



T1111025N

4ª EDIÇÃO DO EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA (2023/2024)
EDITAL Nº 03/2023 - RESIDÊNCIA MÉDICA

PRM ÁREA DE ATUAÇÃO - ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

NOME DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

Nível

SUPERIOR

PROVA

01

Lembre-se de marcar o
número acima na folha
de respostas!

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Fraudar ou tentar fraudar
Concursos Públicos é Crime!
Previsto no art. 311 - A do
Código Penal

Sobre o material recebido pelo candidato

- ✓ Além deste Caderno de Questões com **oitenta questões objetivas**, você receberá do fiscal de sala a Folha de Respostas.
- ✓ Confira seu nome, o número do seu documento e o número de sua inscrição em todos os documentos entregues pelo fiscal. Além disso, não se esqueça de conferir seu Caderno de Questões quanto a falhas de impressão e de numeração e se o programa corresponde àquele para o qual você se inscreveu.
- ✓ O não cumprimento a qualquer uma das determinações constantes em Edital, no presente Caderno e na Folha de Respostas incorrerá na eliminação do candidato.

Sobre o material a ser devolvido pelo candidato

- ✓ O único documento válido para avaliação é a Folha de Respostas.
- ✓ Na Folha de Respostas, preencha o campo destinado à assinatura. As respostas das questões objetivas devem ser preenchidas da seguinte maneira: ●
- ✓ Na Folha de Respostas, só é permitido o uso de caneta esferográfica transparente de cor azul ou preta. Esse documento deve ser devolvido ao fiscal na saída, devidamente preenchido e assinado.

Sobre a duração da prova e a permanência na sala

- ✓ O prazo de realização da prova é de 04 (quatro) horas, incluindo a marcação da Folha de Respostas.
- ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início da prova, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar o Caderno de Questões e nenhum tipo de anotação de suas respostas.
- ✓ O candidato poderá levar consigo o Caderno de Questões somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização da prova estabelecido em Edital.
- ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno.

Sobre a divulgação das provas e dos gabaritos

- ✓ O Caderno de Questões e o Gabarito Preliminar estarão disponíveis no site do **Enare** no endereço eletrônico **<https://enare.ebserh.gov.br>**, conforme previsto em Edital.

Cirurgia Torácica

1

Sobre o tratamento do pneumotórax espontâneo no cenário de urgência, assinale a alternativa correta.

- (A) O padrão-ouro é a drenagem pleural com agulha ou dreno intercostal em selo d'água.
- (B) O tamanho do pneumotórax é importante para definir qual tratamento será mais indicado.
- (C) A pleuroscopia com pleurodese química deve ser indicada em pacientes jovens devido ao menor risco operatório.
- (D) Em pacientes idosos, a pleurodese deve ser evitada para diminuir o risco de complicações.
- (E) O tratamento conservador é sempre evitado, pelo risco de progressão para pneumotórax hipertensivo.

2

São critérios para inclusão de paciente em programa de rastreamento de câncer de pulmão

- (A) idade, gênero e história familiar.
- (B) idade, carga tabágica e tamanho do nódulo.
- (C) tabagismo ativo e história familiar.
- (D) carga tabágica e idade.
- (E) exposição à radiação, idade e carga tabágica.

3

A respeito do pneumotórax espontâneo, considere as seguintes formas de tratamento e assinale a alternativa correta.

- Conservador (não invasivo).
- Aspiração por agulha.
- Pleurodese química.
- Cirurgia.

- (A) O tempo de internação é menor quando é indicado tratamento cirúrgico.
- (B) Há maior índice de complicações com uso de tratamento não invasivo.
- (C) Não há diferença no índice de recorrência quando se comparam aspiração por agulha e tratamento conservador.
- (D) A mortalidade é maior quando são indicados tratamentos mais invasivos.
- (E) A necessidade de novos procedimentos na sequência do tratamento é maior quando é realizada aspiração por agulha.

4

A recidiva após o primeiro episódio de pneumotórax espontâneo é uma preocupação frequente entre os pacientes. Ela ocorre em 13 a 39% dos casos após o primeiro episódio. Considerando as orientações para esse grupo de pacientes, assinale a alternativa correta.

- (A) Após o pneumotórax, os pacientes devem evitar voos comerciais por pelo menos três meses.
- (B) Em caso de segundo episódio ipsilateral ou primeiro contralateral, deve ser indicado tratamento cirúrgico.
- (C) Não há relação entre tabagismo e recorrência do pneumotórax espontâneo.
- (D) A prática de mergulho com cilindro pode ser realizada, devendo o paciente estar atento para a calibração do fluxo de oxigênio e do tempo de submersão.
- (E) Esporte de contato intenso (futebol, basquete, lutas) e aquáticos (natação, polo) devem ser evitados a partir do primeiro episódio de pneumotórax.

5

São indicações para cirurgia no primeiro episódio de pneumotórax espontâneo, EXCETO

- (A) pneumotórax bilateral.
- (B) pneumotórax com hemotórax associado.
- (C) paciente com pneumopatia importante (fibrose cística, DPOC, malformações).
- (D) pneumotórax hipertensivo.
- (E) paciente gestante.

6

Paciente do sexo masculino, 76 anos, iniciou quadro de fraqueza muscular em membros superiores e quedas há 30 dias, associado a diplopia e engasgos. Diagnosticado com Miastenia Gravis, iniciou o tratamento com piridostigmina, com resposta parcial apenas. Foi submetido à tomografia de tórax durante a propedêutica inicial, que não mostrou lesões mediastinais, porém identificou nódulo pulmonar no ápice esquerdo, com pequenos nódulos satélites, sugerindo disseminação broncogênica e pequeno halo em vidro fosco.

Considerando o quadro descrito, assinale a alternativa que apresenta corretamente a conduta a ser tomada nesse momento.

- (A) Há indicação de biópsia do nódulo pulmonar para diagnóstico diferencial de neoplasia primária pulmonar.
- (B) Deve ser realizada uma broncoscopia para coleta de lavado broncoalveolar para descartar doença infecciosa antes de progredir o tratamento com corticoterapia.
- (C) Pode ser iniciado tratamento imunossupressor e deve-se manter observação da lesão com novo exame em três meses.
- (D) Há indicação e timentomia mesmo sem lesão tímica, uma vez que os medicamentos resolveram apenas parcialmente.
- (E) Deve ser mantida a piridostigmina por mais três meses para avaliar adequadamente o resultado e repetida a tomografia para seguimento do nódulo pulmonar.

7

Assinale a alternativa que apresenta contraindicações absolutas à broncoscopia flexível.

- (A) Insuficiência respiratória e infarto agudo do miocárdio.
- (B) Coagulopatia e uremia.
- (C) Agitação psicomotora e broncoespasmo.
- (D) Falta de consentimento informado e hipertensão arterial grave.
- (E) Hipoxemia refratária e arritmia cardíaca maligna.

8

Paciente do sexo feminino, 48 anos, foi transferida de unidade primária após quadro de pneumotórax espontâneo primário à direita prontamente drenado em selo d'água pelo cirurgião geral de plantão há 5 dias. Mantém escape aéreo persistente à tosse, e a tomografia de tórax de controle mostra expansão pulmonar incompleta ainda, sem outros achados. Nega episódios anteriores de dor torácica ou outros problemas de saúde.

Sobre a paciente em questão e a condução adequada do caso, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento deve ser cirúrgico devido ao escape aéreo persistente.
- (B) A idade da paciente e a persistência do escape aéreo excluem a possibilidade de pneumotórax catamenial.
- (C) Caso não estejam evidentes lesões pulmonares bolhosas, a pleurodese é dispensável no tratamento.
- (D) O risco de complicações e de recidiva são menores quando empregada a videotoracoscopia no tratamento cirúrgico.
- (E) A mortalidade é maior quando há necessidade de toracotomia no tratamento do pneumotórax espontâneo.

9

Paciente de 58 anos, com diagnóstico de mesotelioma pleural epitelióide durante propedêutica de derrame pleural à direita, "performance status" 0, comparece para avaliação de tratamento cirúrgico. PET-CT revela captação anômala na cadeia linfonodal subcarinal, além dos achados na pleura.

A respeito da melhor indicação nesse quadro, assinale a alternativa correta.

- (A) A exploração com laparoscopia e pleuroscopia contralateral deve ser realizada antes de indicar ressecção do tumor.
- (B) A presença de captação linfonodal no PET-CT sugere doença avançada, e o paciente deve ser submetido a tratamento neoadjuvante.
- (C) A investigação mediastinal é mandatória e pode ser feita com mediastinoscopia ou ultrassonografia endobrônquica (EBUS).
- (D) No caso de doença inicial, a pleuropneumonectomia é melhor que a descorticação/pleurectomia no resultado final.
- (E) No caso de acometimento linfonodal (N2), a descorticação/pleurectomia tem resultado superior à pleuropneumonectomia no resultado final.

10

Acerca das etiologias e características do derrame pleural, relacione as colunas e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Derrame benigno secundário à asbestose.
2. Disfunção cardíaca.
3. Pós-operatório de cirurgia cardíaca.
4. Trauma.

- () Derrame à esquerda usualmente.
() Pleura exibe placas calcificadas.
() Derrame bilateral e simétrico.
() Derrame com alta densidade na TC.

- (A) 2 – 3 – 1 – 4.
(B) 4 – 1 – 2 – 3.
(C) 1 – 2 – 3 – 4.
(D) 3 – 1 – 2 – 4.
(E) 4 – 2 – 3 – 1.

11

A toracocentese (punção pleural) é um procedimento-chave na propedêutica e terapêutica dos casos de derrame pleural no dia a dia do cirurgião torácico. Sobre essa modalidade, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de ultrassonografia para guiar a punção não muda o risco de pneumotórax iatrogênico.
(B) O uso da ultrassonografia para guiar a punção diminui o risco de sangramento no procedimento.
(C) A ultrassonografia aumenta a possibilidade de obtenção de líquido pleural durante a punção.
(D) Idealmente, o volume mínimo de líquido a ser enviado para citologia deve ser de 10 ml.
(E) Quando obtido menos de 8 ml na punção, o material pode ser desprezado, pois será insuficiente para os exames.

12

Assinale a alternativa cuja descrição corresponde ao diagnóstico correto.

- (A) Malformação na qual uma porção do pulmão é segregada do restante do órgão, não tem comunicação com a árvore brônquica e é suprida por uma artéria sistêmica – Malformação adenometoide cística.
(B) Lesões císticas congênicas derivadas de um broto anormal da árvore traqueobrônquica em desenvolvimento, podendo ser mediastinais ou intrapulmonares – Sequestro pulmonar.
(C) Grupo de lesões caracterizadas por tecido pulmonar de arquitetura anormal com formação de cistos, em geral com comunicação com as vias aéreas – Cisto broncogênico.
(D) Anomalia congênita caracterizada por hipoplasia do pulmão direito associada à drenagem venosa pulmonar anômala para a veia cava inferior – Síndrome da Cimitarra.
(E) Comunicações anormais congênicas entre artérias e vias pulmonares – Varizes pulmonares.

13

São causas de bronquiectasias, EXCETO

- (A) estenose brônquica.
(B) discinesia ciliar primária.
(C) atresia brônquica.
(D) tuberculose.
(E) sarcoidose.

14

Assinale a alternativa que apresenta fatores de risco maiores para neoplasia pulmonar primária.

- (A) Tabagismo passivo, sexo feminino e exposição ao asbesto.
(B) Tabagismo, história familiar de câncer de pulmão e exposição a urânio.
(C) Tabagismo, sexo masculino e história prévia de outros tumores primários.
(D) Sexo masculino, exposição ao gadolínio e história familiar de câncer de pulmão.
(E) Sexo feminino, exposição à poluição ambiental e excesso de radiação em exames de imagem.

15

Paciente do sexo feminino, 78 anos, hipertensa em uso de losartan, chega ao pronto-socorro com relato de dispneia grau III, tosse seca e dor torácica à esquerda. Durante propedêutica inicial, aparece derrame pleural volumoso à esquerda. A avaliação cardiológica está normal. Paciente relata ser ex-tabagista, 48 anos/maço, parou há 14 anos. É realizado TC de tórax, que revela derrame volumoso à esquerda com espessamento pleural ipsilateral e adenomegalia mediastinal.

Com relação à extensão da propedêutica nesse caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Na análise do líquido pleural, caso a citologia oncológica esteja negativa, é fundamental solicitar análise do NT-proBNP para descartar derrame cardiogênico.
- (B) No quadro clínico em questão, não há necessidade de avaliação de adenosina deaminase (ADA) e citometria só líquido pleural.
- (C) A análise de marcadores tumorais (CEA, Ca19-9, Ca 125, alfa-fetoproteína) é útil para descartar acometimento neoplásico.
- (D) Tomografia de abdome e pelve e eco-broncoscopia são exames que podem elucidar com acurácia o diagnóstico.
- (E) A biópsia percutânea de pleura tem rendimento equivalente à biópsia pleural por videotoracoscopia e deve ser indicada por ser menos invasiva.

16

Sobre o tratamento cirúrgico da hiperidrose primária, assinale a alternativa correta.

- (A) A secção do nervo simpático da altura da segunda e terceira costelas (R2 e R3) tem melhor resultado global para o paciente, pois promove maior redução da sudorese.
- (B) Apesar da menor incidência de hiperidrose reflexa com a secção em R4 e R5, o índice de satisfação dos pacientes costuma ser menor nessa abordagem por alto índice de falha terapêutica.
- (C) A secção em R3/R4 é equivalente à secção R4/R5 tanto na redução da sudorese quanto na incidência de hiperidrose reflexa.
- (D) A utilização de clipe é superior à secção do nervo simpático, pois possibilita a reversão da cirurgia em casos de insatisfação do paciente com o resultado.
- (E) A secção de R3/R4/R5/R6 mostrou melhores resultados para hiperidrose plantar quando comparada à secção R3/R4.

17

Paciente do sexo masculino com hiperidrose palmo-axilar primária comparece para primeira consulta com vista a tratamento cirúrgico da condição, uma vez que apresenta grandes dificuldades nas atividades diárias como professor. Diz ter estudado sobre o assunto e sobre o tratamento e faz algumas colocações a respeito. Analise as colocações do paciente e assinale a alternativa que corresponde à correta.

- (A) "Prefiro evitar o tratamento clínico com medicamentos, devido ao risco de desenvolver infecção urinária."
- (B) "Apesar de ter certeza que a sudorese vai passar das mãos e axilas para o tronco, prefiro fazer a cirurgia, pois o suor nas mãos incomoda demais."
- (C) "Quero o tratamento cirúrgico por se tratar de procedimento simples e sem complicações."
- (D) "Preciso resolver esse excesso de suor logo, antes que ele evolua com mau cheiro associado; assim que operar, isso não vai mais acontecer."
- (E) "Se possível, doutor, quero operar usando os cliques para poder reverter a cirurgia caso não goste do resultado."

18

Paciente do sexo feminino, 58 anos, não tabagista, durante investigação de tosse crônica, foi diagnosticado com dois nódulos pulmonares, um no segmento anterior do lobo superior direito, semissólido, com 2,2 cm (1 cm parte sólida), e outro no ápice esquerdo, sólido, com 1,8 cm. PET-CT mostra captação anômala em ambos, sem outros achados. Biópsia percutânea mostra adenocarcinoma lepidico em ambas as lesões. Durante reunião multidisciplinar, foram levantadas as seguintes opiniões:

- I. trata-se de doença avançada, estágio IV, e deve ser tratada com quimioterapia seguida de imunoterapia;
- II. é necessário completar o estadiamento mediastinal invasivo e, caso negativo, a paciente deve ser submetida à ressecção das duas lesões;
- III. o estadiamento deve ser completado com RNM de crânio e biópsia de linfonodos mediastinais, que devem ser obrigatoriamente realizadas por mediastinoscopia para evitar falso-negativo;
- IV. uma vez confirmado o status N0, a cirurgia indicada deve ser a lobectomia nas duas lesões.

Está(ão) correta(s):

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II e IV.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas II.
- (E) Apenas III e IV.

19

Paciente do sexo masculino, 65 anos, ex-tabagista 38 anos/maço, parou de fumar há 10 anos, quando foi diagnosticado com carcinoma escamocelular de laringe T1N0M0, tratado com radioterapia exclusiva e boa resposta. Foi diagnosticado nódulo pulmonar sólido de 1 cm no lobo inferior direito durante exame de controle. PET-CT apresentou captação anormal apenas na lesão. Foi submetido à segmentectomia não anatômica e ressecção completa do nódulo, que revelou carcinoma de pequenas células, confirmado por imuno-histoquímica em dois laboratórios diferentes.

Diante desse quadro, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser indicada nesse momento.

- (A) Por se tratar de ressecção completa da lesão, não há indicação de novo tratamento cirúrgico; deve-se manter acompanhamento radiológico periódico.
- (B) Com a ressecção completa da lesão, deve ser feito quimioterapia para consolidar o tratamento.
- (C) É necessário estadiamento mediastinal invasivo. Se confirmado status N0, indica-se completar o tratamento com segmentectomia anatômica.
- (D) Estadiamento mediastinal invasivo. Se confirmado status N0, indica-se completar o tratamento com lobectomia pulmonar e quimioterapia adjuvante.
- (E) Com a ressecção completa da lesão, indicar radioterapia do leito cirúrgico e quimioterapia para consolidar o tratamento.

20

Qual dos métodos de biópsia pleural a seguir oferece maior probabilidade de diagnóstico na propedêutica do derrame pleural?

- (A) Biópsia com agulha de Cope.
- (B) Videotoracoscopia.
- (C) Biópsia com agulha guiada por ultrassonografia.
- (D) Biópsia com agulha guiada por tomografia.
- (E) Toracotomia.

21

São pilares no manejo dos quadros de infecção pleural, EXCETO

- (A) diagnóstico precoce.
- (B) drenagem efetiva da cavidade infectada.
- (C) identificação precisa do agente etiológico.
- (D) nutrição adequada ao paciente.
- (E) profilaxia efetiva contra trombose.

22

Assinale a alternativa que apresenta preditores de risco nos casos de infecção pleural.

- (A) Função renal, idade avançada, aspecto do líquido pleural, presença de microbiota hospitalar e hipoalbuminemia.
- (B) Anemia associada, febre maior que 38°C, taquicardia e idade avançada.
- (C) Líquido purulento, febre maior que 38°C, imunossupressão e trauma prévio da cavidade torácica.
- (D) Presença de microbiota hospitalar, insuficiência respiratória, necessidade de drenagem cirúrgica e função renal.
- (E) Idade avançada, febre maior que 38°C, trauma prévio da cavidade torácica e anemia associada.

23

Em relação à propedêutica dos pacientes com suspeita de empiema pleural, assinale a alternativa correta.

- (A) Os parâmetros de imagem não são relevantes na indicação de tratamento invasivo.
- (B) A dosagem de LDH e proteína do líquido pleural são preditores de complicações.
- (C) O nível sérico de proteína C reativa (PCR) faz parte da avaliação de gravidade do quadro.
- (D) O pH do líquido pleural tem alta sensibilidade e especificidade para identificar pacientes que podem cursar com quadro clínico complicado.
- (E) O aspecto do líquido pleural aspirado é forte preditor de necessidade de tratamento cirúrgico.

24

Assinale a alternativa que apresenta corretamente a descrição correspondente ao diagnóstico.

- (A) Fraqueza difusa ou segmentar da traqueia resultando em estreitamento anormal da via aérea – Estenose traqueal cicatricial.
- (B) Doença benigna rara caracterizada por numerosos nódulos submucosos sésseis, cartilagosos e/ou ósseos, distribuídos pelas paredes anterolaterais da traqueia, projetando-se no lúmen laringotraqueobrônquico – Traqueopatia ostrocondroplástica.
- (C) Acentuada dilatação da traqueia e brônquios principais devido a uma atrofia ou ausência das fibras elásticas longitudinais e da musculatura lisa que formam suas paredes – Bronquiectasia.
- (D) Episódios recorrentes de inflamação cartilaginosa envolvendo as cartilagens do nariz, orelha, articulações periféricas, laringe e árvore traqueobrônquica – Granulomatose de Wegner.
- (E) Doença autoimune sistêmica que acomete principalmente os rins e as vias aéreas superiores e inferiores. Os sintomas mais comuns incluem tosse, hemoptise, dor torácica e dispneia – Telangiectasia hemorrágica hereditária.

25

Paciente do sexo masculino, 68 anos, com cardiopatia isquêmica importante, foi submetido à angioplastia há 3 anos, complicada com aspiração maciça durante o procedimento. Ficou 3 meses internado na ocasião até recuperação do evento. Na época, foi identificada uma massa retroesternal circunscrita e homogênea medindo 8x4,5x3,5 cm, que não foi investigada devido ao quadro crítico em que se encontrava o paciente. Ele retorna agora, após tomografia de controle solicitada pelo cardiologista, que mostra aumento da lesão para 11,2x6,4x5 cm, mantendo as mesmas características e localização. Os marcadores CEA, alfa-fetoproteína e beta-hCG são negativos. O paciente encontra-se bem clinicamente, em uso de dupla antiagregação plaquetária.

Diante disso, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta a ser seguida nesse caso.

- (A) O diagnóstico tomográfico é muito sugestivo de timoma, e o paciente pode ser encaminhado para tratamento cirúrgico.
- (B) Lesões mediastinais acima de 6 cm devem ser diagnosticadas com biópsia previamente ao tratamento cirúrgico.
- (C) O diagnóstico tomográfico é sugestivo de timoma, mas a cardiopatia do paciente contraindica qualquer tratamento cirúrgico devido à dupla antiagregação plaquetária.
- (D) O diagnóstico tomográfico é sugestivo de linfoma, pela posição da massa no mediastino e sua relação com as estruturas adjacentes.
- (E) O diagnóstico presuntivo é de timoma, que deve ser confirmado com ressonância magnética e eletroforese de proteínas antes de se indicar tratamento cirúrgico.

26

O estadiamento mediastinal invasivo é parte fundamental do tratamento do câncer pulmonar. Em relação aos diversos métodos empregados para isso, assinale a alternativa correta.

- (A) A ecobroncoscopia, apesar de pouco invasiva, tem rendimento muito inferior à mediastinoscopia.
- (B) A videotoracoscopia é o método que oferece maior acurácia e precisão no estadiamento mediastinal invasivo.
- (C) Uma das limitações da ecobroncoscopia é a impossibilidade de realizar estudo imuno-histoquímico com o material obtido.
- (D) A mediastinoscopia convencional, videomediastinoscopia e ecobroncoscopia têm acurácia semelhante e devem ser empregadas na dependência do quadro clínico do paciente.
- (E) A videomediastinoscopia tem índice de complicação operatória superior à da mediastinoscopia convencional.

27

Sobre o tratamento invasivo do empiema pleural, assinale a alternativa correta.

- (A) Na drenagem tubular, devemos usar o dreno mais largo possível para evitar obstrução do circuito de drenagem.
- (B) Nos casos com coleção francamente purulenta, a videotoracoscopia é menos eficiente que a toracotomia na descorticação pulmonar.
- (C) A drenagem cirúrgica (toracoscopia/toracotomia) tem menor índice de falha e promove menor tempo de hospitalização para os pacientes.
- (D) Pacientes com risco cirúrgico elevado devem ser submetidos à drenagem pleural aberta como primeira opção para evitar a necessidade de novos procedimentos.
- (E) A videotoracoscopia pode ser indicada como primeira opção de tratamento para pacientes em estado crítico como forma de melhora acelerada do quadro.

28

Paciente do sexo feminino, 45 anos, com pneumonia comunitária grave, chega ao pronto-socorro com dispneia grau IV, febre (38,5 °C), tosse com escarro sanguinolento e taquicardia (FC 125 bpm). Foi submetida a raio x de tórax, que evidenciou derrame pleural volumoso à direita ocupando 3/4 do hemitórax. Punção pleural revelou líquido francamente purulento e fétido. Evoluiu com piora respiratória e foi prontamente intubada. Logo após, foi realizada uma toracostomia com drenagem pleural fechada em selo d'água com saída de 2500 ml de secreção purulenta fétida.

Na UTI, o raio x de admissão mostrava níveis hidroaéreos no hemitórax direito, com dreno bem posicionado.

Com base no contexto clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente tem indicação de tratamento cirúrgico, e a videotoracoscopia com descorticação pulmonar é o melhor tratamento para restabelecer a expansão pulmonar.
- (B) A paciente tem indicação de tratamento cirúrgico, e a videotoracoscopia com aspiração e lise de septações é o melhor tratamento, pois o quadro é muito grave.
- (C) A paciente tem indicação de tratamento cirúrgico, e a toracotomia oferecerá melhor campo operatório para desfazer as septações e restabelecer a expansão pulmonar.
- (D) A paciente tem indicação de tratamento cirúrgico, e a pleurostomia (drenagem aberta) fará a drenagem mais adequada da cavidade para proporcionar resolução da infecção no espaço pleural.
- (E) A paciente tem indicação de terapia fibrinolítica intrapleural com estreptoquinase para liberação de septações e otimização da drenagem pleural.

29

Assinale a alternativa que apresenta tratamentos alternativos à simpatectomia para hiperidrose primária.

- (A) Cloreto de alumínio, anti-histamínicos, corticoterapia tópica.
- (B) Toxina botulínica, anti-inflamatórios, bloqueador de canal de cálcio.
- (C) Benzodiazepínicos, cloreto de cálcio, antisséptico tópico.
- (D) Antidepressivos, oxibutinina, anti-histamínicos.
- (E) Oxibutinina, iontoforese, toxina botulínica.

30

Paciente de 62 anos, com carcinoma escamoso de laringe tratado há 13 anos com radioterapia exclusiva, traqueostomizado na ocasião desse tratamento devido a edema das pregas vocais, vem apresentando episódios de saída de líquido e alimentos pela cânula de traqueostomia há 5 semanas, durante a alimentação. Nesse período, ficou internado por 15 dias devido a TCE moderado depois de queda da própria altura em casa. Na tomografia de tórax, não há alterações parenquimatosas importantes. O paciente queixa de disfagia importante após a internação pelo trauma, sem queixas respiratórias no momento.

Nesse contexto clínico, o cirurgião torácico é chamado pelo médico assistente para avaliar a presença de provável fístula traqueoesofágica. Assinale a alternativa que apresenta o argumento que exclui esse diagnóstico do ponto de vista clínico.

- (A) Os pacientes com fístula traqueoesofágica, em geral, têm manipulação cirúrgica recente da via aérea e/ou digestiva.
- (B) É muito pouco provável o desenvolvimento de fistulas traqueoesofágicas após anos de tratamento radioterápico para neoplasia de laringe.
- (C) Os quadros de fístula traqueoesofágica apresentam distensão abdominal devido ao desvio do fluxo aéreo.
- (D) Os pacientes com fístula traqueoesofágica cursam com pneumonia de repetição e quadro clínico respiratório exuberante, com tosse frequente e agravada pelo decúbito.
- (E) Apesar do quadro respiratório exuberante, os pacientes com fístula traqueoesofágica raramente cursam com disfagia.

31

Paciente do sexo feminino, 29 anos, vítima de TCE grave, é submetida à traqueostomia na beira do leito da UTI para otimização da ventilação mecânica. Aproximadamente 10 minutos após o procedimento, evolui com hipotensão importante e dessaturação. A equipe de fisioterapia imediatamente procede com aspiração da cânula e checagem do balonete, ambas medidas sem melhora. O plantonista da UTI decide, então, trocar a órtese por uma maior para otimizar o fluxo aéreo, procedimento realizado rapidamente e sem intercorrências, porém não há melhora do quadro e a paciente evolui para quadro de parada cardiorrespiratória com atividade elétrica sem pulso.

Ao ser chamado para avaliar o caso, o cirurgião torácico rapidamente estabelece a principal hipótese diagnóstica e desencadeia o procedimento confirmatório, que são, respectivamente:

- (A) hemotórax maciço; drenagem torácica.
- (B) pneumotórax hipertensivo; descompressão torácica por punção.
- (C) laceração da parede traqueal; retirada da traqueostomia e intubação orotraqueal.
- (D) falso trajeto da cânula; reposicionamento com broncoscopia.
- (E) ruptura da artéria inominada; compressão digital da fúrcula esternal.

32

Em relação aos quadros de hemoptise, assinale a alternativa correta.

- (A) Os quadros mais volumosos têm origem no leito arterial pulmonar; os quadros mais brandos geralmente se originam dos vasos brônquicos.
- (B) Os sangramentos originados na via aérea distal são bem abordados com a broncoscopia flexível para localização e tratamento.
- (C) Na falha de controle do sangramento por via endoscópica, há indicação de cirurgia de urgência para controle da hemorragia.
- (D) Pacientes com sangramento difuso de grande volume são melhor controlados com tratamento operatório minimamente invasivo para ligadura das artérias brônquicas.
- (E) O sangramento maciço da via aérea proximal está mais relacionado às neoplasias malignas e é bem abordado por broncoscopia rígida para controle local.

33

As deformidades congênitas da parede torácica envolvem vários defeitos musculoesqueléticos que alteram o contorno simétrico do tórax. Assinale a alternativa cuja descrição do defeito está adequadamente definida.

- (A) Crescimento irregular das cartilagens condrais aproximam o esterno da coluna vertebral – Pectus carinatum.
- (B) Conjunto de alterações unilaterais de gravidade variável que envolvem agenesia ou hipogenesia de arcos costais superiores, glândula mamária, grupos musculares peitorais e defeitos nos membros superiores – Pentalogia de cantrell.
- (C) Distúrbio da ossificação endocondral, com redução das dimensões da caixa torácica, baixa estatura com membros curtos e alterações pélvicas e falangeanas – Distrofia torácica asfixiante.
- (D) Malformação caracterizada por deficiência da porção inferior do esterno, onfalocele, defeito no diafragma anterior em forma de crescente, ectopia cordis e malformações intracardiácas – Fenda esternal.
- (E) Crescimento irregular das cartilagens condrais afastam o esterno da coluna vertebral – Pectus excavatum.

34

Paciente do sexo feminino, 54 anos, com nódulo pulmonar 1,2 cm no lobo inferior esquerdo, com diagnóstico de adenocarcinoma invasivo em biópsia percutânea, apresenta obesidade grau III, tabagismo ativo 15 anos/maço e é hipertensa bem controlada em uso de losartan. O PET-CT mostra captação pequena na lesão e sem outras áreas anormais de captação do FDG. Queixa-se de dispneia moderada aos esforços.

Diante desse quadro, assinale a alternativa que apresenta a avaliação funcional mínima a ser realizada com vistas à ressecção pulmonar.

- (A) Espirometria e teste de caminhada.
- (B) Capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO) e cintilografia perfusional.
- (C) Ergoespirometria e cintilografia perfusional.
- (D) Espirometria e capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO).
- (E) Cintilografia de inalação e teste de caminhada.

35

Paciente de 82 anos possui massa no lobo inferior direito. A biópsia percutânea revela adenocarcinoma pulmonar. A espirometria e o teste de difusão de monóxido de carbono são normais. Foi submetido a PET-CT, que evidenciou captação muito discreta em linfonodo hilar ipsilateral.

Em relação ao estadiamento da neoplasia, assinale a alternativa correta.

- (A) A captação fraca em linfonodo hilar deve tratar-se de radiação de fundo e não deve ser considerada. O paciente pode ser levado para lobectomia pulmonar.
- (B) O estadiamento mediastinal invasivo é mandatório devido ao tamanho da lesão, independente da captação do PET-CT.
- (C) Com a captação hilar no PET-CT, o paciente deve ser encaminhado para tratamento neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia e posterior reavaliação para indicar cirurgia.
- (D) Há indicação de estadiamento mediastinal invasivo e deve ser realizado por ecobroncoscopia, uma vez que outros métodos não conseguem acessar o linfonodo captante.
- (E) Com a captação discreta, pode-se indicar cirurgia nesse momento, favorecendo a segmentectomia anatômica para preservação de parênquima pulmonar.

36

O ducto torácico é uma estrutura com variabilidade anatômica ampla. Considerando a distribuição mais comum da anatomia dessa estrutura, a respeito da distribuição do ducto torácico, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Origina-se na cisterna do quilo, entre L3 e T10.
- (B) Penetra no tórax pelo hiato esofágico entre T10 e T12.
- (C) Cruza a aorta posteriormente para o lado esquerdo entre T5 e T7.
- (D) Ascende ao lado esquerdo do esôfago e mais superiormente atrás da artéria subclávia esquerda.
- (E) Na borda medial do músculo escaleno anterior, curva-se para frente e para baixo e se anastomosa na junção da veia subclávia e jugular interna esquerda.

37

Em relação ao quilotórax, assinale a alternativa correta.

- (A) A principal etiologia é a iatrogenia, principalmente após cirurgia cardíaca e esofágica.
- (B) Nos exames de imagem, apresenta aspecto típico de múltiplas lojas e derrame volumoso.
- (C) Nos parâmetros laboratoriais, o líquido quiloso exibe uma relação colesterol/triglicérides maior que 1.
- (D) A alta osmolaridade da linfa gera irritação pleural importante que leva a um quadro clínico com dor intensa e mimetiza empiema pleural.
- (E) A contagem celular mostra uma predominância de linfócitos, podendo chegar a 90% da celularidade.

38

Paciente do sexo masculino, 72 anos, possui adenocarcinoma pulmonar em massa de 4,7 cm no lobo inferior esquerdo. PET-CT com captação anormal somente na lesão. Provas de função pulmonar com distúrbio obstrutivo leve e prova broncodilatadora negativa. Foi submetido à videomediastinoscopia para estadiamento mediastinal, que encontrou foco micrometastático de 5 mm na cadeia 7.

À luz dos conhecimentos mais recentes sobre o tratamento do câncer pulmonar, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado para esse paciente.

- (A) Deve ser encaminhado para tratamento com quimioterapia, imunoterapia e radioterapia de consolidação.
- (B) Por se tratar de foco micrometastático, pode ser considerado N0 e indicar lobectomia pulmonar.
- (C) Indicação de neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia sequencial e cirurgia, a depender da resposta obtida.
- (D) Deve ser realizada neoadjuvância com quimioterapia e imunoterapia seguida de cirurgia e consolidação de imunoterapia pós-operatória.
- (E) Esse caso deve ser considerado avançado e tratado paliativamente com quimioterapia e radioterapia.

39

Sobre as complicações relacionadas às traqueostomias, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).

- I. Altas pressões no balonete da canula podem gerar isquemia da mucosa traqueal, que está diretamente relacionada ao surgimento da estenose cicatricial.
- II. Fatores que contribuem para surgimento de disfagia em pacientes traqueostomizados são a diminuição da elevação laríngea e compressão esofágica pelo balonete da cânula.
- III. Posicionamento caudal do traqueostoma, alta pressão do balonete e excesso de movimentação da cânula podem ocasionar surgimento de fístula traqueo-arterial.

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

40

Considerando as mais recentes evidências no tratamento cirúrgico do câncer pulmonar, assinale a alternativa que apresenta os critérios para indicação de ressecção sublobar.

- (A) Lesão menor que 1 cm; margem mínima de ressecção igual ao dobro da lesão; adenocarcinoma *in situ* ou minimamente invasivo.
- (B) Lesão de qualquer tamanho, desde que tenha histologia comprovada como adenocarcinoma *in situ*.
- (C) Lesão menor ou igual a 2 cm; parte sólida até 50% do diâmetro total; adenocarcinoma *in situ*; tempo de dobra tumoral maior que 400 dias.
- (D) Lesão de até 3 cm; parte sólida até 75% do diâmetro total; qualquer adenocarcinoma.
- (E) Lesão de até 2 cm; função pulmonar limítrofe para lobectomia; tumor carcinoide típico ou metástase de lesão primária extrapulmonar.

Pneumologia

41

Paciente do sexo masculino, 69 anos, está internado há 3 dias na enfermaria da reumatologia por tosse seca e febre. É portador de Vasculite ANCA P positivo, com diagnóstico há 1 ano, e já realizou pulso com corticoide e ciclofosfamida. Atualmente está em uso, de manutenção, de prednisolona 5 mg ao dia e micofenolato mofetil. Os exames laboratoriais apresentam proteína C reativa alta, velocidade de hemossedimentação alta, ANCA P negativo, hemograma inocente e tomografia de tórax com uma lesão cavitada em lobo superior direito de aproximadamente 1,5 cm. Não há tomografia do ano anterior para comparação. Considerando o exposto, assinale a alternativa correta.

- (A) Provavelmente a vasculite está em atividade, pois a cavitação em lobo superior direito é sugestiva de doença em atividade, podendo, inclusive, evoluir com aparecimento de outras cavitações. O mais indicado nesse caso é realizar pulso com corticoide.
- (B) O ANCA P negativo exclui a atividade da vasculite, devendo o paciente ser avaliado para outros diagnósticos, como tuberculose.
- (C) Tuberculose é uma hipótese plausível, uma vez que o paciente é imunossuprimido, e, para diagnóstico, deve-se realizar PPD.
- (D) Doença fúngica deve ser considerada, e a investigação com coleta de escarro para pesquisa e cultura para fungo é a opção inicial da investigação.
- (E) Abscesso pulmonar é a principal hipótese diagnóstica, portanto deve-se tratar com antibioticoterapia por 4 semanas.

42

Sobre as pneumoconioses, assinale a alternativa correta.

- (A) A asma é a pneumoconiose mais prevalente no mundo.
- (B) A doença pulmonar obstrutiva crônica em soldadores é uma pneumoconiose.
- (C) Pneumoconioses são doenças intersticiais ocupacionais.
- (D) A siderose é considerada uma pneumoconiose fibrogênica.
- (E) O afastamento da exposição à sílica reverte o quadro fibrótico pulmonar.

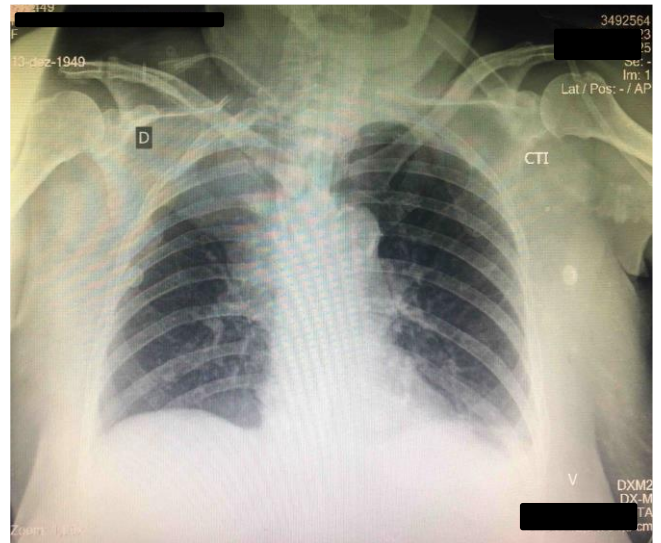
43

Em uma noite de inverno na UTI, há um paciente do sexo masculino, 83 anos, em tratamento de insuficiência cardíaca grave, entubado em ventilação mecânica controlada a volume. A enfermeira solicita a presença do pneumologista no leito, pois o paciente está dessaturando. O profissional ausculta o paciente e percebe que o MV está abolido em bases, há expansibilidade torácica bilateral, Sat O₂ 85%, com os mesmos parâmetros ventilatórios que estavam durante o dia, FC 123 arritmico, mas, durante o dia, não estava taquicárdico, não houve alteração pressórica, estava em uso de amins vasoativas sem necessidade de ajuste. O que deve ser feito?

- (A) Diurético e aumento de cronotrópico.
- (B) Ajuste dos parâmetros ventilatórios e solicitação de uma radiografia simples de tórax à beira de leito.
- (C) Drenagem torácica bilateral.
- (D) Ajuste dos parâmetros ventilatórios e depois pronação do paciente.
- (E) Trombólise empírica.

44

Com base na radiografia de tórax a seguir, realizada em uma paciente idosa internada na UTI, com aparelho portátil e paciente em decúbito dorsal, assinale a alternativa correta.



- (A) A paciente possivelmente tem uma pneumonia em lobo superior direito e lobo inferior esquerdo.
- (B) Percebe-se pneumotórax à direita, provavelmente por acidente de punção (cateter subclávia direita).
- (C) Percebe-se dilatação das artérias pulmonares, possivelmente por um regime hipertensivo.
- (D) Há opacidades intersticiais em bases, sugestivas de fibrose.
- (E) Percebe-se atelectasia do lobo superior direito, com aspecto em leque.

45

Paciente do sexo masculino, 48 anos, com cirrose hepática por álcool, está internado na UTI por encefalopatia hepática. Nos exames de investigação infecciosa, identificou-se derrame pleural à direita. O derrame pleural foi puncionado e o resultado foi o seguinte:

- Aspecto: turvo;
- Cor: amarelo;
- pH: 7,0;
- Proteínas: 2,9 g/dl;
- Glicose: 82 mg/dl;
- Desidrogenase láctica: 387;
- Leucócitos 320 com diferencial (neutrófilos 8%, linfócitos 92%, eosinófilos 0%), hemácias 9 680;
- Bacterioscopia gram: bactérias não visualizadas.

Exames laboratoriais séricos:

- Proteínas totais 6, 11 g/dl;
- DHL (desidrogenase láctica) 823.

Considerando as informações apresentadas, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de um derrame pleural parapneumônico complicado e, como tal, deve ser drenado.
- (B) O derrame é um transudato secundário à hepatopatia. Deve-se compensar a doença hepática.
- (C) O derrame é um exsudato, e a tuberculose pleural é a principal hipótese, considerando o predomínio de linfócitos no líquido.
- (D) É um hemotórax, possivelmente devido ao distúrbio de coagulação que a hepatopatia pode causar, e a conduta é a drenagem de tórax.
- (E) Como não foram identificadas bactérias no derrame, exclui-se derrame pleural parapneumônico.

46

Paciente masculino, 68 anos, tabagista de longa data, comparece à consulta, acompanhado pela filha, queixando-se de que, há 6 meses, tem tosse matinal com secreção clara e dispneia aos esforços progressiva, que não o limitam no dia a dia. Hipertenso, dislipidêmico e, ao exame físico, está em bom estado geral. Eupneico em repouso, normocárdico, normotenso, ausculta pulmonar sem alterações, Sat O₂ 96%. Com base nas informações apresentadas, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente possivelmente tem diagnóstico de DPOC. Deve-se iniciar o tratamento com broncodilatador de longa duração e corticoide inalatório.
- (B) Provavelmente o paciente tem DPOC, e a espirometria confirma o diagnóstico.
- (C) A confirmação da DPOC nesse caso é feita através da tomografia de tórax sem contraste e espera-se encontrar sinais de enfisema.
- (D) A cessação do tabagismo após o diagnóstico de DPOC não muda a evolução da doença.
- (E) Como a dispneia é leve e não limita as atividades de vida diária desse paciente, o indicado é broncodilatador de curta duração conforme os sintomas.

47

O GOLD (Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD - Estratégia Global para Prevenção, Diagnóstico e Manejo da DPOC – 2023) trouxe algumas mudanças em relação aos outros anos. Tendo em vista essas mudanças, assinale a alternativa correta

- (A) A classificação espirométrica passou a ser feita baseada nos valores da CVF (Capacidade Vital Forçada) e não mais no VEF1 (Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo).
- (B) A classificação permanece distribuindo os pacientes nos grupos: GOLD A, GOLD B, GOLD C e GOLD D.
- (C) O uso da VNI (Ventilação Não Invasiva) foi desaconselhado, pois não reduz taxa de intubação.
- (D) A cannabis e o cigarro eletrônico foram incluídos como agentes causadores de DPOC.
- (E) O corticoide inalatório deve ser iniciado em pacientes não exacerbadores, uma vez que essa medicação aumenta o risco de infecções bacterianas.

48

Paciente do sexo feminino, idosa, parou de fumar há 8 meses, após uma internação para tratamento de infecção respiratória, e procurou somente agora o pneumologista, pois ficou “bem” esses últimos meses. Atualmente apresenta dispneia para andar uma quadra (100m). Três meses antes da internação que a fez parar de fumar, havia feito uso de antibiótico e corticoide oral, prescritos pelo médico do pronto-socorro devido a um quadro de infecção brônquica. Ao exame físico, estava eupneica, apresenta ausculta pulmonar sem alterações, Sat O₂ 94%, espirometria com VEF 1 55% pós-broncodilatador. Com base nessas afirmações, assinale a alternativa correta.

- (A) A classificação espirométrica dessa paciente é GOLD 3.
- (B) Essa paciente não é considerada exacerbadora, pois foi internada somente uma vez em 1 ano.
- (C) Se a quantidade de eosinófilos no hemograma da paciente foi menor que 300, há indicação de corticoide oral.
- (D) Essa paciente se enquadra na classificação GOLD E.
- (E) Corticoide inalatório é a indicação para o tratamento dessa paciente.

49

Paciente do sexo feminino, 62 anos, asmática desde a infância, foi internada no hospital. Ela mora em outra cidade e estava a passeio quando apresentou crise de broncoespasmo grave, febre e tosse com expectoração amarelada. Ao exame físico, havia sibilos difusos, apresentava Sat 90 % ar ambiente e estava normotensa e normocárdica. Diz que sua asma é grave e de difícil controle. Faz uso de broncodilatador de longa duração, corticoide inalatório em doses altas e anticolinérgico de longa duração. Refere que, há muitos anos, não está bem e que precisa usar antibiótico frequentemente, além de broncodilatador de curta duração aos médios esforços diariamente. Seus exames laboratoriais mostravam hemograma sem alterações, dosagem de IGE 1400 kU/L e tomografia de tórax com bronquiectasias bilaterais principalmente em bases. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) O omalizumabe é uma opção de tratamento, após tratamento da exacerbção.
- (B) Considerando o tempo que a paciente tem asma, não se faz necessário reavaliar a maneira de usar os dispositivos inalatórios.
- (C) Com o alto valor de IGE, o benralizumabe é indicado.
- (D) Após o tratamento dessa exacerbção, a paciente deverá reduzir o corticoide inalatório na tentativa de evitar efeitos sistêmicos.
- (E) Haverá necessidade de oxigenioterapia domiciliar.

50

Sobre o tratamento da asma grave e refratária, assinale a alternativa correta.

- (A) Omalizumabe inibe o receptor da IGE.
- (B) Mepolizumabe se liga à IGE livre e impede sua ligação ao receptor.
- (C) Mepolizumabe se liga à interleucina 5 (IL 5) circulante.
- (D) Tanto o omalizumabe quanto o mepolizumabe são indicados para o tratamento da asma com o fenótipo obstrutivo persistente.
- (E) Benralizumabe é indicado na asma eosinofílica quando a contagem de eosinófilos em sangue periférico for maior de 50 microL.

51

Paciente do sexo feminino, 36 anos, hígida, não fuma, não faz uso de medicamentos contínuos, teve COVID-19 há 3 meses, com quadro leve sem necessidade de internação ou tratamento específico. Chegou às 3h da manhã ao hospital, queixando-se de dispneia abrupta há 2 dias, associada à dor ventilatório-dependente à direita, progressiva, de forte intensidade que a impediu de dormir. Ao exame físico, estava com FR 24, PA 123/89 mmHg, FC 110, Sat O₂ 94% ar ambiente, ausculta pulmonar sem alterações, abdome e membros inferiores sem edemas, mas com dor à palpação da panturrilha esquerda. Com base nessas informações, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta a ser adotada.

- (A) Analgesia, inalação e corticoide endovenoso irão ajudar a melhorar os sintomas.
- (B) Monitor multiparamétrico, coleta de gasometria arterial e dímero D.
- (C) Monitor multiparamétrico e angiotomografia arterial de tórax.
- (D) Analgesia, enzimas cardíacas e ecocardiograma.
- (E) Ultrassonografia com doppler venoso de ambos os membros inferiores e inalação.

52

Paciente do sexo masculino, 80 anos, hipertenso, realizou há 20 dias cirurgia para correção da luxação de fêmur direito. Durante uma das sessões de fisioterapia, apresentou uma síncope com retorno rápido à consciência. O seu fisioterapeuta interrompeu imediatamente a aula e verificou os sinais vitais: PA 85/75 mmHg, FC 126, Sat 88% ar ambiente, FR 26. O paciente estava pálido, com a pele fria e levemente sudoreico. Foi solicitada sua transferência para um grande hospital. Durante o transporte, ele apresentou uma parada cardiorrespiratória (PCR) atividade elétrica sem pulso (AESP), revertida após 3 minutos de reanimação cardiopulmonar (RCP). O pneumologista estava de plantão na UTI geral do hospital quando ligaram pedindo vaga para um paciente em pós-PCR, com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio. Seria levado para hemodinâmica quando apresentou novamente PCR em AESP. O pneumologista deixou a vaga reservada, mas foi até o pronto-socorro. O paciente havia novamente retornado à circulação extracorpórea após 4 minutos de RCP, estava taquicárdico, chocado e com evidente edema de todo o membro inferior direito. Após discussão do caso entre os médicos que atenderam o paciente, chegou-se a uma conclusão do que houve e do que deveria ser feito. Diante do exposto, assinale a alternativa correta.

- (A) Os fatores de risco para IAM são importantes, portanto o paciente, após estabilização, deve ir à hemodinâmica.
- (B) A causa da PCR foi embolia pulmonar. Deve-se iniciar trombolítico imediatamente.
- (C) O paciente deve ser submetido urgentemente a uma angiotomografia arterial de tórax.
- (D) Deve-se realizar anticoagulação plena e estabilização do quadro.
- (E) Deve-se encaminhar o paciente à hemodinâmica com urgência, pois, independentemente da causa da PCR, infarto ou embolia, o cateterismo será capaz de tratá-los.

53

Paciente do sexo feminino, 76 anos, tabagista desde os 14 anos, possui diagnóstico de DPOC e está em tratamento com broncodilatador e anticolinérgico ambos de longa duração. Foi internada por hemoptise iniciada há 6 dias. Relata que há 6 meses havia ficado internada por 3 dias para tratamento de pneumonia e, depois da alta, não voltou ao pneumologista assistente, mas, desde a internação, percebeu que a dispneia aos esforços piorou, a tosse aumentou e estava perdendo peso. A tomografia de tórax recém-realizada evidenciou atelectasia do lobo superior esquerdo por provável obstrução brônquica, além das bolhas de enfisema paraseptal bilateral. Qual deve ser a conduta adotada para esse caso?

- (A) A cirurgia do tórax deve ser acionada para programar videocirurgia a fim de ressecar o lobo superior esquerdo.
- (B) A principal hipótese diagnóstica é neoplasia pulmonar e o próximo passo é PET SCAN.
- (C) Há necessidade de definir a etiologia da atelectasia e, nesse caso, a broncoscopia é contraindicada pela presença de bolhas de enfisema.
- (D) Deve ser realizada broncoscopia na paciente, pois, além de definir a etiologia da obstrução brônquica, haverá coleta de material para análise (biópsia e lavador broncoalveolar).
- (E) Como a atelectasia é no lobo superior esquerdo, a biópsia transtorácica com agulha guiada por tomografia é o método de melhor rendimento e menos invasivo nesse caso.

54

Paciente do sexo masculino, 61 anos, está internado na UTI em 7º dia pós-operatório de transplante hepático, estável e sem drogas vasoativas, respirando espontaneamente em ar ambiente com Sat 95%. Está em uso de tacrolimus e corticoide para imunossupressão. A avaliação da pneumologia foi solicitada, pois o resultado do IGRA, coletado antes da cirurgia, foi positivo. A radiografia de tórax feita à beira de leito apresenta discreto derrame pleural bilateral. O paciente tem tosse leve seca iniciada após o transplante e há alterações de enzimas hepáticas (3x o valor de referência). Considerando essas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) Devido à imunossupressão, há risco de o paciente evoluir com tuberculose, e, como o IGRA é positivo, é indicado tratamento com esquema básico RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol).
- (B) Como o paciente não tem sintomas de tuberculose, não há necessidade de nenhum tratamento adicional.
- (C) O ideal para esse paciente é iniciar tratamento de tuberculose com esquema para hepatopata, mesmo sendo o fígado “novo”.
- (D) Sendo o paciente assintomático, com radiografia de tórax sem sinais de tuberculose, imunossuprimido com IGRA positivo, há necessidade de tratamento de tuberculose latente.
- (E) Deve-se puncionar o derrame pleural para investigação de tuberculose pleural para depois iniciar um possível tratamento.

55

Paciente do sexo feminino, 32 anos, com dispneia aos esforços progressiva há 6 meses, associada a edema de membros inferiores e cianose de extremidades, chegou ao pronto-socorro do hospital trazida pela família após síncope com queda da própria altura, depois de empurrar um móvel do lugar. Ao exame físico, estava consciente, orientada e sem déficits motores, apresentava ausculta pulmonar sem alterações, membros inferiores com edema +3/+4, PA 90/60 mmHg, FC 122, Sat O2 85 em ar ambiente, hepatomegalia, ausculta cardíaca com hiperfonese de P2 e turgência jugular. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) Provavelmente a paciente é portadora de insuficiência cardíaca congestiva. Deve-se solicitar ecocardiograma para iniciar investigação.
- (B) Doença do colágeno deve ser considerada, uma vez que a cianose de extremidades pode ser indicativo de síndrome de Raynaud.
- (C) O conjunto de sinais e sintomas sugerem alteração de ventrículo direito, e a hipertensão arterial pulmonar primária deve ser considerada.
- (D) Deve-se solicitar exames para investigação de trombofilia, pois o quadro apresentando sugere embolia pulmonar.
- (E) Deve-se solicitar enzimas cardíacas, gasometria arterial e tomografia de crânio.

56

Em relação à hipertensão pulmonar primária, assinale a alternativa correta.

- (A) A classe mais comum de hipertensão arterial pulmonar primária é a familiar, responsável por 25% das causas.
- (B) O tratamento consiste no uso de bloqueadores de canal de cálcio.
- (C) O padrão ouro para diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar primária é o ecoardiograma, considerando a pressão no átrio direito 5 mmHg.
- (D) O teste de vasorreatividade é considerado positivo quando há queda de mais de 10 mmHg na pressão arterial pulmonar média para valores absolutos < 40 mmHg, sem diminuir o débito cardíaco.
- (E) É definida quando a pressão arterial pulmonar média é > 35 mmHg no cateterismo cardíaco direito em repouso, com pressão de capilar pulmonar < 15 mmHg e resistência vascular pulmonar > 240 dynes/s/cm.

57

Um intensivista e chefe da UTI do hospital pergunta ao pneumologista qual a melhor “bombinha” para DPOC. Ele tem 62 anos, é ex-tabagista e apresenta dispneia aos esforços há pelo menos 1 ano. Inicialmente acreditou ser por causa da correria do trabalho, mas agora também apresenta tosse seca e acredita que pode ter DPOC. O pneumologista o examina e, na ausculta, percebe estertores crepitantes tipo velcro em bases, dedos levemente baqueteados, Sat O2 em ar ambiente 94%. Qual deve ser a conduta nesse caso?

- (A) Dizer que inicialmente broncodilatador de longa duração iria ajudar e sugerir uma espirometria.
- (B) Avaliar as condições e hábitos de vida, como lazer, por exemplo, para depois indicar um tratamento.
- (C) Como já há dedos em baqueteamento, iniciar terapia inalatória tripla.
- (D) Iniciar anticolinérgico de longa duração até a realização de uma tomografia de tórax.
- (E) Dizer que possivelmente é um quadro intersticial e não obstrutivo e que as “bombinhas” não iriam ajudar.

58

Paciente do sexo masculino, 85 anos, está internado após queda da própria altura com fratura de fêmur. É portador de hipertensão, dislipidemia, insuficiência coronariana, teve infarto agudo do miocárdio prévio e, como fazia uso de dupla antiagregação plaquetária, a cirurgia para correção da fratura foi realizada somente 7 dias após a internação hospitalar. No segundo dia do pós-operatório, evoluiu com dispneia, tosse secretiva, agitação psicomotora e dessaturação. Estava em mau estado geral, taquicárdico, febril, tendendo à hipotensão, com roncos de transmissão e EC em lobo superior direito. Diante desse quadro, qual deve ser a conduta?

- (A) Filtro de veia cava, pois a anticoagulação não será possível devido à cirurgia recente.
- (B) Entubação orotraqueal e ventilação mecânica.
- (C) Cateterismo de urgência.
- (D) Sedativos para controle de delírio e oxigenioterapia.
- (E) Antibioticoterapia e investigação da etiologia do quadro.

59

A respeito da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM), assinale a alternativa correta.

- (A) A pressão no cuff do tubo endotraqueal deve ser mantida em 20 e 30 cm H₂O.
- (B) Cabeceira elevada não reduz o risco da PAVM.
- (C) A PAVM é definida como infecção de parênquima pulmonar iniciada após 4 dias de entubação orotraqueal.
- (D) A sondagem nasointestinal é superior à sondagem orogástrica em prevenção de PAVM.
- (E) Os microrganismos mais frequentes são os gram-positivos.

60

Paciente do sexo feminino, 27 anos, portadora de doença de Crohn, foi encaminhada pelo gastroenterologista para avaliação em relação à alteração radiológica, pois precisa iniciar o tratamento da doença inflamatória intestinal com inibidor de TNF alfa (Fator de Necrose Tumoral alfa). Ela é assintomática do ponto de vista respiratório, não há alteração ao exame físico e a radiografia de tórax em posteroanterior (PA) evidencia uma imagem nodular hiperdensa em lobo superior direito de aproximadamente 6 mm. O pneumologista solicita PPD, pois ainda havia alguns testes disponíveis na Unidade Básica de Saúde. Resultado: 10 mm. Diante disso, o pneumologista deve dizer ao gastroenterologista que

- (A) com o PPD reagente, a paciente não poderá fazer uso dessa classe de medicamento.
- (B) a imagem pulmonar possivelmente é um granuloma e que o PPD reator mostra contato prévio com alguma micobactéria, não havendo contraindicação ao tratamento proposto.
- (C) se trata de um quadro de tuberculose, e a coleta de escarro (seja induzida ou por broncoscopia) deve ser feita para confirmar o diagnóstico.
- (D) a paciente deverá iniciar tratamento de infecção latente por tuberculose.
- (E) se deve usar rifampicina por 90 dias para depois iniciar o uso da medicação sugerida.

61

Paciente do sexo masculino, 35 anos, sedentário, não fumante, possui rinite alérgica não controlada e, devido aos roncos noturnos, sua esposa o obrigou a fazer um check-up. Após consulta com cardiologista, iniciou uso de estatina e anti-hipertensivo. Procurou o pneumologista para avaliação de possível Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). O índice de massa corporal do paciente é de 37,04 kg/m², sua circunferência cervical é de 43 cm e seu índice de Mallanpati é classe II. Em relação à Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono, assinale a alternativa correta.

- (A) A circunferência cervical aumentada é um forte fator preditor de SAOS.
- (B) Não há necessidade de investigar SAOS nesse paciente, provavelmente os roncos noturnos se devem à rinite alérgica não controlada.
- (C) Como o paciente é jovem, a SAOS não impacta o sistema cardiovascular.
- (D) A SAOS é considerada grave quando o índice de apneia/hipopneia é maior do que 15 por hora.
- (E) Aparelho intraoral é o indicado nesse caso.

62

Paciente do sexo feminino, 67 anos, com IMC 40 kg/mm² e já submetida à angioplastia coronariana, apresenta polissonografia com o seguinte resultado:

- Índice de apneia/hipopneia: 35/h;
- Apneias centrais: 0;
- Apneias obstrutivas: 35;
- Hipopneias: 0;
- Saturação basal: 97%;
- Saturação média: 90%;
- Saturação mínima: 85%;
- Índice de movimentos de membros inferiores: 0;
- Índice de despertares e microdespertares: 25/h;
- Eficiência do sono: 90%;
- Distribuição sono: REM 20%, não REM: N1 2%, N2 45%, N3 13%.

Qual deve ser a conduta do pneumologista em relação a esse caso?

- (A) Encaminhar para o cirurgião bariátrico.
- (B) Indicar o aparelho intraoral.
- (C) Orientar a paciente a perder peso e repetir a polissonografia em 6 meses.
- (D) Indicar CPAP (pressão positiva contínua das vias aéreas).
- (E) Encaminhar ao otorrino para realização de uvulopalatofaringoplastia.

63

Assinale a alternativa que apresenta a interpretação correta da espirometria a seguir.

Parameter	Unit	MEAS	PRED	PRED%	LLN
FVC	L	3.80	4.26	84.58%	3.61
FEV1	L	2.81	3.57	78.63%	3.04
FEV1/FVC	%	78.06	84.07	92.84%	75.42
PEF	L/s	4.87	6.99	69.65%	4.35
FEF2575	L/s	2.65	3.97	66.80%	2.66
FEF25	L/s	4.07	6.56	62.07%	4.04
FEF50	L/s	3.07	4.50	68.14%	2.79
FEF75	L/s	1.45	1.90	76.32%	0.98
EV	ml	76.03(2.11%FVC)		-	-
FET	s	-	6.00	-	-
EOTV	ml	-	-	-	-
PEFT	ms	-	-	-	-

- (A) Distúrbio ventilatório obstrutivo grave.
- (B) Distúrbio ventilatório misto.
- (C) Distúrbio ventilatório restritivo moderado.
- (D) Distúrbio ventilatório obstrutivo moderado.
- (E) Distúrbio ventilatório restritivo leve.

64

Paciente do sexo feminino, 74 anos, hipertensa, hipotiroidea, comparece à consulta com o pneumologista encaminhada pelo reumatologista, pois, há 6 meses, iniciou edema e dores articulares, principalmente em articulações das mãos, com rigidez matinal, e, há 2 meses, tosse seca e dispneia aos esforços progressiva. Não fuma, não tem alergias e nunca teve doença pulmonar. Faz uso de atenolol, levotiroxina, hidroxyclorequina e nitrofurantoina diariamente para prevenção de infecção de urina. Exames laboratoriais evidenciam anemia normocrômica e microcítica, função renal e rotina de urina normais, complementos reduzidos, FAN (Fator Antinúcleo) positivo em título alto, ANCA P (Anticorpo Anticitoplasma de Neutrófilos) positivo em título baixo, FR altamente positivo, VHS e proteína C reativa altos. Qual deve ser a conduta adotada para essa paciente?

- (A) Iniciar broncodilatador e corticoide inalatório.
- (B) Orientar que o quadro pulmonar é secundário à artrite reumatoide e que se deve iniciar imunossupressão o mais brevemente possível.
- (C) Suspende imediatamente nitrofurantoína e solicitar anti-histona.
- (D) Internar para realizar pulsoterapia com corticoide endovenoso.
- (E) Solicitar ecocardiograma para avaliar hipertensão pulmonar comum em pacientes com artrite reumatoide.

65

São contraindicações à broncoscopia, EXCETO

- (A) hemoptise.
- (B) insuficiência cardíaca descompensada.
- (C) arritmias graves.
- (D) insuficiência respiratória com hipercapnia.
- (E) hipoxemia não corrigida com suplementação de oxigênio.

66

Paciente do sexo feminino, 46 anos, hígida, não fumante, com diagnóstico de asma há 5 anos, está com terapêutica otimizada, mas resolveu procurar outro pneumologista, pois as crises ainda eram frequentes e ela não via melhora com o tratamento. O pneumologista realiza anamnese minuciosa e identifica que as crises começaram após um assalto à mão armada sofrido por ela, inclusive com óbito do marido por um tiro. Desde então, faz uso de antidepressivos. Nunca foi atópica, não havia história familiar de atopia nem de asma. Era evidente, na história clínica, a associação das crises com algum estresse ou ansiedade da paciente. Nas crises, ela usava broncodilatador de curta duração e, muitas vezes, ia ao PS, onde aplicavam algum corticoide endovenoso, aliviando a crise. O exame físico naquele momento estava normal e a espirometria daquele dia também. A paciente já apresenta resultados de exames laboratoriais todos normais, inclusive dosagem de imunoglobulinas, dosagem de alfa 1 antitripsina normal, investigação de doença autoimune negativa, tomografia de tórax normal. Qual deve ser a conduta para essa paciente?

- (A) Encaminhar para um psiquiatra.
- (B) Solicitar avaliação de um cardiologista.
- (C) Trocar o tratamento, mudando principalmente o corticoide inalatório.
- (D) Solicitar que ela volte imediatamente ao seu consultório em caso de crise para tentar realizar uma espirometria durante a crise.
- (E) Iniciar tratamento de refluxo até o resultado de cintilografia para pesquisa de refluxo e de aspiração pulmonar.

67

Paciente do sexo masculino, 74 anos, obeso, hipertenso, diabético, etilista e tabagista, foi internado na UTI por rebaixamento do nível de consciência, com necessidade de entubação orotraqueal. A família diz que, há anos, ele tem dispneia aos esforços e já tem alteração do nível de consciência. Em alguns dias, ele fica sonolento e dorme o dia todo, em outros dias, ele está desperto e faz as atividades de vida diária sem ajuda. Não faz tratamento das doenças de bases de forma correta. As tomografias de crânio (entrada e controle) descartaram acidente vascular encefálico (AVE). A tomografia de tórax descartou embolia pulmonar e evidenciou paralisia de diafragma à direita, bolhas de enfisema em lobos superiores e espessamento brônquico em bases. O líquido estava normal. O ecocardiograma apresentou disfunção leve de ventrículo direito e hipertensão pulmonar. A gasometria arterial apresentou os seguintes valores: pH 7,25, PCO₂ 100, PO₂ 132, HCO₃ 43,9, Sat O₂ 99%.

Diante desse quadro, assinale a alternativa correta.

- (A) Há necessidade de realizar ressonância magnética de crânio, pois ainda há possibilidade de AVE isquêmico como causa do rebaixamento do nível consciência.
- (B) A gasometria evidencia acidose respiratória crônica descompensada.
- (C) Provavelmente esse paciente tem DPOC e não tem diagnóstico. Não há o que ser feito nesse momento a não ser traqueostomia.
- (D) Como o ecocardiograma evidenciou hipertensão pulmonar e dilatação de ventrículo direito, o próximo passo é realizar cateterismo cardíaco direito.
- (E) A alteração do nível de consciência e o tabagismo não têm relação.

68

Paciente do sexo masculino, 32 anos, hígido, foi encaminhado ao pneumologista porque, durante a investigação de infertilidade, o urologista diagnosticou agenesia bilateral de ductos deferentes. Qual é o provável diagnóstico desse paciente?

- (A) Anemia falciforme.
- (B) Acidose tubular renal distal.
- (C) Asma.
- (D) Fibrose cística.
- (E) Cirrose biliar primária.

69

Paciente do sexo masculino, 67 anos, queixa-se de dispneia há 3 meses com piora nos últimos dias. É Tabagista ativo, etilista crônico e aposentado, era trabalhador rural. Não faz uso de medicamentos contínuos e não tem alergias. Além da dispneia, apresenta sintomas que pouco valoriza, como febre intermitente, fraqueza, tosse com hemoptóicos e perda de 6 kg desde o início dos sintomas. Ao exame físico, estava descorado, hidratado, emagrecido, com múltiplas úlceras granulomatosas, textura irregular e pontos hemorrágicos em mucosa jugal à direita, esquerda e palato, linfonodos palpáveis em região cervical e submandibular de cerca de 1 cm, aderidos aos planos profundos. A ausculta cardiopulmonar estava sem alterações. Qual deve ser a conduta para esse paciente e qual é a hipótese diagnóstica?

- (A) Biópsia das lesões orais, tomografia de tórax e cervical / Provável neoplasia de cabeça e pescoço.
- (B) Tomografia de tórax e cervical, pesquisa de BK e fungos escarro / Provável histoplasmose.
- (C) Raspado da lesão com pesquisa de fungo e BK / Provável paracoccidioidomicose.
- (D) Broncoscopia com coleta de lavado e biópsia / Provável criptococose.
- (E) Início empírico de esquema básico para tratamento / Provável tuberculose.

70

Em relação à fibrose cística, assinale a alternativa correta.

- (A) É uma doença autossômica dominante.
- (B) É uma mutação no gene CFTR (proteína reguladora da condutância transmembrana da fibrose cística).
- (C) Existem 6 mutações genéticas conhecidas atualmente, mas a perspectiva é de que haja mais.
- (D) Independentemente do tipo de mutação, o quadro apresentado será de acometimento respiratório e pancreático.
- (E) A mortalidade é alta e a maioria não chega à vida adulta, falecendo de complicações pulmonares, principalmente infecciosas.

71

Mulher de 34 anos tem uma filha de 1 ano e 2 meses que já teve 2 episódios de sibilos e tosse prolongada após um quadro de infecção de vias aéreas superiores. Ela está muito preocupada porque é asmática e, na infância, teve crises muito graves e não quer que a filha passe pela mesma situação. Em resposta a essa mãe, o pneumologista explica que

- (A) existem escores preditivos de asma após os 6 anos, que são divididos em critérios maiores e menores, e que podem ser realizados em crianças a partir de 6 meses de idade.
- (B) com esse quadro, a criança já é asmática e deve iniciar tratamento com corticoide inalatório.
- (C) a exposição a alérgenos nessa idade deve ser evitada para diminuir o risco de asma no futuro.
- (D) ainda é cedo para o diagnóstico de asma nessa idade, e não há nenhum exame específico para esse diagnóstico na primeira infância.
- (E) existem exames como os testes cutâneos de alergia que, em caso de positividade, são preditores de asma.

72

São contraindicações à Ventilação Não Invasiva (VNI), EXCETO

- (A) parada cardiorrespiratória.
- (B) obstrução das vias aéreas superiores.
- (C) acidose hipercápnica do DPOC.
- (D) traumatismo facial.
- (E) pós-operatório de cirurgia de esôfago.

73

Paciente do sexo feminino, 61 anos, hipertensa, dá entrada no pronto-socorro com tosse seca, dispneia progressiva, hipoxemia e saturação 85% ar ambiente. Faz uso de enalapril, não fuma e nunca teve doença pulmonar. Diz que usou vários medicamentos durante os dois meses em que os sintomas apareceram: antibióticos, corticoides, antitussígenos, anti-inflamatórios, inalações com broncodilatador, mas não melhorou. Relaciona o início dos sintomas com a chegada de dois gatos e uma calopsita em sua residência, presente de uma sobrinha. Ao exame físico, estava eupneica, apresentava grunhidos, a saturação já estava 95% com cateter nasal de O₂ e a paciente estava levemente taquicárdica e normotensa. Os exames laboratoriais estavam todos dentro da normalidade. A tomografia de tórax apresentava opacidades em vidro fosco associadas a nódulos centrolobulares mal definidos e aprisionamento aéreo. Qual deve ser a conduta para essa paciente?

- (A) Broncoscopia com contagem diferencial de células. Provavelmente haverá aumento de neutrófilos.
- (B) Pulso com corticoide e dosagem de autoanticorpos.
- (C) Coleta de escarro para pesquisa de fungos.
- (D) Recomendação de afastamento imediato da calopsita.
- (E) Antibioticoterapia de amplo espectro com cobertura para gram-positivo.

74

Paciente do sexo feminino, 70 anos, tabagista desde os 16 anos, foi internada na clínica médica por disúria. Após 5 dias de internação, foi solicitada avaliação da pneumologia, pois a paciente apresentou tosse e hemoptise. A disúria era infecção de urina por *Escherichia coli* multisensível. O pneumologista chega à beira do leito e encontra uma senhora bastante ansiosa, confusa, querendo ir para casa e dizendo que não tem nada. Está sudoreica e dispneica, com Frequência Cardíaca (FC) 122, Pressão Arterial (PA) 167/89 mmHg, Saturação de oxigênio (sat O₂) 93%. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) Essa paciente poderá ter alta hospitalar com antibiótico via oral para completar o tratamento da infecção de urina e retornar ao consultório para seguimento da provável doença pulmonar obstrutiva crônica.
- (B) As hipóteses diagnósticas diante desse quadro podem estar relacionadas tanto ao aparelho respiratório quanto ao cardiovascular.
- (C) A principal hipótese diagnóstica é câncer de pulmão, e a alteração neurológica (confusão mental e ansiedade) pode ser consequência de metástases cerebrais.
- (D) Independentemente da hipótese diagnóstica do aparelho respiratório, a paciente deve ser encaminhada para UTI, pois é evidente o choque séptico de foco urinário.
- (E) A terapia de reposição de nicotina nesse momento não será benéfica.

75

Paciente do sexo feminino, 18 anos, hígida, dá entrada no pronto-socorro com febre há 6 dias, tosse produtiva com expectoração amarelada e, há 1 dia, apresentou dor torácica e dispneia. Ao exame, está pálida, FC 135, PA 80/60 mmHg, FR 28 incursões respiratórias por minuto (irp), T 39.3 °C, murmúrio vesicular presente com estertores crepantes em base direita, Sat O2 92 % ar ambiente. Tendo em vista essas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) O quadro apresentado é compatível com pneumonia adquirida na comunidade, e o tratamento para paciente jovem e hígido é antibiótico via oral e tratamento domiciliar.
- (B) Com base nos escores CURB-65 e PORT/PSI (Índice de Severidade de Pneumonia), essa paciente deve ser internada em enfermaria para antibiótico endovenoso.
- (C) Os escores (CURB-65 e PORT) são excelentes preditores de gravidade e risco de piora, principalmente em pacientes jovens.
- (D) O tratamento deverá ser feito com betalactâmico e macrolídeo.
- (E) Deve-se iniciar droga vasoativa, antibioticoterapia e antiviral até resultado de painel viral.

76

Paciente do sexo masculino, 20 anos, hígido, dá entrada no hospital por dor torácica súbita e dispneia. Avalie a seguinte imagem radiológica desse paciente e assinale a alternativa que apresenta a interpretação correta da imagem.



- (A) Pneumonia à direita.
- (B) Alargamento do mediastino.
- (C) Derrame pleural.
- (D) Artefato externo se sobrepondo ao hemitórax direito.
- (E) Pneumotórax à direita.

77

Paciente do sexo feminino, asmática, 35 anos, em uso de vilanterol + furoato de fluticasona 25/100 mcg inalatório uma vez ao dia, faz acompanhamento regularmente a cada 4 meses, sempre com a doença controlada. Na consulta de rotina de hoje, diz que está mais cansada, não consegue mais fazer as atividades físicas que fazia antes e refere que houve piora após uma gripe há 1 mês. Está precisando usar broncodilatador de curta duração (salbutamol) pelo menos uma vez ao dia e, na espirometria realizada hoje, houve redução da função pulmonar em 20% comparada com a última. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente usa dose baixa de corticoide inalatório (100 mcg de furoato de fluticasona).
- (B) Queda de 20% da função pulmonar não é considerada significativa.
- (C) A paciente não está controlada da asma. Uma alternativa é aumentar a dose do furoato de fluticasona.
- (D) A paciente se beneficiaria de curso prolongado de corticoide oral.
- (E) A gripe não tem relação com a piora do quadro respiratório.

78

Paciente do sexo feminino, 23 anos, comparece à consulta médica com queixa de tosse produtiva há 6 meses, associada à febre intermitente, dispneia aos esforços, adinamia, inapetência, perda de peso, aproximadamente 7 kg, e, no último mês, apresentou piora da dispneia. Tem um bebê de 3 meses que também está com tosse e não ganha peso. Portadora de rinite alérgica, asma de infância sem crises há anos, não faz uso de medicamentos contínuos, não fuma e não usa drogas. Ao exame físico, estava em regular estado geral, emagrecida, pálida, FR 20, FC 104, PA 110/70 mmHg, Sat O₂ 97 % ar ambiente, EC bilaterais e difusos mais acentuados na base direita. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) O quadro da paciente sugere asma, haja vista o quadro de rinite e o histórico de asma.
- (B) Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é a principal hipótese diagnóstica. Deve-se iniciar antibioticoterapia rapidamente.
- (C) Tuberculose pulmonar deve ser investigada e a realização de PPD (prova tuberculínica) é indicada.
- (D) Uma radiografia de tórax contribui para diagnósticos diferenciais.
- (E) O uso de broncodilatador + corticoide inalatório com ciclo curto de corticoide sistêmico é o aconselhado nesse caso.

79

Com a descontinuação da realização do PPD no Brasil e no mundo, um novo método para identificar casos de tuberculose latente (ILT) vem sendo utilizado, o IGRA (Interferon Gamma Release Assay/Ensaio de Detecção de Interferon Gama). Esse método foi incorporado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) em 2020 para investigação de ILT em populações específicas, como portadores de HIV. Sobre o assunto, assinale a alternativa correta.

- (A) O IGRA tem por objetivo quantificar a resposta imune celular em sangue periférico dos linfócitos T mediante estímulo, *in vitro*, a agentes específicos do *M. Tuberculosis*.
- (B) A sensibilidade do IGRA e do PPD é semelhante, com a vantagem de o IGRA não necessitar que, após a coleta do material, o paciente retorne ao laboratório para fazer a interpretação.
- (C) Tanto o IGRA quanto o PPD apresentam reação cruzada com a vacina BCG.
- (D) Também pode acontecer “efeito booster” com o IGRA.
- (E) O IGRA não é indicado para profissionais da saúde que trabalham diretamente com tuberculose.

80

Um pneumologista está de férias a caminho de Paris em um voo comercial quando a aeromoça pergunta se há um médico a bordo, pois há um passageiro “passando mal”. Trata-se de um senhor de 68 anos, consciente, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que refere desconforto torácico. Está dispneico, pálido, apresenta fala entrecortada, FC 107, Sat O₂ 92% ar ambiente, normotenso e com ausculta pulmonar sem alterações. Com base nessas informações e na medicina aeroespacial, assinale a alternativa correta.

- (A) Para que os voos se tornem possíveis, a cabine das aeronaves sofre despressurização quando a ascensão se inicia e pressurização quando ocorre o descenso.
- (B) Quanto maior a altitude, maior a oxigenação.
- (C) Portadores de DPOC são proibidos de voar.
- (D) O quadro apresentado por esse paciente possivelmente não tem relação com o voo.
- (E) A pressão parcial de oxigênio ao nível do mar é maior do que a pressão parcial em altas altitudes, o que provavelmente contribuiu para o quadro apresentando por esse senhor.

