



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO  
ESTADO DE MINAS GERAIS – IPSEMG  
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
EDITAL Nº 1/2025**

**CADERNO DE PROVA – TARDE  
TIPO 1**

**PRÉ-REQUISITO CIRURGIA TORÁCICA OU  
PNEUMOLOGIA**

**LEIA ATENTAMENTE AS SEGUINTE INSTRUÇÕES:**

1. Este caderno de prova contém **50 (cinquenta)** questões objetivas, numeradas de **1 a 50**, a respeito do conteúdo de:

- **Cirurgia Torácica;**
- **Pneumologia.**

2. Confira se a quantidade e a ordem das questões deste caderno de prova estão de acordo com as instruções anteriores. Caso o caderno esteja incompleto, tenha defeito ou apresente qualquer divergência, comunique imediatamente ao fiscal de sala para que ele tome as providências cabíveis.

3. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas **4 (quatro)** opções de resposta. Apenas **1 (uma)** resposta responde corretamente à questão.

4. O tempo disponível para esta prova é de **2 (duas)** horas.

5. Reserve tempo suficiente para marcar a sua folha de respostas.

6. Os rascunhos e as marcações assinaladas neste caderno **não** serão considerados na avaliação.

7. O candidato somente poderá se retirar do local de realização da prova após o decurso de **1 (uma)** hora do horário de início da prova, mas somente poderá levar consigo o caderno de questões no decurso dos últimos **30 (trinta)** minutos anteriores ao horário determinado para o encerramento da prova.

8. Não será permitida a anotação de informações relativas às suas respostas no comprovante de inscrição e/ou em qualquer outro meio.

9. Quando terminar, chame o fiscal de sala, entregue a folha de respostas.

10. Boa prova!



## Conhecimentos específicos

### Questão 01

A toracotomia posterolateral é o acesso clássico para cirurgias pulmonares maiores, mas está associada a dor crônica significativa. Sobre a anatomia da parede torácica e as complicações deste acesso, a principal causa de "Síndrome Dolorosa Pós-Toracotomia" persistente e a técnica cirúrgica para minimizá-la são:

- (A) Fratura oculta de costelas adjacentes causada pela abertura excessiva do afastador; o uso de afastadores elásticos de plástico elimina totalmente esse risco.
- (B) Lesão do nervo torácico longo durante a incisão da pele, causando discinesia escapular; deve-se evitar a extensão da incisão além da ponta da escápula.
- (C) Lesão por compressão ou secção do nervo intercostal, frequentemente causada pelo afastador de Finochietto ou pela sutura pericostal de fechamento.
- (D) Fibrose dos músculos grande dorsal e serrátil anterior; a transecção muscular deve ser evitada preferindo-se sempre a toracotomia axilar vertical.

### Questão 02

Tumores de pulmão centralmente localizados, envolvendo a origem do brônquio lobar superior direito e invadindo o brônquio principal direito, mas sem acometimento vascular da artéria pulmonar principal distal, representam um desafio técnico. Para preservar parênquima pulmonar em um paciente com reserva funcional limítrofe, assinale a alternativa que apresenta a técnica cirúrgica oncológica de escolha, alternativa à pneumonectomia direita.

- (A) Lobectomia superior direita em manguito (Sleeve Lobectomy), ressecando o lobo superior e um segmento do brônquio principal e intermediário, com anastomose brônquica término-terminal (broncoplastia).
- (B) Lobectomia superior direita simples com curetagem da margem brônquica positiva e radioterapia adjuvante focal no coto brônquico.
- (C) Pneumonectomia direita, pois a invasão do brônquio principal contraindica formalmente qualquer procedimento poupador de parênquima por risco de recidiva local.
- (D) Segmentectomia anatômica estendida dos segmentos apicais e posteriores, preservando o segmento anterior do lobo superior.

### Questão 03

As hérnias diafragmáticas congênitas podem se manifestar tardiamente no adulto ou ser achados incidentais. A diferenciação anatômica e a abordagem cirúrgica das Hérnias de Morgagni e Bochdalek seguem princípios distintos. Assinale a alternativa correta:

- (A) A Hérnia de Bochdalek é um defeito anterior retroesternal, enquanto a de Morgagni é póstero-lateral, sendo esta última associada à hipoplasia pulmonar grave no adulto.
- (B) A Hérnia de Morgagni é um defeito anterior, paraesternal (fenda de Larrey), mais comum à direita, contendo frequentemente o cólon transversal e omento; a correção cirúrgica é sempre indicada pelo risco de encarceramento, podendo ser feita via laparoscópica com redução e reparo do defeito com ou sem tela.
- (C) A correção da Hérnia de Morgagni deve ser feita exclusivamente por toracotomia, pois o saco herniário é aderente ao pericárdio, impedindo a abordagem abdominal.
- (D) As hérnias de Bochdalek no adulto são sempre sintomáticas e agudas, manifestando-se como obstrução gástrica, e o acesso de escolha é a toracotomia póstero-lateral esquerda de urgência.

### Questão 04

O protocolo CROSS estabeleceu um novo padrão para o tratamento do câncer de esôfago localmente avançado (T3 ou N+). Em um paciente com adenocarcinoma de esôfago distal, classificado como T3N1M0, a estratégia terapêutica recomendada e o benefício demonstrado pelo estudo são:

- (A) Radioterapia exclusiva em dose alta (60 Gy) como tratamento definitivo, reservando a cirurgia de resgate apenas para recidiva local.
- (B) Esofagectomia imediata seguida de quimioterapia adjuvante, pois a radioterapia pré-operatória aumenta inaceitavelmente a mortalidade pós-operatória por deiscência de anastomose.
- (C) Quimioterapia perioperatória (pré e pós) com esquema FLOT (5-FU, Leucovorin, Oxaliplatina, Docetaxel), sem radioterapia, pois o adenocarcinoma não é radiosensível.
- (D) Quimioterapia (Carboplatina e Paclitaxel) associada à Radioterapia (41.4 Gy) neoadjuvantes, seguidas de esofagectomia, resultando em aumento significativo da sobrevida global e altas taxas de resposta patológica completa em comparação à cirurgia isolada.

### Questão 05

A estenose traqueal pós-intubação é uma complicação iatrogênica que geralmente afeta a traqueia superior/subglótica. O tratamento definitivo para estenoses complexas (> 1 cm, circunferências, falha de dilatação) é a ressecção traqueal e anastomose término-terminal. Para realizar uma anastomose sem tensão (tension-free) após ressecar 3 a 4 cm de traqueia, a manobra de liberação supra-hioídea (Manobra de Montgomery) consiste em:

- (A) Flexão forçada da coluna cervical do paciente no pós-operatório mantida por "ponto de queixo" (mentosternal) por 7 a 10 dias.
- (B) Dissecção romba pré-traqueal até a carina e secção dos ligamentos pulmonares inferiores bilateralmente, permitindo a subida da carina.
- (C) Secção dos músculos da musculatura supra-hioídea (gênio-hioídeo, milo-hioídeo) e do corno maior do osso hioídeo, permitindo o rebaixamento da laringe em direção ao tórax.
- (D) Mobilização do hilo pulmonar direito através da secção do pericárdio ao redor das veias pulmonares (Manobra de intrapericardial release).

### Questão 06

A diferenciação entre transudato e exsudato é o primeiro passo na investigação de um derrame pleural. Os Critérios de Light são o padrão-ouro para essa classificação. Um paciente com insuficiência cardíaca e derrame pleural é submetido a toracocentese. A análise do líquido pleural revela: Proteína Pleural/Sérica = 0.4; LDH Pleural/Sérica = 0.7; LDH Pleural > 2/3 do limite superior do LDH sérico. Com base nesses dados, o diagnóstico e a fisiopatologia provável são:

- (A) Derrame Transudativo clássico da insuficiência cardíaca, pois a relação de proteína < 0.5 é o critério mais específico, devendo-se desconsiderar o LDH elevado pelo uso de diuréticos ("pseudo-exsudato").
- (B) Derrame Misto, exigindo biópsia pleural imediata para descartar neoplasia, dada a discordância entre proteína e LDH.
- (C) Quilotórax, indicado pelo LDH elevado devido à presença de linfócitos, necessitando dosagem de triglicerídeos.
- (D) Derrame Exsudativo, provavelmente secundário a uma causa concomitante (como pneumonia ou embolia pulmonar), pois, embora a relação de proteína seja de transudato, os critérios de LDH definem exsudato (regra do "ou").

### Questão 07

A Miastenia Gravis (MG) é uma síndrome paraneoplásica frequentemente associada aos Timomas. No entanto, o papel da timectomia varia conforme o cenário clínico. Em relação ao tratamento cirúrgico das patologias do timo e da miastenia, a conduta correta baseada no estudo MGTX é:

- (A) Em pacientes com Timoma irressecável (Invasão de grandes vasos), a citorredução cirúrgica (debulking) incompleta é recomendada para alívio dos sintomas miastênicos, seguida de radioterapia.
- (B) A timectomia só está indicada se houver evidência radiológica de Timoma; pacientes com Miastenia Gravis sem tumor (timo não-timomatoso) não se beneficiam da cirurgia e devem ser tratados apenas clinicamente.
- (C) A abordagem cirúrgica deve ser sempre a esternotomia mediana parcial, pois a videotoracoscopia (VATS) ou robótica tem taxas inaceitáveis de ressecção incompleta do tecido adiposo mediastinal.
- (D) A timectomia estendida (ressecção de todo o timo e gordura mediastinal anterior) é benéfica e indicada para pacientes com Miastenia Gravis generalizada com anticorpo anti-AChR positivo, mesmo na ausência de timoma (timo hiperplásico ou normal), melhorando o controle dos sintomas e reduzindo a dose de corticoides.

### Questão 08

O estadiamento invasivo do mediastino é obrigatório em cenários específicos de Câncer de Pulmão de Células Não Pequenas (CPCNP) antes da ressecção cirúrgica. Analise as afirmativas sobre as indicações de EBUS (Ultrassom Endobrônquico) ou Mediastinoscopia:

I. Pacientes com tumor periférico clínico T1aN0 (< 1 cm) à tomografia e PET-CT negativo no mediastino podem ser dispensados do estadiamento invasivo mediastinal, indo direto para cirurgia.

II. O estadiamento invasivo (EBUS ou Mediastinoscopia) está indicado se houver linfonodos mediastinais aumentados na TC (> 1 cm) ou ávidos no PET (N2 clínico), para confirmar a doença e guiar a neoadjuvância.

III. Em tumores centrais, tumores > 3 cm (T2), ou presença de linfonodos hilares N1 positivos no PET, o estadiamento invasivo do mediastino é recomendado mesmo se o mediastino parecer normal na imagem (N2 oculto).

Está correto o que se afirma em:

- (A) I e II, apenas.
- (B) II e III, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) I, II e III.

### Questão 09

Durante a ventilação monopulmonar (VMP) para uma lobectomia por vídeo, ocorre um desvio fisiológico (shunt) de sangue não oxigenado através do pulmão colapsado. O principal mecanismo compensatório intrínseco que minimiza esse shunt e mantém a oxigenação sistêmica, e o fator anestésico que pode inibi-lo, são respectivamente:

- (A) A broncoconstrição reflexa do pulmão não dependente, que impede a entrada de ar morto; inibida pelo uso de opioides em altas doses.
- (B) A Vasoconstrição Pulmonar Hipóxica (VPH), que desvia o fluxo sanguíneo do pulmão atelectasiado para o ventilado; este reflexo pode ser inibido por anestésicos inalatórios voláteis (halotranquilizantes) em concentrações superiores a 1 MAC e vasodilatadores como nitroglicerina.
- (C) O aumento do surfactante no pulmão dependente, que melhora a complacência; inibido pelo uso de bloqueadores neuromusculares adespolarizantes.
- (D) O fechamento do Forame Oval Patente devido ao aumento da pressão no átrio esquerdo; inibido pela hipovolemia intraoperatória.

### Questão 10

O manejo do empiema pleural é ditado pela sua fase evolutiva (fases I, II e III). Um paciente apresenta empiema pleural loculado (Fase II - Fibrinopurulenta), com septações visíveis à tomografia e encarceramento pulmonar incipiente, sem melhora após drenagem tubular simples e antibióticos. A conduta cirúrgica apropriada e eficaz para este estágio é:

- (A) Videotoracoscopia (VATS) para desbridamento das septações, lise de aderências e decorticação pulmonar precoce, permitindo a reexpansão pulmonar completa.
- (B) Troca do dreno torácico por um de maior calibre e instilação intrapleural de fibrinolíticos (alteplase/DNAse) por 14 dias antes de considerar cirurgia, visto que a penetração química é superior à mecânica na fase de fibrina.
- (C) Toracotomia póstero-lateral para pleuropneumonectomia extrapleural, visando remover todo o foco infeccioso e o pulmão doente.
- (D) Pleurostomia aberta (resseção de costela e manutenção de estoma) para drenagem crônica, pois a decorticação tem risco inaceitável de sangramento e fístula aérea nesta fase.

### Questão 11

Um paciente com história de tuberculose tratada há 10 anos apresenta hemoptise recorrente. A tomografia mostra uma cavidade de paredes finas no lobo superior direito contendo uma massa sólida móvel ("sinal do crescente gasoso" ou "sinal do monólito"). Assim, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico provável e a indicação cirúrgica principal.

- (A) Carcinoma espinocelular escavado; a cirurgia é indicada apenas se não houver metástases a distância, mas a mobilidade da massa descarta neoplasia.
- (B) Aspergiloma (Bola Fúngica) colonizando uma caverna tuberculosa; a cirurgia (lobectomia) é indicada preferencialmente para pacientes sintomáticos (hemoptise), devido ao risco de hemoptise maciça fatal e baixa resposta a antifúngicos sistêmicos.
- (C) Reativação de Tuberculose (Caverna ativa); a cirurgia é indicada imediatamente para evitar disseminação bacilífera, associada ao esquema RIPE.
- (D) Abscesso pulmonar crônico por anaeróbios; a cirurgia é contraindicada, devendo-se realizar drenagem percutânea guiada por TC (Pneumostomia).

### Questão 12

O Pneumotórax Espontâneo Primário (PEP) tem altas taxas de recidiva. As diretrizes da British Thoracic Society (BTS) e da American College of Chest Physicians (ACCP) estabelecem indicações claras para intervenção cirúrgica (VATS com bullectomia e pleurodese). Registre V, para as afirmativas verdadeiras, e F, para as falsas, sobre as indicações cirúrgicas:

( ) A cirurgia está indicada no primeiro episódio de PEP se houver fuga aérea persistente (fístula broncopulmonar) por mais de 3 a 5 dias, ou se o paciente tiver profissão de risco (piloto de avião, mergulhador).

( ) O segundo episódio de pneumotórax ipsilateral (recidiva) é uma indicação absoluta de cirurgia definitiva.

( ) O primeiro episódio de pneumotórax contralateral (história prévia de pneumotórax no outro pulmão) não requer cirurgia, podendo ser tratado apenas com drenagem, pois o risco de pneumotórax bilateral simultâneo é desprezível.

( ) A presença de hemoneumotórax espontâneo significativo no primeiro episódio é uma indicação cirúrgica para hemostasia e prevenção de recidiva.

Após análise, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta dos itens acima, de cima para baixo:

- (A) V, V, V, F.
- (B) F, V, F, V.
- (C) V, V, F, V.
- (D) V, F, V, F.

### Questão 13

A lesão traumática fechada da aorta (Blunt Traumatic Aortic Injury - BTAI) ocorre tipicamente no istmo aórtico, logo após a emergência da subclávia esquerda. Em um paciente diagnosticado com BTAI Grau III (pseudoaneurisma) pela angiotomografia, que se encontra hemodinamicamente estável e sem outras lesões abdominais cirúrgicas, a conduta terapêutica padrão-ouro atual é:

- (A) Reparo aberto via esternotomia mediana com parada circulatória total e hipotermia profunda, para inspeção do arco aórtico e vasos do pescoço.
- (B) Tratamento Endovascular da Aorta Torácica (TEVAR) nas primeiras 24 horas, mantendo controle rigoroso da frequência cardíaca (beta-bloqueadores) e pressão arterial ("terapia anti-impulso") até o procedimento.
- (C) Conduta expectante com repetição da tomografia em 48 horas, pois pseudoaneurismas traumáticos de istmo tendem a trombosar e cicatrizar espontaneamente com o controle pressórico.
- (D) Toracotomia posterolateral esquerda imediata para reparo aberto com interposição de enxerto de Dacron, sob circulação extracorpórea parcial (bypass átrio-femoral), devido à durabilidade superior a longo prazo.

### Questão 14

Um paciente com ferimento por arma branca no 5º espaço intercostal esquerdo apresenta hemotórax. Após drenagem torácica tubular fechada, observa-se a saída imediata de 1.200 mL de sangue, seguida de cessação abrupta da drenagem. O paciente permanece taquicárdico (FC 110 bpm) e hipotenso (PA 90/60 mmHg), e a radiografia de controle mostra velamento persistente do hemitórax esquerdo ("hemotórax retido/coagulado"). Assinale a conduta adequada.

- (A) Inserção de um segundo dreno de tórax mais posterior e de maior calibre para garantir a drenagem completa, antes de indicar qualquer procedimento cirúrgico.
- (B) Toracotomia exploradora (ou VATS, se houver estabilidade e expertise), pois a cessação da drenagem com instabilidade e imagem de velamento sugere obstrução do dreno por coágulos (hemotórax coagulado) e sangramento ativo contínuo não monitorado.
- (C) Lavagem do dreno com soro fisiológico e alteplase (trombolítico) para desobstrução, mantendo o paciente em observação na UTI por 24 horas.
- (D) Realização de autotransfusão do sangue drenado e aguardar a estabilização hemodinâmica espontânea, assumindo que a parada da drenagem indica hemostasia.

### Questão 15

O conhecimento preciso do estadiamento linfonodal é crucial para o tratamento do câncer de pulmão. A International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) define mapas nodais específicos. Sobre a anatomia cirúrgica das cadeias linfonodais mediastinais, a definição anatômica correta que delimita a estação 4R (paratraqueal inferior direita) e a diferença da estação 10R (hilar direita) é:

- (A) A artéria pulmonar direita; linfonodos anteriores à artéria são 10R e posteriores são 4R, baseando-se no plano vascular.
- (B) A borda inferior da veia ázigos; linfonodos acima dessa borda são 4R (mediastinais) e abaixo são 10R (hiliares), sendo esta distinção vital pois altera o estadiamento de N2 para N1.
- (C) O tronco braquiocefálico venoso esquerdo; linfonodos abaixo do cruzamento venoso são 4R e acima são 2R (paratraqueais superiores).
- (D) A carina traqueal; linfonodos acima da carina são 4R e abaixo são 7 (subcarinais), não havendo relação com a veia ázigos.

### Questão 16

Durante uma lobectomia superior esquerda por videotoracoscopia (VATS), ocorre uma lesão acidental de 5 mm na artéria pulmonar principal, resultando em sangramento profuso que inunda o campo operatório e dificulta a visualização. O paciente mantém-se hemodinamicamente estável inicialmente. Assinale a alternativa que apresenta a sequência de manobras de "catástrofe vascular" adequada para o controle seguro da situação.

- (A) Realizar a ligadura em bloco de todo o hilo pulmonar com um endoloop de emergência, sacrificando o lobo para salvar a vida do paciente, sem tentar reparo vascular.
- (B) Aumentar a pressão do pneumotórax para 20 mmHg para tamponar o vaso, aspirar o sangue rapidamente e tentar aplicar um clipe ou grampeador vascular na área estimada da lesão.
- (C) Converter imediatamente para toracotomia anterolateral de urgência sem tentar compressão prévia, pois a velocidade de abertura é o único fator determinante de sobrevivência.
- (D) Aplicar compressão direta com uma gaze montada ou compressa sobre o local do sangramento para hemostasia temporária, manter a calma, solicitar material de conversão para toracotomia aberta (se não for possível o reparo vídeo-assistido) e não tentar clipear às cegas no meio do sangue ("no see, no clip").

### Questão 17

A herniação cardíaca é uma complicação rara e fatal após pneumonectomia intrapericárdica (onde o pericárdio foi aberto e não fechado/reconstruído). O quadro clínico agudo de herniação cardíaca à direita e à esquerda difere. A apresentação clínica clássica que exige reexploração imediata é:

- (A) Na herniação à direita, o coração comprime o pulmão esquerdo, causando insuficiência respiratória; à esquerda, o coração cai no espaço pleural vazio e causa tamponamento.
- (B) A herniação cardíaca causa hipertensão arterial severa devido à compressão da aorta torácica contra a coluna vertebral.
- (C) Na herniação à direita, ocorre torção da junção atriocava, levando à Síndrome da Veia Cava Superior aguda e baixo débito (choque) súbito; na esquerda, ocorre estrangulamento ventricular pela borda pericárdica, causando isquemia miocárdica e choque cardiogênico.
- (D) A herniação ocorre apenas tardiamente (meses após a cirurgia) e se manifesta como arritmia crônica, tratada com amiodarona.

### Questão 18

A Síndrome de Boerhaave (ruptura espontânea do esôfago) é uma emergência cirúrgica com alta mortalidade se não tratada precocemente. Considere um paciente com diagnóstico confirmado de ruptura do esôfago distal, ocorrida há 12 horas, com vazamento de contraste livre para o mediastino e pleura esquerda, apresentando sepse inicial. Assinale a conduta cirúrgica de escolha.

- (A) Esofagectomia subtotal com esofagostomia cervical e jejunostomia de alimentação, deixando a reconstrução para um segundo tempo, dado o tempo de evolução > 6 horas.
- (B) Colocação de stent esofágico autoexpansível por endoscopia para selar a fístula, evitando a toracotomia em ambiente contaminado.
- (C) Tratamento conservador com drenagem torácica, antibióticos de amplo espectro e jejum absoluto, reservando a cirurgia apenas para falha do tratamento clínico (mediastinite necrosante).
- (D) Toracotomia esquerda, lavagem exaustiva do mediastino/pleura, rafia primária da lesão esofágica com reforço de tecido vascularizado (retalho de pleura, intercostal ou diafragma) e drenagem ampla.

### Questão 19

A avaliação funcional pré-operatória visa estimar o risco de morbimortalidade e a qualidade de vida pós-pneumonectomia ou lobectomia. Analise as afirmativas sobre os critérios de operabilidade baseados nas diretrizes da ERS/ESTS:

I. Pacientes com VEF1 (Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo) e DLCO (Capacidade de Difusão do Monóxido de Carbono) pré-operatórios superiores a 80% do predito podem ser submetidos à pneumonectomia sem necessidade de testes de exercício adicionais.

II. Se o VEF1 ou a DLCO estimados para o pós-operatório (ppo-VEF1 ou ppo-DLCO) forem inferiores a 30%, o paciente é considerado de altíssimo risco cirúrgico, devendo-se priorizar o tratamento não cirúrgico ou realizar teste de consumo de oxigênio (VO<sub>2</sub> máx) para decisão final.

III. Um VO<sub>2</sub> máx (consumo máximo de oxigênio) inferior a 10 mL/kg/min ou < 35% do predito no teste ergométrico cardiopulmonar indica contra-indicação formal para ressecções pulmonares maiores devido à alta mortalidade perioperatória.

Está correto o que se afirma em:

- (A) I, II e III.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.

## Questão 20

O sistema de drenagem torácica em selo d'água baseia-se em princípios físicos para permitir a saída de ar/líquido e impedir o retorno. Sobre o manejo do dreno e o uso de sucção (aspiração negativa), registre V, para as afirmativas verdadeiras, e F, para as falsas:

( ) O selo d'água funciona como uma válvula unidirecional; durante a inspiração espontânea (pressão intrapleural negativa), a coluna de água sobe no tubo mergulhado, impedindo a entrada de ar atmosférico na pleura.

( ) A aplicação de sucção contínua (-20 cmH<sub>2</sub>O) é mandatória em todos os casos de pós-operatório de lobectomia desde a saída da sala até a remoção do dreno, para garantir a aposição pleural.

( ) A presença de borbulhamento no frasco de selo d'água durante a tosse ou manobra de Valsalva indica a presença de fístula aérea (fuga aérea) ativa entre o pulmão e o espaço pleural.

( ) Para remover o dreno torácico, o paciente deve ser orientado a realizar uma inspiração profunda e sustentar (apneia inspiratória) ou expiração forçada (Valsalva), visando aumentar a pressão intrapleural ou estabilizar o diafragma para evitar entrada de ar (pneumotórax ex vacuo) durante a retirada.

Após análise, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta dos itens acima, de cima para baixo:

- (A) V, F, V, V.
- (B) F, V, F, V.
- (C) V, F, F, V.
- (D) V, V, V, F.

## Questão 21

A espirometria é fundamental para o diagnóstico dos distúrbios ventilatórios. A distinção entre um distúrbio obstrutivo e um distúrbio restritivo baseia-se na relação VEF1/CVF (Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo / Capacidade Vital Forçada) e na CVF. O critério espirométrico que define a presença de um Distúrbio Ventilatório Obstrutivo (DVO), segundo as diretrizes brasileiras e internacionais (GOLD/ATS), é a redução da relação VEF1/CVF. À luz dos critérios espirométricos adotados pelas diretrizes brasileiras e internacionais para distúrbio ventilatório obstrutivo, assinale a alternativa correta.

- (A) A redução isolada da CVF, com relação VEF1/CVF normal ou elevada, define o DVO, pois indica que o paciente não consegue expirar todo o ar devido ao fechamento precoce das vias aéreas.
- (B) A presença de uma relação VEF1/CVF normal exclui completamente a possibilidade de doença obstrutiva de pequenas vias aéreas, pois esta região não influencia os fluxos expiratórios forçados.
- (C) O aumento do VEF1 após o uso de broncodilatador em 200 mL e 12% em relação ao valor basal é critério obrigatório para o diagnóstico de DVO, indicando reversibilidade.
- (D) A presença de uma relação VEF1/CVF abaixo do Limite Inferior da Normalidade (LIN) ou < 0,70 (pós-broncodilatador) confirma a obstrução ao fluxo aéreo, devendo-se classificar a gravidade pelo valor percentual do VEF1 em relação ao previsto.

## Questão 22

O manejo do pneumotórax espontâneo primário (PEP) depende do tamanho e dos sintomas. Um paciente jovem, longilíneo, apresenta-se com dor torácica súbita e dispnéia leve. O RX de tórax mostra um pneumotórax apical pequeno (< 2-3 cm de distância entre a pleura visceral e a parede torácica no ápice). Qual é a conduta inicial recomendada pelas diretrizes (ex: BTS/ACCP)?

- (A) Toracoscopia vídeo-assistida (VATS) de urgência para bulectomia e pleurectomia, visto que a taxa de recidiva no primeiro episódio é superior a 80%.
- (B) Observação clínica com oxigenoterapia suplementar (se houver hipoxemia ou para acelerar a reabsorção) e repetição do RX em 4-6 horas; se estável e sem aumento, pode-se considerar alta com seguimento ambulatorial precoce.
- (C) Aspiração manual com agulha (toracocentese) como primeira linha, seguida de pleurodese química para evitar recorrência no primeiro episódio.
- (D) Drenagem torácica imediata com dreno de grosso calibre (> 20 Fr), pois todo pneumotórax espontâneo tem risco de evoluir para hipertensivo.

### Questão 23

A estenose traqueal pós-intubação é uma complicação iatrogênica causada pela isquemia da mucosa traqueal devido à pressão excessiva do balonete (cuff) do tubo orotraqueal. Qual é o sintoma clínico principal que, muitas vezes, é confundido com asma ou DPOC, retardando o diagnóstico, e qual o achado característico na curva fluxo-volume da espirometria?

- (A) Tosse produtiva crônica; a espirometria mostra padrão restritivo puro com redução da CVF.
- (B) Hemoptise maciça; a espirometria mostra aumento dos fluxos expiratórios finais.
- (C) Dispneia aos esforços e estridor (ou "chiado" fixo) inspiratório e expiratório; a espirometria mostra achatamento das alças inspiratória e expiratória (padrão de obstrução fixa de via aérea superior/central).
- (D) Rouquidão isolada; a espirometria é normal, pois a estenose é supraglótica.

### Questão 24

A classificação histológica do câncer de pulmão divide os tumores em Pequenas Células (SCLC) e Não Pequenas Células (NSCLC). Sobre o Carcinoma de Pequenas Células (Oat Cell), analise as afirmativas.

I.É um tumor neuroendócrino de comportamento biológico muito agressivo, com tempo de duplicação rápido e alta propensão a metástases precoces.

II.Na maioria dos casos, apresenta-se como doença disseminada ao diagnóstico, sendo o tratamento cirúrgico raramente indicado (apenas em estágio I muito inicial).

III.É altamente sensível à quimioterapia e radioterapia inicial, apresentando altas taxas de resposta objetiva, embora a recidiva seja frequente e o prognóstico a longo prazo seja reservado.

Está correto o que se afirma em:

- (A) I e III, apenas.
- (B) II e III, apenas.
- (C) I, II e III.
- (D) I e II, apenas.

### Questão 25

A Pneumonite de Hipersensibilidade (Alveolite Alérgica Extrínseca) é uma doença imunológica causada pela inalação de antígenos orgânicos. Sobre a forma crônica e seu diagnóstico, analise as afirmativas.

I.A TCAR de tórax na fase crônica pode mostrar sinais de fibrose (reticulação), mas frequentemente preserva as bases ("poupa bases") e apresenta áreas de aprisionamento aéreo e vidro fosco associadas, com distribuição broncocêntrica ou subpleural (padrão "upper-lobe predominant fibrosis"). (Correção: a PH crônica fibrosante muitas vezes tem distribuição peribroncovascular ou difusa, podendo poupar bases, diferente da FPI que é basal. O aprisionamento aéreo é chave).

II.O "Pulmão do Fazendeiro" (antígenos de feno mofado/Saccharopolyspora rectivirgula) e o "Pulmão do Criador de Aves" (proteínas aviárias) são exemplos clássicos.

III.O achado histopatológico característico, quando a biópsia é necessária, é a presença de granulomas mal formados (não caseosos) peribronquiolares, infiltrado linfocitário intersticial e bronquiolite celular.

Está correto o que se afirma em:

- (A) I e II, apenas.
- (B) I, II e III.
- (C) II e III, apenas.
- (D) I e III, apenas.

## Questão 26

A Fibrose Cística (FC) é uma doença genética multissistêmica causada por mutações no gene CFTR. A disfunção deste canal de cloreto leva à desidratação das secreções das vias aéreas, infecção crônica e inflamação. O diagnóstico definitivo baseia-se na clínica e na demonstração da disfunção do CFTR. Com relação aos critérios diagnósticos da fibrose cística, assinale a alternativa correta.

- (A) O Teste do Suor (dosagem de cloreto no suor) é o padrão-ouro para o diagnóstico; valores de cloreto  $\geq 60$  mmol/L em duas dosagens confirmam o diagnóstico, enquanto valores  $< 30$  mmol/L tornam a FC improvável.
- (B) A triagem neonatal (Teste do Pezinho) com a dosagem da Tripsina Imunorreativa (IRT) confirma o diagnóstico de FC se estiver elevada, dispensando a realização do teste do suor ou genética.
- (C) A presença de bronquiectasias em lobos inferiores e a colonização precoce por *Burkholderia cepacia* são os achados radiológicos e microbiológicos patognomônicos que, isoladamente, confirmam a doença em adultos.
- (D) A mutação F508del é a mais comum, mas está associada a uma forma leve da doença com suficiência pancreática, não causando doença pulmonar grave.

## Questão 27

A Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR) do tórax é o padrão-ouro para avaliação das doenças pulmonares intersticiais e das pequenas vias aéreas. O padrão de atenuação em "mosaico" na TCAR pode representar diferentes processos fisiopatológicos, exigindo a realização de aquisições adicionais para o diagnóstico diferencial. A manobra de aquisição em expiração forçada é essencial para diferenciar o aprisionamento aéreo de outras causas de atenuação em mosaico. Com base na interpretação do padrão de atenuação em mosaico na TCAR e no papel das aquisições em expiração forçada, assinale a alternativa correta.

- (A) O padrão de mosaico causado por doença intersticial infiltrativa (vidro fosco) apresenta-se como áreas de baixa atenuação que desaparecem na expiração, indicando que o pulmão é normal nessas regiões.
- (B) A manobra expiratória é útil apenas para confirmar colapso traqueobrônquico (traqueomalácia), não tendo utilidade na diferenciação de padrões parenquimatosos de atenuação em mosaico.
- (C) Se as áreas de baixa atenuação (mais escuras) na fase inspiratória não aumentarem sua densidade (não ficarem mais brancas) na fase expiratória, confirma-se o diagnóstico de aprisionamento aéreo, sugerindo doença de pequenas vias aéreas (bronquiolite) ou vascular.
- (D) Se as áreas de baixa atenuação na fase inspiratória aumentarem sua densidade (ficarem mais brancas) na fase expiratória, confirma-se o diagnóstico de doença vascular oclusiva crônica, como na hipertensão pulmonar tromboembólica crônica.

## Questão 28

A Sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica de causa desconhecida. O comprometimento pulmonar é muito frequente. Sobre o estadiamento radiológico (Scadding) e manifestações, assinale a alternativa correta.

- (A) O acometimento cardíaco é raro ( $< 1\%$ ) e benigno, não exigindo investigação específica em pacientes assintomáticos do ponto de vista cardiovascular.
- (B) A presença de granulomas não caseosos na biópsia transbrônquica é patognomônica de sarcoidose, dispensando a exclusão de outras causas de granuloma como tuberculose ou fungos.
- (C) O Estádio IV representa a forma aguda da doença, com eritema nodoso e artrite (Síndrome de Löfgren), que evolui rapidamente para fibrose se não tratada.
- (D) O Estádio I de Scadding é caracterizado por linfadenopatia hilar bilateral e simétrica, sem alterações no parênquima pulmonar; nesta fase, muitos pacientes são assintomáticos e podem ter remissão espontânea.

### Questão 29

Sobre o tratamento da Tuberculose (TB) sensível em adultos e o manejo de seus efeitos adversos, registre V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

( ) O esquema básico consiste em 2 meses de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol (fase intensiva), seguidos por 4 meses de Rifampicina e Isoniazida (fase de manutenção).

( ) A Isoniazida é a droga do esquema que mais frequentemente causa neurite óptica (alteração da discriminação de cores e acuidade visual), exigindo suspensão imediata.

( ) Em caso de hepatotoxicidade grave (TGO/TGP > 5x o limite superior ou > 3x com sintomas), o esquema deve ser suspenso até a normalização das enzimas, e a reintrodução deve ser feita droga a droga, começando pelas menos hepatotóxicas (Etambutol) e depois Rifampicina, Isoniazida e por último a Pirazinamida.

( ) A Pirazinamida é contraindicada na gestação devido ao alto risco de teratogenicidade, devendo ser substituída por Levofloxacino.

Assinale a sequência correta:

- (A) F, V, F, V.
- (B) V, F, V, F.
- (C) V, V, F, V.
- (D) F, F, V, F.

### Questão 30

A fumaça do cigarro causa dano pulmonar através de múltiplos mecanismos, levando à DPOC. Qual é a teoria fisiopatológica central que explica a destruição da matriz extracelular e o enfisema pulmonar em fumantes?

- (A) Hipertrofia da musculatura lisa brônquica mediada por IgE, semelhante à asma alérgica.
- (B) Disfunção ciliar primária genética exacerbada pelo calor da fumaça, levando ao acúmulo de muco sem inflamação.
- (C) Desequilíbrio Protease-Antiprotease: o estresse oxidativo do cigarro recruta neutrófilos e macrófagos que liberam proteases (elastase, metaloproteinases), e simultaneamente inativa as antiproteases (como a alfa-1 antitripsina), resultando na digestão da elastina alveolar.
- (D) Deposição de complexos imunes na membrana basal alveolar (hipersensibilidade tipo III), causando fibrose.

### Questão 31

A hipercalcemia da malignidade é uma síndrome paraneoplásica frequente no câncer de pulmão. Qual é o tipo histológico mais comumente associado a esta complicação e qual o mecanismo fisiopatológico principal?

- (A) Carcinoma Epidermoide (Espinocelular); produção de Peptídeo Relacionado ao Paratormônio (PTHrP), que atua nos receptores ósseos e renais aumentando o cálcio sérico.
- (B) Carcinoma de Pequenas Células (Oat Cell); produção ectópica de Paratormônio (PTH) intacto.
- (C) Adenocarcinoma; produção de 1,25-dihidroxitamina D (Calcitriol) pelas células tumorais.
- (D) Carcinoma de Grandes Células; metástases ósseas líticas extensas, sendo o mecanismo humoral raro.

### Questão 32

A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) é a forma mais comum e grave de pneumonia intersticial idiopática. O diagnóstico preciso é fundamental para o início da terapia antifibrótica. O padrão tomográfico (TCAR) e/ou histopatológico que define a FPI é:

- (A) Padrão de Pneumonia Intersticial Não Específica (NSIP), caracterizado por vidro fosco extenso e homogêneo, com preservação subpleural imediata.
- (B) Padrão de Pneumonia Intersticial Usual (UIP), caracterizado por reticulação, bronquiolectasias de tração e, obrigatoriamente, faveolamento (honeycombing) com distribuição basal e subpleural, na ausência de características atípicas (ex: vidro fosco extenso, nódulos).
- (C) Padrão de Pneumonia em Organização (OP), com consolidações peribrônquicas e subpleurais migratórias.
- (D) Padrão de Pneumonia Intersticial Descamativa (DIP), associada ao tabagismo, com vidro fosco difuso e cistos de paredes finas.

### Questão 33

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. A dependência à nicotina é uma doença crônica. O Teste de Fagerström é utilizado para avaliar o grau de dependência física à nicotina. Qual das perguntas abaixo compõe este teste e tem maior peso na pontuação, indicando maior dependência?

- (A) Você fuma cigarros com filtro ou sem filtro?
- (B) Quantos cigarros você fuma por semana?
- (C) Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro? (Fumar nos primeiros 5 minutos indica dependência muito alta).
- (D) Você traga a fumaça ou apenas a mantém na boca?

### Questão 34

A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) grave exige manejo imediato. O escore CURB-65 é uma ferramenta prognóstica validada. Um paciente de 75 anos, lúcido, com frequência respiratória de 32 irpm, pressão arterial de 100/60 mmHg e ureia de 60 mg/dL, apresenta qual pontuação no CURB-65 e qual o local de tratamento recomendado?

- (A) Pontuação 3 (Ureia > 50 [1] + Frequência Respiratória  $\geq$  30 [1] + Idade  $\geq$  65 [1]); indicado internamento, devendo-se considerar a admissão em UTI.
- (B) Pontuação 1 (Idade [1]); tratamento ambulatorial com antibiótico oral é seguro.
- (C) Pontuação 4 (Confusão [0] + Ureia [1] + Respiração [1] + Pressão [0] + Idade [1] - erro na soma, mas considerando a gravidade); indicado UTI imediata com ventilação mecânica.
- (D) Pontuação 2 (Frequência Respiratória [1] + Idade [1]); indicado tratamento ambulatorial supervisionado ou internação breve.

### Questão 35

A Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PCP) é uma infecção definidora de AIDS. Sobre o diagnóstico e tratamento, analise as afirmativas.

I. A hipoxemia com aumento do gradiente alvéolo-arterial de oxigênio e a elevação da desidrogenase láctica (LDH) são achados laboratoriais característicos, embora inespecíficos.

II. O tratamento de primeira linha é o Sulfametoxazol-Trimetoprima (SMX-TMP) em doses altas, e o uso adjuvante de corticoides está indicado em casos moderados a graves ( $PaO_2 < 70$  mmHg em ar ambiente) para prevenir a piora respiratória inicial.

III. A profilaxia primária com SMX-TMP está indicada para todos os pacientes HIV positivos com contagem de CD4 < 200 células/mm<sup>3</sup> ou candidíase oral.

Está correto o que se afirma em:

- (A) II e III, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I, II e III.
- (D) I e III, apenas.

### Questão 36

A Hipertensão Pulmonar (HP) é classificada em 5 grupos clínicos pela OMS/Dana Point. O Grupo 1 (Hipertensão Arterial Pulmonar - HAP) inclui a forma idiopática, hereditária e associada a doenças do tecido conjuntivo. O tratamento específico (vasodilatadores pulmonares) é indicado para este grupo. Qual das opções abaixo é uma terapia específica aprovada para HAP que atua na via da endotelina?

- (A) Riociguat, que é um estimulador da Guanilato Ciclase solúvel, indicado para HP tromboembólica crônica.
- (B) Epoprostenol ou Iloprost, que são análogos da Prostaciclina, potentes vasodilatadores e antiagregantes.
- (C) Sildenafil ou Tadalafila, que são inibidores da Fosfodiesterase-5, atuando na via do Óxido Nítrico/GMPc.
- (D) Bosentana, Ambrisentana ou Macitentan (Antagonistas dos Receptores de Endotelina), que bloqueiam a vasoconstrição e proliferação vascular mediadas pela endotelina-1.

### Questão 37

A Insuficiência Respiratória Aguda pode ser classificada em Tipo I (Hipoxêmica) e Tipo II (Hiperclórica). Sobre os mecanismos fisiopatológicos, marque V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

( ) O Distúrbio Ventilação-Perfusão (V/Q), especificamente o efeito shunt (áreas perfundidas mas mal ventiladas), é o principal mecanismo da hipoxemia na pneumonia e no edema pulmonar, e responde bem à suplementação de oxigênio (exceto no shunt verdadeiro/total).

( ) A Hipoventilação Alveolar pura causa hipoxemia associada à hipercapnia (aumento da  $PaCO_2$ ), com gradiente alvéolo-arterial de oxigênio ( $P(A-a)O_2$ ) normal, sendo típica de overdose de opioides ou doenças neuromusculares.

( ) O Shunt intrapulmonar verdadeiro ( $V/Q = 0$ ), como na atelectasia completa ou consolidação maciça, caracteriza-se por hipoxemia refratária que corrige completamente com oferta de 100% de oxigênio.

( ) A alteração da Difusão é o mecanismo principal da hipoxemia em repouso na asma e na DPOC leve.

Assinale a sequência correta:

- (A) V, V, F, F.
- (B) F, V, F, V.
- (C) V, V, V, V.
- (D) V, F, V, F.

### Questão 38

A ventilação protetora é o padrão de cuidado na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) para evitar a lesão pulmonar induzida pelo ventilador (VILI). Quais são os parâmetros-alvo recomendados pelo protocolo ARDSNet (Arma trial) para ventilação de pacientes com SDRA?

- (A) Volume corrente de 6 ml/kg de peso predito; PEEP zero (ZEEP) para evitar sobredistensão; Pressão de Platô livre.
- (B) Volume corrente de 4 a 6 ml/kg de peso predito (ideal); Pressão de Platô  $\leq 30$  cmH<sub>2</sub>O; hipercapnia permissiva é tolerada (desde que pH > 7,20-7,25).
- (C) Volume controlado por pressão com volumes variáveis; alvo de saturação de oxigênio 100%.
- (D) Volume corrente de 10 a 12 ml/kg de peso real; Pressão de Pico  $\leq 40$  cmH<sub>2</sub>O; normocapnia obrigatória.

### Questão 39

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) caracteriza-se por episódios recorrentes de colapso da via aérea superior durante o sono. O diagnóstico polissonográfico baseia-se no Índice de Apneia-Hipopneia (IAH). Qual é o critério para diagnóstico de SAOS e indicação de tratamento com CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas) em pacientes sintomáticos?

- (A) IAH  $\geq 30$  eventos/hora é o único critério para diagnóstico; casos leves não são considerados doença.
- (B) IAH entre 1 e 4 eventos/hora já indica SAOS leve, devendo ser tratado com cirurgia de uvulopalatofaringoplastia.
- (C) IAH  $\geq 5$  eventos/hora associado a sintomas (sonolência, comorbidades) ou IAH  $\geq 15$  eventos/hora independente de sintomas; o CPAP é o tratamento padrão-ouro para casos moderados a graves.
- (D) A oximetria noturna isolada com dessaturação < 90% é suficiente para indicar CPAP, dispensando a polissonografia em todos os casos.

### Questão 40

As massas do mediastino anterior em adultos têm um diagnóstico diferencial clássico conhecido como "os 4 Ts". Dentre as opções abaixo, qual representa corretamente as principais etiologias encontradas neste compartimento?

- (A) Teratoma, Tumor neurogênico (neurinoma), Tireoide e Tumor de Pancoast.
- (B) Timoma, Teratoma (e outros tumores de células germinativas), Tireoide (bócio mergulhante) e "Terrível" Linfoma.
- (C) Timoma, Tumor de células gigantes, Tumor carcinoide e Tireoidite.
- (D) Timoma, Tuberculose (adenopatia), Tromboembolismo e Tumor de Esôfago.

### Questão 41

A avaliação combinada da DPOC (GOLD ABCD ou ABE) considera a gravidade da obstrução, os sintomas e o histórico de exacerbações para guiar o tratamento farmacológico inicial. Considere um paciente com VEF1 45% do previsto (GOLD 3), CAT score 18 (muito sintomático) e histórico de 2 exacerbações moderadas (tratadas com antibiótico/corticoide oral) no último ano. Qual é a classificação (GOLD 2023/ABE) e a terapia farmacológica inicial recomendada para este paciente de alto risco?

- (A) Grupo E (Exacerbador); a terapia inicial recomendada é a associação de LABA + LAMA (Broncodilatadores de longa ação), podendo-se considerar a terapia tripla (LABA + LAMA + CI) se houver eosinofilia sanguínea  $\geq 300$  células/ $\mu$ L.
- (B) Grupo C; a terapia inicial deve ser Corticoide Inalatório (CI) + LABA, devido ao histórico de exacerbações, evitando-se o uso de LAMA isolado.
- (C) Grupo A; a terapia inicial deve ser um broncodilatador de curta ação (SABA ou SAMA) apenas sob demanda, pois o paciente já está adaptado à sua limitação funcional.
- (D) Grupo B; a terapia inicial deve ser apenas um broncodilatador de longa ação (LABA ou LAMA) em monoterapia, pois o VEF1 não influencia a escolha da classe farmacológica.

### Questão 42

Sobre as bronquiectasias não fibrocísticas, analise as afirmativas a seguir.

I.A colonização crônica por *Pseudomonas aeruginosa* é um marcador de gravidade, estando associada a declínio acelerado da função pulmonar, maior frequência de exacerbações e pior qualidade de vida.

II.A etiologia pós-infecciosa (sequela de tuberculose ou pneumonia grave na infância) é uma das causas mais comuns em países em desenvolvimento, apresentando-se frequentemente nos lobos superiores (TB) ou inferiores (pneumonia).

III.O uso de macrolídeos (azitromicina) em longo prazo (3 vezes por semana) é indicado para pacientes com exacerbações frequentes ( $\geq 3$ /ano) apesar do manejo otimizado, devido às suas propriedades imunomoduladoras e anti-inflamatórias, e não apenas antibacterianas.

Está correto o que se afirma em:

- (A) II e III, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) I, II e III.

### Questão 43

A estratificação de risco no Tromboembolismo Pulmonar (TEP) agudo define a conduta (tratamento ambulatorial, internação ou trombólise). Um paciente normotenso, mas com sinais de disfunção de ventrículo direito (VD) ao ecocardiograma e elevação de troponina, é classificado como:

- (A) TEP de Baixo Risco; o tratamento pode ser realizado ambulatorialmente com anticoagulantes orais diretos (DOACs), pois a pressão arterial está normal.
- (B) TEP de Alto Risco (Maciço); o tratamento mandatório é a trombólise sistêmica imediata (Alteplase), independente da pressão arterial, para salvar o ventrículo direito.
- (C) TEP de Risco Intermediário-Alto (Submaciço); o tratamento é anticoagulação plena (heparina) com monitorização intensiva para sinais de descompensação, podendo-se considerar trombólise de resgate se houver deterioração hemodinâmica.
- (D) TEP Crônico Hipertensivo; o tratamento é a endarterectomia pulmonar cirúrgica, pois a disfunção de VD indica cronicidade.

### Questão 44

Na Asma Grave não controlada (Etapa 5 GINA) com fenótipo eosinofílico (Eosinófilos  $> 150-300/\mu\text{L}$ ) e exacerbações frequentes, a terapia biológica com anticorpos monoclonais alvo-específicos revolucionou o tratamento. Qual das opções abaixo representa um anticorpo monoclonal anti-IL-5 (ou anti-receptor de IL-5) aprovado para reduzir exacerbações neste fenótipo específico?

- (A) Omalizumabe (anti-IgE), que é específico apenas para asma alérgica com IgE elevada, não eosinofílica pura.
- (B) Dupilumabe (anti-IL-4/IL-13), que atua na via Th2, mas não especificamente na IL-5.
- (C) Mepolizumabe ou Benralizumabe.
- (D) Tezepelumabe (anti-TSLP), que atua no topo da cascata inflamatória, mas não é um anti-IL-5 direto.

### Questão 45

A Ventilação Não Invasiva (VNI) com pressão positiva é a primeira linha de tratamento para certas causas de insuficiência respiratória aguda, reduzindo a necessidade de intubação e a mortalidade. No entanto, sua aplicação na Insuficiência Respiratória Hipoxêmica de novo (ex: pneumonia grave, SDRA) é controversa e exige monitorização estrita. O principal risco do uso prolongado de VNI em pacientes hipoxêmicos com drive respiratório elevado e volumes correntes altos é a lesão pulmonar auto-infringida (P-SILI). À luz dessas considerações sobre o uso de VNI na insuficiência respiratória hipoxêmica aguda, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de VNI é formalmente contraindicado em pacientes com Edema Agudo de Pulmão Cardiogênico, devendo-se optar pela oxigenoterapia de alto fluxo ou intubação imediata.
- (B) A VNI deve ser mantida por pelo menos 48 horas em pacientes com SDRA grave antes de considerar a intubação, pois a melhora da oxigenação é lenta e progressiva.
- (C) A manutenção de VNI em pacientes com falha terapêutica inicial (persistência de taquipneia, volume corrente  $> 9$  ml/kg e acidose) retarda a intubação necessária e aumenta a mortalidade, devido ao aumento do estresse transpulmonar gerado pelo esforço inspiratório vigoroso do paciente (P-SILI).
- (D) A VNI é a terapia de escolha para pacientes com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow  $< 8$ ) por intoxicação exógena, para evitar a pneumonia aspirativa.

### Questão 46

A lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica (VILI) é uma preocupação constante no manejo de pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). O conceito de "Driving Pressure" (Pressão de Distensão) emergiu como um marcador prognóstico superior ao Volume Corrente ou PEEP isolados. A definição física e a implicação clínica da Driving Pressure na ventilação controlada a volume ou pressão refletem a complacência do sistema respiratório. Com base nessas informações sobre a pressão de distensão (driving pressure) na ventilação mecânica, assinale a alternativa correta.

- (A) A Driving Pressure é calculada pela diferença entre a Pressão de Pico e a PEEP, refletindo a resistência das vias aéreas e a complacência pulmonar simultaneamente.
- (B) A Driving Pressure é calculada pela diferença entre a Pressão de Platô e a PEEP ( $P_{\text{platô}} - \text{PEEP}$ ) em ventilação passiva, representando a pressão dinâmica aplicada para distender o parênquima pulmonar funcional ("baby lung"); valores acima de 15 cmH<sub>2</sub>O estão associados a maior mortalidade.
- (C) A Driving Pressure é um parâmetro fixo que não varia com o volume corrente, dependendo exclusivamente da elastância da caixa torácica e não do pulmão.
- (D) A Driving Pressure deve ser mantida sempre acima de 20 cmH<sub>2</sub>O para garantir o recrutamento alveolar e evitar o atelectrauma nas áreas dependentes do pulmão.

### Questão 47

A Silicose é uma pneumoconiose fibrogênica causada pela inalação de sílica livre cristalina. Sobre as características radiológicas e complicações, qual afirmativa está correta?

- (A) A asbestose, diferentemente da silicose, causa nódulos nos lobos superiores e está fortemente associada a um aumento do risco de tuberculose (silico-tuberculose), mas não de câncer de pulmão.
- (B) A presença de placas pleurais calcificadas no diafragma e pleura parietal é o marco radiológico da silicose, indicando exposição pregressa.
- (C) A silicose aguda (silicoproteinose) ocorre após exposições leves e prolongadas, apresentando padrão de vidro fosco e consolidação basal semelhante à pneumonia bacteriana.
- (D) A forma crônica simples apresenta-se com pequenos nódulos (opacidades arredondadas) predominantes nos campos pulmonares superiores e posteriores, que podem calcificar ("casca de ovo" nos linfonodos hilares) e coalescer formando a Fibrose Maciça Progressiva.

### Questão 48

O tratamento da asma brônquica baseia-se no controle da inflamação das vias aéreas. As diretrizes da Global Initiative for Asthma (GINA) sofreram mudanças fundamentais recentemente em relação ao manejo da asma leve e ao uso de broncodilatadores de curta ação (SABA) isolados. A recomendação atual para o tratamento de resgate (alívio) preferencial em adultos e adolescentes com asma, desde a etapa 1 (sintomas raros), reflete uma mudança de paradigma visando segurança. Com base nas recomendações atuais da GINA para o tratamento da asma, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de Corticoide Inalatório (CI) associado ao Formoterol (LABA de início rápido) sob demanda (resgate) é a estratégia preferencial para alívio de sintomas em todas as etapas da asma leve a moderada, reduzindo o risco de exacerbações graves em comparação ao uso de SABA isolado.
- (B) O uso de Corticoide Oral (prednisona) em doses baixas diárias é recomendado como terapia de manutenção inicial para todos os pacientes com asma leve para garantir a remissão rápida.
- (C) O uso de Anticolinérgicos de longa ação (Tiotrópio) é a primeira escolha para o resgate de sintomas agudos na asma, devido ao seu efeito broncodilatador superior aos beta-agonistas.
- (D) O uso de Salbutamol (SABA) isolado sob demanda continua sendo a única opção recomendada para o alívio de sintomas na asma etapa 1 e 2, devendo o corticoide inalatório ser introduzido apenas na etapa 3 (uso diário).

### Questão 49

A distinção entre transudato e exsudato é o primeiro passo na investigação de um derrame pleural. Os Critérios de Light são a ferramenta padrão para essa diferenciação. Um derrame pleural é classificado como exsudato se apresentar pelo menos um dos critérios. Com base nos critérios de Light, assinale a alternativa que classifica corretamente o derrame pleural como exsudato.

- (A) Proteína pleural < 3,0 g/dL e LDH pleural < 200 UI/L, indicando que o líquido é um ultrafiltrado do plasma devido a desequilíbrio hidrostático/oncótico.
- (B) Relação proteína pleural/sérica > 0,5; Relação LDH pleural/sérico > 0,6; ou LDH pleural > 2/3 do limite superior da normalidade do LDH sérico.
- (C) Predomínio de polimorfonucleares na citologia diferencial e colesterol pleural baixo, características típicas de processos infecciosos ou neoplásicos.
- (D) Glicose pleural < 60 mg/dL e pH < 7,20, indicando intensa atividade metabólica e inflamatória no espaço pleural.

## Questão 50

A zona de aposição do diafragma é uma região anatômica crucial para a mecânica ventilatória eficiente, influenciando a geração de pressão transdiafragmática. A função adequada desta zona depende da interação entre a complacência da parede abdominal e a geometria do músculo diafragma. Com relação à zona de aposição do diafragma e sua importância na mecânica ventilatória, assinale a alternativa correta.

- (A) A zona de aposição corresponde à área onde as fibras musculares do diafragma se encontram diretamente opostas à superfície interna da caixa torácica inferior, permitindo que o aumento da pressão intra-abdominal expanda a caixa torácica inferior durante a inspiração (ação de inserção).
- (B) A zona de aposição é a região central tendínea do diafragma, onde não há fibras musculares contráteis, servindo apenas como ponto de ancoragem para o pericárdio e vasos grandes.
- (C) A zona de aposição refere-se à interface entre a pleura visceral e parietal nos ápices pulmonares, sendo a área de maior ventilação relativa em posição ortostática devido à gravidade.
- (D) A zona de aposição é a área posterior do diafragma onde ocorrem as hérnias de Bochdalek, não tendo função mecânica na respiração normal, exceto em situações de esforço extremo.



Realização  
Instituto  
**ACCESS**