrico. A oximetria de pulso revela saturação pré-ductal 85% e pós-ductal de 84%. A gasometria arterial mostra acidose respiratória leve com hipoxemia. À exceção da cianose persistente, e do sopro já relatado não há outras alterações ao exame físico.

Diante da suspeita de cardiopatia congênita cianótica, foi realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou transposição das grandes artérias (TGA), com septo interventricular íntegro e comunicação interatrial pequena.

Com base no quadro clínico e nos achados ecocardiográficos, a conduta prioritária imediata é

- (A) indicar intubação e ventilação mecânica com FiO<sub>2</sub> 100%.
- (B) iniciar infusão de prostaglandina E1.
- (C) aguardar estabilidade clínica para cirurgia corretiva tardia.
- (D) administrar antibiótico de amplo espectro para sepse neonatal até elucidação completa.
- (E) solicitar angiotomografia de tórax.

**29**

Menino de 6 anos, previamente com desenvolvimento neuropsicomotor adequado, é trazido à consulta por regressão na linguagem expressiva há cerca de 4 meses.

A mãe relata que ele, que já falava frases completas, passou a ter dificuldade crescente para formar palavras e responder comandos verbais, mesmo sem alterações auditivas aparentes. O comportamento tornou-se mais irritadiço, com períodos de desatenção, isolamento e episódios noturnos em que se debate na cama, com rigidez e salivação excessiva.

O exame físico neurológico não apresenta déficits motores ou sensitivos, mas não executa comandos verbais simples nem emite frases coerentes. Teste de audiometria normal. Ressonância magnética de crânio sem alterações estruturais. EEG com padrão de descargas epileptiformes bilaterais, contínuas durante o sono, com predominância nas regiões temporais posteriores.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de

- (A) epilepsia rolândica benigna.
- (B) síndrome de Lennox-Gastaut.
- (C) epilepsia mioclônica juvenil.
- (D) síndrome de Landau-Kleffner.
- (E) encefalite autoimune.

**30**

Menina de 5 anos apresenta palidez importante, cansaço aos esforços e irritabilidade progressiva. Ao exame físico apresenta peso e estatura adequados para a idade, palidez mucosa +/-, frequência cardíaca: 120 bpm, ausculta cardíaca com sopro sistólico 1+/6+ no foco pulmonar e não há linfadenomegalia ou visceromegalias.

O hemograma revela: Hb 8,7 g/dL | Ht 26% | VCM 68 fL | CHCM 28 g/dL | RDW 18% | Leucócitos e plaquetas normais. Ferritina: 10 ng/mL. Ferro sérico: 25mcg/dL, TIBC: 420mcg/dL, saturação de transferrina: 6%, o PCR está abaixo do limite de detecção.

A principal suspeita diagnóstica é de

- (A) anemia ferropriva.
- (B) anemia de Fanconi.
- (C) talassemia beta maior.
- (D) leucemia linfoblástica aguda.
- (E) deficiência de vitamina B12.

**31**

Pré-escolar de 6 anos, com história prévia de asma, é levado ao pronto-socorro com dispneia progressiva, sibilância difusa, FR: 52 irpm, SatO<sub>2</sub>: 89% em ar ambiente, batimento de asa do nariz e fala entrecortada. A mãe nega febre e rinorreia. Não há história de contato com indivíduos com infecção de vias aéreas. No manejo inicial são administradas duas doses de salbutamol inalatório com espaçador.

Nesse caso, as seguintes medidas são preconizadas, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Iniciar oxigenoterapia.
- (B) Repetir broncodilatadores em dose escalonada.
- (C) Administrar azitromicina oral.
- (D) Iniciar corticoterapia sistêmica.
- (E) Avaliar necessidade de internação.

**32**

Lactente de 7 meses, sexo feminino, apresenta febre há 3 dias, sem sinais localizatórios. Ao exame físico, mostra-se irritada, com temperatura de 38,9 °C, sem alterações em vias aéreas ou na otoscopia. Urina coletada por sondagem revela leucócitos ++, nitrito positivo.

A conduta inicial mais apropriada é

- (A) solicitar urocultura e aguardar ambulatorialmente o resultado para tratar.
- (B) tratar empiricamente com antibiótico oral e reavaliar em 72 h.
- (C) solicitar urocultura, internar e iniciar antibiótico parenteral imediatamente.
- (D) repetir exame de urina após 24h de observação.
- (E) iniciar antipirético e hidratação oral exclusiva.

**33**

Lactente de 5 meses, amamentado exclusivamente com fórmula, apresenta fezes com muco e sangue há duas semanas. Boa aceitação alimentar, sem vômitos, ganho ponderal adequado. Mãe relata história de rinite alérgica.

O diagnóstico mais provável é de

- (A) gastroenterite bacteriana.
- (B) alergia à proteína do leite de vaca (APLV) não-IgE mediada.
- (C) invaginação intestinal.
- (D) colite ulcerativa.
- (E) constipação com fissura anal.

**34**

Escolar de 9 anos apresenta febre há 5 dias, artrite em grandes articulações de caráter migratório e lesões eritematosas em tronco. Exame físico: sopro sistólico em foco mitral. ASLO aumentado.

O diagnóstico mais provável é

- (A) lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) artrite idiopática juvenil.
- (C) artrite séptica.
- (D) doença de Lyme.
- (E) febre reumática.

**35**

Recém-nascido com 4 dias de vida apresenta vômitos em jato, sucção pobre e letargia. Exame: desidratado, fontanela afundada. Glicemia 28 mg/dL, sódio 128 mEq/L, potássio 6,2 mEq/L.

A hipótese diagnóstica a ser considerada com prioridade é

- (A) hipoglicemia por infecção neonatal.
- (B) hiperplasia adrenal congênita.
- (C) hipotireoidismo congênito.
- (D) erros inatos do metabolismo.
- (E) insuficiência hepática neonatal.

**36**

Adolescente de 14 anos comparece à consulta desacompanhado, referindo desejo de iniciar acompanhamento para orientação sobre saúde sexual e contracepção. Relata já ter iniciado vida sexual e não deseja que os pais sejam informados.

Segundo o ECA e as normas éticas, a conduta mais adequada para o caso é

- (A) exigir presença dos pais para autorizar atendimento.
- (B) registrar a consulta, mas comunicar os responsáveis.
- (C) garantir sigilo e realizar atendimento conforme solicitado.
- (D) encaminhar o adolescente ao Conselho Tutelar.
- (E) notificar o Ministério Público por risco social.

**37**

Menina de 6 anos e 9 meses é trazida ao consultório por apresentar aumento do volume mamário há 4 meses, associado a um crescimento acelerado e a odor axilar. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, com estatura no percentil 97, mama em estágio M2, ausência de pelos pubianos, velocidade de crescimento acima de 8 cm/ano e idade óssea estimada em 9 anos. A dosagem basal de LH foi de 0,3 mUI/mL, e após estímulo com GnRH apresentou pico de LH de 6,2 mUI/mL. Dosagens de estradiol foram discretamente elevadas. Exame neurológico sem alterações.

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, a hipótese diagnóstica e a conduta mais apropriada são

- (A) Puberdade precoce periférica – solicitar ressonância de pelve e dosar HCG.
- (B) Puberdade precoce central idiopática – iniciar análogo de GnRH e realizar RNM de crânio.
- (C) Adrenarca precoce – acompanhamento clínico sem necessidade de tratamento.
- (D) Variante da normalidade – reavaliar em 6 meses sem exames complementares.
- (E) Hiperplasia adrenal congênita – iniciar corticoterapia e dosar aldosterona.

**38**

Lactente de 11 meses, previamente hígido, está com vacinação atualizada e irá viajar para área de risco de febre amarela. A mãe deseja saber se ele pode ser vacinado.

A recomendação atual, segundo o PNI e a SBP, é

- (A) administrar a vacina com pelo menos 10 dias antes da viagem com reforço aos 4 anos.
- (B) não vacinar, pois a vacina é contraindicada em menores de 12 meses e adotar medidas preventivas sem vacinação.
- (C) aplicar a vacina da dengue pela possibilidade de fazer proteção cruzada.
- (D) aplicar a vacina e repetir aos 12 meses.
- (E) administrar apenas com laudo médico e termo de consentimento formal.

**39**

Recém-nascida do sexo feminino, nascida de parto vaginal com 38 semanas de gestação, apresenta peso ao nascer de 2.200 g. A mãe tem 37 anos e realizou pré-natal com ultrassonografia morfológica alterada, mas não fez cariótipo fetal.

Ao exame físico, nota-se presença de microcefalia, fenda labial bilateral, polidactilia pós-axial em ambas as mãos, hipotonia generalizada e sopro cardíaco holossistólico audível em borda esternal esquerda. A ultrassonografia transfontanela revelou holoprosencefalia, e o ecocardiograma evidenciou comunicação interventricular ampla.

Assinale a opção que apresenta a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais adequada para esse caso.

- (A) Síndrome de Edwards – confirmar com cariótipo e encaminhar para cirurgia cardíaca precoce.
- (B) Síndrome de Down – iniciar estimulação precoce e investigação cardiológica.
- (C) Síndrome de Turner – dosar hormônios tireoidianos e iniciar estrógenos na puberdade.
- (D) Síndrome de Patau – solicitar cariótipo e instituir cuidados paliativos com foco em conforto.
- (E) Síndrome de Noonan – investigação genética e correção cirúrgica das máis-formações.

**40**

Lactente, 10 meses de idade, é trazido ao pronto-socorro com história de convulsão na manhã do atendimento. A mãe relata história de febre há cerca de 2 dias (até 39 °C), associada a irritabilidade e redução do apetite. Fora avaliado no dia anterior, recebendo diagnóstico de otite média aguda à direita e iniciando amoxicilina (está em uso há cerca de 24 horas) e antipiréticos.

A crise convulsiva desta manhã fora em vigência de febre (38,5 °C) de forma tônico-clônico generalizada, com cianose labial transitória durando cerca de 4 minutos. Não há história prévia de convulsões e mãe nega trauma. A gestação fora sem intercorrências, o desenvolvimento neuropsicomotor está adequado para a idade, sem doenças crônicas conhecidas. Vacinação: esquema vacinal incompleto – recebeu as vacinas do 2º e 4º mês de vida, porém não recebeu as doses previstas para 6 meses (incluindo *Haemophilus influenzae* tipo b e pneumococo).

Não há história familiar de epilepsia, embora o pai relate ter tido convulsões febris na infância. Ao exame a criança está com o estado geral regular, chorosa e irritada alternando com sonolência leve responsiva a estímulos. Temperatura: 38,3 °C; FC: 150 bpm; FR: 34 irpm; SpO<sub>2</sub>: 97% em ar ambiente. À exceção da membrana timpânica direita hiperemiada e abaulada, com nível hidroaéreo visível, compatível com otite média purulenta, não há outras alterações semiológicas incluindo o exame neurológico que é compatível com a idade.

Você realiza exames laboratoriais iniciais cujos resultados são: hemograma: Hb 11,5 g/dL; leucócitos 15.800/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 72%, bastões 5%, linfócitos 20%, monócitos 3%); plaquetas 320.000/mm<sup>3</sup> – leucocitose com neutrofilia e discreto desvio à esquerda. Proteína C-reativa (PCR): 8,5 mg/dL (VN < 1,0); Glicemia à admissão: 92 mg/dL. O EAS (urina tipo 1), o Raio X de tórax, os eletrólitos séricos e escórias renais são normais.

A conduta mais adequada neste momento, entre as listadas, é

- (A) realizar punção lombar e iniciar antibioticoterapia empírica adequada se necessário.
- (B) iniciar medicação anticonvulsivante profilática de longa duração (como fenobarbital), mantendo também antipiréticos agressivamente a cada 4-6 horas.
- (C) solicitar eletroencefalograma (EEG) imediato e encaminhar para avaliação com neurologista pediátrico, devido ao risco de epilepsia após a crise convulsiva febril.
- (D) acompanhar ambulatorialmente sem investigar de forma invasiva, por se tratar de uma convulsão febril simples; orientar medidas antipiréticas e observar evolução, com retorno em caso de nova convulsão.
- (E) realizar neuroimagem cerebral (TC de crânio) imediatamente, para descartar lesão estrutural intracraniana ou outras causas neurológicas.

## 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

