

TIPO

1

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- 5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- 1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- 30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões.**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Cirurgia Torácica

1

Um paciente de 28 anos, vítima de acidente de trânsito como passageiro, dá entrada no pronto-socorro. Apresenta dor torácica severa à direita, dificuldade respiratória progressiva e hipertensão venosa jugular. Ao exame físico, há desvio traqueal para a esquerda, ausência de murmúrio vesicular no hemitórax direito e timpanismo à percussão. A pressão arterial é de 85/50 mmHg e a frequência cardíaca de 130 bpm.

A conduta imediata mais apropriada é

- (A) intubação orotraqueal com ventilação mecânica.
- (B) toracotomia de urgência.
- (C) pericardiocentese de urgência.
- (D) drenagem torácica no 2º espaço intercostal, linha escapular.
- (E) drenagem torácica no 5º espaço intercostal, linha axilar média.

2

Paciente de 45 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em hemitórax esquerdo (frente), chega ao pronto-socorro em parada cardiorrespiratória. O serviço de reanimação do trauma é acionado e realiza reanimação cardiopulmonar (RCP) por 5 minutos sem sucesso. O paciente apresenta sinais transitórios de vida.

A conduta imediata mais indicada é

- (A) continuar a RCP e solicitar tomografia computadorizada de tórax.
- (B) realizar clampeamento da aorta e massagem cardíaca interna via toracotomia anterolateral esquerda.
- (C) realizar punção pericárdica.
- (D) realizar drenagem torácica bilateral e esperar por sinais vitais.
- (E) indicar laparotomia exploradora.

3

Um paciente de 35 anos, vítima de queda da própria altura, apresenta fratura múltipla de costelas à direita (3ª a 7ª costelas). Ele apresenta dispneia, uso de musculatura acessória e dor severa ao respirar. A radiografia de tórax mostra opacidades pulmonares subjacentes às fraturas.

A fisiopatologia primária da insuficiência respiratória nesse paciente, conhecida como "*flail chest*", envolve

- (A) apenas o efeito de massa das costelas deslocadas sobre o pulmão.
- (B) o pneumotórax hipertensivo, que frequentemente acompanha as fraturas.
- (C) exclusivamente a contusão pulmonar, independentemente das fraturas de costelas.
- (D) a perda da estabilidade da parede torácica, resultando em movimentos paradoxais e dor limitante associada à contusão pulmonar subjacente.
- (E) a aspiração de conteúdo gástrico devido à dor.

4

Paciente de 55 anos, vítima de trauma fechado (impacto ao volante), apresenta dor torácica severa, dispneia e hemoptise. A tomografia computadorizada de tórax revela um alargamento do mediastino e uma irregularidade na parede da aorta descendente torácica.

A conduta mais apropriada para confirmar o diagnóstico e tratar é

- (A) observação e controle da dor.
- (B) angioTC, controle rigoroso da pressão arterial e frequência cardíaca e, possível intervenção endovascular.
- (C) toracotomia imediata com clampeamento da aorta.
- (D) drenagem torácica e aguardar melhora.
- (E) broncoscopia de urgência.

5

Um paciente de 25 anos, vítima de agressão por arma branca na região axilar do hemitórax direito, foi submetido à drenagem torácica com débito inicial de 1.500 mL de sangue. A pressão arterial é de 90/60 mmHg, e ele continua sangrando a uma taxa de 200 mL/hora nas 2 horas seguintes, apesar de ressuscitação volêmica.

A conduta indicada é

- (A) continuar a drenagem e aguardar 6 horas.
- (B) realizar toracotomia de urgência.
- (C) realizar toracoscopia (VATS) para diagnóstico.
- (D) inserir um segundo dreno torácico.
- (E) realizar embolização angiográfica.

6

Paciente de 30 anos, vítima de acidente de moto, apresenta fratura do esterno e costelas bilaterais anteriormente. Ele desenvolve arritmias cardíacas frequentes, mas está hemodinamicamente estável. O eletrocardiograma mostra alterações inespecíficas.

A suspeita clínica principal, além das fraturas, é de

- (A) ruptura da aorta.
- (B) pneumotórax hipertensivo.
- (C) tamponamento cardíaco.
- (D) contusão miocárdica.
- (E) fístula traqueobrônquica.

7

Um paciente de 40 anos, vítima de trauma penetrante (arma branca) no hemitórax esquerdo (frente), desenvolve rapidamente turgência jugular, abafamento de bulhas cardíacas e hipotensão arterial. O eletrocardiograma mostra baixa voltagem. A radiografia de tórax não mostra pneumotórax evidente.

A conduta imediata mais apropriada é

- (A) drenagem torácica bilateral.
- (B) intubação orotraqueal.
- (C) punção pericárdica (pericardiocentese) de urgência.
- (D) administração de vasopressores.
- (E) tomografia computadorizada de tórax.

8

Paciente de 50 anos, vítima de queda da própria altura, apresenta deformidade severa na clavícula direita e dor intensa. A radiografia de tórax mostra fratura desviada do terço médio da clavícula.

A complicação anatômica mais temida, que exige avaliação cuidadosa e frequentemente está associada a essa fratura é a lesão de

- (A) artéria subclávia e plexo braquial.
- (B) parede traqueal.
- (C) diafragma.
- (D) esôfago.
- (E) esterno.

9

Um paciente de 60 anos, vítima de trauma torácico fechado, desenvolve enfisema subcutâneo volumoso e pneumomediastino. A tomografia computadorizada revela lesão na traqueia distal.

A cirurgia de escolha para reparo de uma lesão traqueal torácica é geralmente realizada por meio de

- (A) toracotomia lateral direita.
- (B) toracotomia lateral esquerda.
- (C) esternotomia mediana.
- (D) laparotomia mediana.
- (E) toracotomia axilar esquerda.

10

Paciente de 22 anos, vítima de trauma torácico penetrante (projétil de arma de fogo) no hemitórax direito, apresenta lesão do brônquio-fonte direito. A broncoscopia confirma uma laceração completa do brônquio intermediário.

O tratamento cirúrgico ideal para esse tipo de lesão traqueobrônquica é

- (A) pneumonectomia.
- (B) lobectomia.
- (C) reparo primário da laceração (sutura).
- (D) colocação de *stent* brônquico.
- (E) drenagem torácica isolada.

11

Um paciente de 55 anos, tabagista de grande porte, apresenta dor torácica lateral à direita e dispneia progressiva. A radiografia de tórax mostra derrame pleural unilateral à direita. A toracocentese diagnóstica revela um líquido amarelado, com pH de 7,20, glicose de 45 mg/dL, LDH de 800 UI/L e predominância de células mononucleares. A relação LDH pleural/sérica é de 0,8.

Com base nos critérios de Light e nas características do líquido, a causa mais provável desse derrame pleural é

- (A) insuficiência cardíaca congestiva.
- (B) cirrose hepática.
- (C) pneumonia bacteriana (parapneumônico).
- (D) tuberculose.
- (E) síndrome nefrótica.

12

Paciente de 70 anos com histórico de exposição prolongada ao amianto apresenta dor torácica e dispneia.

A tomografia computadorizada de tórax revela espessamento pleural nodular difuso no hemitórax esquerdo, acometendo mediastino e diafragma. A biópsia pleural confirma mesotelioma pleural.

Das seguintes opções de tratamento, assinale a que é considerada padrão para pacientes com mesotelioma pleural maligno não ressecável, mas com bom estado geral.

- (A) Pneumonectomia extrapleural isolada.
- (B) Imunoterapia com inibidores de checkpoint isolada como primeira linha
- (C) Radioterapia paliativa exclusiva.
- (D) Terapia fotodinâmica
- (E) Quimioterapia sistêmica com pemetrexede e platina.

13

Um paciente de 45 anos, após-cirurgia de *by-pass* coronário há duas semanas, desenvolve febre, dor torácica tipo pleurítica e dispneia. A radiografia mostra derrame pleural bilateral (maior à esquerda). A toracocentese mostra líquido exsudativo com predominância de linfócitos.

O diagnóstico mais provável é

- (A) embolia pulmonar.
- (B) síndrome pós-cardiotomia (síndrome de Dressler).
- (C) pneumonia hospitalar.
- (D) empiema pleural.
- (E) mesotelioma.

14

Paciente de 60 anos, com câncer de pulmão, apresenta um derrame pleural maligno à direita. Após tentativa de pleurodese química (talco) com falha, o paciente permanece sintomático (dispneia recorrente) e o pulmão não expande completamente (pulmão encarcerado/presumível).

A intervenção mais indicada para o alívio dos sintomas a longo prazo é

- (A) repetir a pleurodese com talco.
- (B) pleurectomia total.
- (C) toracotomia com decorticação.
- (D) cateter de drenagem pleural tunelizado (PleurX).
- (E) quimioterapia intrapleural.

15

Um paciente de 30 anos apresenta dor torácica à direita e dispneia. A radiografia de tórax mostra um pneumotórax espontâneo primário à direita, ocupando cerca de 30% do hemitórax. O paciente está estável e não apresenta dispneia em repouso.

A conduta inicial mais apropriada é

- (A) toracostomia (dreno de grande calibre) imediata.
- (B) observação com oxigênio suplementar e radiografia de controle em 6 horas.
- (C) pleurodese química com talco.
- (D) toracoscopia (VATS) com bulas pulmonares.
- (E) intubação orotraqueal.

16

Paciente com histórico de DPOC apresenta febre, calafrios, dor torácica esquerda e tosse produtiva. A radiografia do tórax mostra condensação pneumônica no lobo inferior esquerdo e derrame pleural moderado ipsilateral.

A toracocentese revela líquido purulento com pH 7,0, glicose 30mg/dL e Gram positivo para cocos em arranjos de cacho.

A conduta mais apropriada é

- (A) antibioticoterapia intravenosa isolada.
- (B) toracocentese seriada (diária).
- (C) drenagem torácica com dreno de calibre adequado e antibioticoterapia.
- (D) decorticação cirúrgica imediata.
- (E) pleurodese com talco.

17

Um paciente de 55 anos apresenta um derrame pleural exsudativo esquerdo com predominância de linfócitos. A adenosina desaminase (ADA) no líquido pleural está elevada (> 40 UI/L). A biópsia pleural com agulha de Cope foi positiva para granuloma caseoso.

O diagnóstico mais provável é

- (A) sarcoidose.
- (B) tuberculose pleural.
- (C) linfoma.
- (D) empiema por *Mycobacterium tuberculosis*.
- (E) mesotelioma.

18

Paciente de 40 anos, fumante, apresenta hemoptise, dor torácica e perda de peso. A TC de tórax mostra uma massa no lobo superior direito invadindo a parede torácica e um derrame pleural ipsilateral. A toracocentese mostra líquido exsudativo com células malignas compatíveis com adenocarcinoma de pulmão.

O estadiamento clínico (TNM) do derrame pleural maligno, nesse contexto, é

- (A) T4
- (B) N3
- (C) N2
- (D) M1a
- (E) M1b

19

Um paciente de 70 anos apresenta um derrame pleural esquerdo de volume pequeno a moderado. A avaliação clínica sugere insuficiência cardíaca.

A conduta inicial mais apropriada para o manejo desse derrame é

- (A) toracocentese diagnóstica e terapêutica imediata.
- (B) diuréticos e tratamento da causa subjacente (insuficiência cardíaca).
- (C) drenagem torácica com dreno de pequeno calibre.
- (D) pleurodese química.
- (E) toracoscopia.

20

Paciente de 55 anos, pós-pneumectomia direita por câncer de pulmão há 5 dias, apresenta febre, leucitose e um nível hidroaéreo na cavidade pleural direita vazia, com desvio mediastinal para a esquerda.

O diagnóstico mais provável é

- (A) pneumotórax hipertensivo pós-pneumectomia.
- (B) hemorragia intratorácica.
- (C) ruptura do coto brônquico sem infecção.
- (D) fístula bronco pleural com empiema da cavidade pneumotomizada.
- (E) quilotórax.

21

Um homem de 68 anos, com carcinoma pulmonar de não pequenas células localizado no lobo superior direito, apresenta indicação de lobectomia. Refere dispneia aos esforços habituais (mMRC 2).

A espirometria demonstra VEF1 de 1,35 L (48% do previsto) e a cintilografia pulmonar quantitativa estima que o lobo a ser ressecado contribua com 18% da função pulmonar.

Nesse contexto, para estratificar adequadamente o risco cirúrgico e definir a melhor conduta, a avaliação mais apropriada consiste em

- (A) calcular o VEF1 previsto pós-operatório e, caso permaneça inferior a 60% do previsto, indicar ressecção sublobar por menor impacto funcional.
- (B) calcular o VEF1 previsto pós-operatório e, sendo inferior a 40% do previsto, prosseguir com a avaliação da DLCO prevista pós-operatória e do teste cardiopulmonar de exercício antes de definir a ressecção.
- (C) considerar a espirometria suficiente para contraindicar lobectomia quando o VEF1 pré-operatório for inferior a 50% do previsto.
- (D) solicitar gasometria arterial em repouso para complementar a avaliação funcional pré-operatória.
- (E) indicar lobectomia por via minimamente invasiva, considerando a menor repercussão funcional da abordagem cirúrgica.

22

Um homem de 65 anos, ex-tabagista, apresenta lesão pulmonar periférica de 2,8 cm no lobo superior direito, associada a enfisema bolhoso predominante nos lobos superiores, sem evidências de doença metastática. A espirometria demonstra VEF1 de 1,18 L (39% do previsto). A equipe assistente considera o paciente de elevado risco funcional para lobectomia.

Nesse cenário, antes de contraindicar o tratamento cirúrgico, a estratégia mais adequada para estimar o risco funcional é

- (A) calcular o VEF1 previsto pós-operatório e integrá-lo à DLCO prevista pós-operatória e à avaliação da capacidade de exercício, considerando a distribuição do enfisema;
- (B) considerar o VEF1 reduzido suficiente para contraindicar a ressecção pulmonar e indicar tratamento não cirúrgico.
- (C) solicitar nova espirometria após broncodilatador para definir a indicação cirúrgica;
- (D) solicitar gasometria arterial em repouso para complementar a avaliação funcional pré-operatória;
- (E) indicar segmentectomia anatômica em pacientes com enfisema bolhoso e VEF1 inferior a 40% do previsto.

23

Um homem de 63 anos apresenta carcinoma pulmonar de não pequenas células no lobo superior esquerdo (cT2N2), tratado com quimiorradioterapia neoadjuvante. O reestadiamento demonstra resposta parcial, sendo considerada ressecção pulmonar com intenção curativa. O paciente apresenta bom desempenho funcional. A espirometria evidencia VEF1 de 2,05 L (72% do previsto) e a capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) corresponde a 46% do previsto.

Nesse contexto, a avaliação funcional pré-operatória mais adequada para estimar o risco cirúrgico consiste em reconhecer que

- (A) o VEF1 acima de 70% do previsto é suficiente para indicar a ressecção pulmonar, tornando desnecessária a investigação complementar;
- (B) a redução isolada da DLCO contraindica a cirurgia após tratamento neoadjuvante, independentemente da capacidade funcional;
- (C) a DLCO prevista pós-operatória deve ser incorporada à estratificação do risco, podendo ser necessária a avaliação por teste cardiopulmonar de exercício;
- (D) a resposta radiológica ao tratamento neoadjuvante é suficiente para orientar a indicação cirúrgica;
- (E) a radioterapia torácica interfere predominantemente na função ventilatória, com pouca influência sobre a difusão pulmonar.

24

Uma mulher de 34 anos foi submetida à intubação orotraqueal por 18 dias após traumatismo cranioencefálico. Quatro meses após a alta, passou a apresentar dispneia progressiva e estridor inspiratório. A tomografia computadorizada com reconstrução da via aérea e a broncoscopia evidenciam estenose traqueal circunferencial localizada 1,5 cm abaixo das pregas vocais, com extensão de 1,8 cm, reduzindo aproximadamente 75% da luz traqueal, sem sinais de traqueomalácia. A paciente apresenta boas condições clínicas.

Considerando as características da lesão e as condições da paciente, a estratégia terapêutica mais adequada é

- (A) realizar dilatações endoscópicas seriadas associadas à aplicação tópica de corticoide;
- (B) Implantar prótese traqueal de silicone por broncoscopia rígida;
- (C) realizar ressecção segmentar da traqueia com anastomose término-terminal, após avaliação da possibilidade de reconstrução;
- (D) indicar traqueostomia abaixo da estenose como tratamento definitivo;
- (E) instituir corticoterapia sistêmica associada a broncodilatadores e reavaliar endoscopicamente.

25

Uma mulher de 38 anos permaneceu intubada por 21 dias devido a pneumonia grave. Quatro meses após a alta, evoluiu com dispneia progressiva e estridor inspiratório. A tomografia computadorizada com reconstrução da via aérea demonstra estenose circunferencial localizada a menos de 1 cm abaixo das pregas vocais, com extensão de 1,8 cm e redução aproximada de 85% da luz traqueal. A broncoscopia evidencia lesão fibrótica madura, com acometimento da face inferior da cartilagem cricóide, sem traqueomalácia e com mobilidade preservada das articulações cricoaritenóideas.

Considerando os achados anatômicos descritos, a principal característica que modifica o planejamento cirúrgico em relação a uma ressecção traqueal convencional é

- (A) a redução de aproximadamente 85% da luz traqueal.
- (B) a extensão longitudinal de 1,8 cm da estenose.
- (C) o acometimento da face inferior da cartilagem cricoide.
- (D) a proximidade da borda superior da estenose com as pregas vocais;
- (E) a associação entre a localização subglótica e o acometimento da cartilagem cricóide.

26

Um homem de 54 anos apresenta dispneia progressiva há quatro meses, estridor inspiratório e episódios ocasionais de hemoptise. A tomografia computadorizada com reconstrução da via aérea evidencia uma massa intraluminal na traqueia torácica, localizada cerca de 4 cm acima da carina, reduzindo aproximadamente 90% da luz traqueal, sem sinais de invasão das estruturas adjacentes ou metástases à distância.

Nesse contexto, a estratégia mais adequada para estabelecer o diagnóstico histológico e planejar o tratamento consiste em

- (A) repetir a tomografia computadorizada após tratamento clínico e reavaliar a lesão.
- (B) solicitar PET-CT antes da avaliação endoscópica para complementar a investigação da lesão.
- (C) realizar broncoscopia flexível para obtenção de biópsias da lesão e permitir o controle da via aérea.
- (D) indicar ressecção cirúrgica da traqueia após avaliação funcional e estadiamento clínico.
- (E) realizar broncoscopia rígida sob anestesia geral para avaliar a lesão, obter biópsias e permitir desobstrução endoscópica da via aérea.

27

Uma mulher de 46 anos permaneceu em ventilação mecânica prolongada e foi submetida à traqueostomia. Após a decanulação, evoluiu com tosse durante a ingestão de líquidos e pneumonias aspirativas recorrentes. A tomografia e o esofagograma demonstram fístula traqueoesofágica cervical. A broncoscopia evidencia comunicação de 1,5 cm, localizada 3 cm acima da carina, associada a discreta estenose cicatricial. A esofagoscopia exclui neoplasia.

Nesse contexto, a estratégia terapêutica mais apropriada é

- (A) indicar correção cirúrgica após otimização clínica e nutricional;
- (B) realizar dilatação endoscópica da estenose traqueal associada;
- (C) ressecar o segmento traqueal comprometido, reparar o esôfago e interpor tecido vascularizado entre as linhas de sutura;
- (D) Realizar gastrostomia para suporte nutricional como tratamento inicial exclusivo;
- (E) realizar exclusão endoscópica da fístula com prótese traqueal;

28

Um homem de 61 anos procura o serviço de emergência com dispneia intensa, estridor inspiratório e saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente. A tomografia computadorizada evidencia massa intraluminal localizada a 2 cm da carina, reduzindo aproximadamente 90% da luz traqueal.

Diante desse quadro, a conduta inicial mais adequada é

- (A) realizar broncoscopia flexível sob sedação;
- (B) realizar intubação orotraqueal em sequência rápida;
- (C) realizar traqueostomia de urgência sob anestesia local;
- (D) instituir ventilação não invasiva antes da abordagem endoscópica;
- (E) encaminhar o paciente para broncoscopia rígida em centro com suporte anestésico e cirúrgico.

29

Durante o planejamento de uma ressecção traqueal por estenose benigna do terço médio da traqueia, a equipe cirúrgica discute a estratégia ventilatória para o período de reconstrução da via aérea.

Nesse contexto, as estratégias ventilatórias atualmente recomendadas recomendam

- (A) manter ventilação espontânea durante toda a reconstrução;
- (B) manter a intubação orotraqueal durante toda a reconstrução;
- (C) utilizar ventilação não invasiva durante a anastomose traqueal;
- (D) Realizar traqueostomia distal como estratégia ventilatória de rotina;
- (E) utilizar ventilação cruzada, podendo recorrer à ventilação de alta frequência ou à ECMO.

30

Uma mulher de 59 anos apresenta dispneia progressiva, dificuldade para eliminar secreções e infecções respiratórias recorrentes. A tomografia inspiratória não evidencia estenose fixa. A tomografia dinâmica demonstra colapso expiratório superior a 70% da luz traqueal, confirmado à broncoscopia dinâmica, com acometimento da traqueia e dos brônquios principais.

Nesse contexto, a conduta mais adequada consiste em

- (A) instituir tratamento broncodilatador após a tomografia inspiratória;
- (B) indicar traqueobroncoplastia, considerando a confirmação do colapso dinâmico e a repercussão clínica da doença;
- (C) complementar a avaliação com prova de função pulmonar antes da definição terapêutica;
- (D) indicar prótese traqueal como etapa inicial da avaliação para possível tratamento cirúrgico;
- (E) realizar ressecção segmentar da traqueia.

31

Um homem de 58 anos, internado em ventilação mecânica por traumatismo cranioencefálico, foi submetido à traqueostomia há 12 dias. Após um pequeno sangramento autolimitado pela cânula, evoluiu seis horas depois com hemorragia maciça pela traqueostomia, associada à hipotensão arterial e taquicardia. A equipe inicia reposição volêmica e aciona imediatamente o cirurgião torácico.

A conduta imediata mais apropriada para controlar temporariamente a hemorragia é

- (A) reposicionar a cânula de traqueostomia e manter compressão local;
- (B) realizar broncoscopia flexível para localizar o ponto de sangramento;
- (C) hiperinsuflar o balonete da cânula e, se necessário, realizar compressão digital da artéria inominada pela traqueostomia;
- (D) retirar a cânula e proceder à intubação orotraqueal;
- (E) controlar a hemorragia com tamponamento cervical e observar a resposta clínica;

32

Um adolescente de 15 anos é encaminhado ao ambulatório de cirurgia torácica por apresentar deformidade progressiva da parede anterior do tórax, percebida desde os 12 anos e acentuada durante o estirão puberal. Ele refere desconforto estético, sem limitação para atividades físicas.

Ao exame físico, observa-se projeção anterior do gládio com preservação do alinhamento do manúbrio. Não há escoliose significativa nem outras malformações associadas.

Com base nessas características anatômicas, essa deformidade é classificada como *pectus carinatum* condrogladiolar porque consiste em

- (A) protrusão predominante do corpo do esterno, associada ao crescimento excessivo das cartilagens costais médias, constituindo a forma mais frequente de *pectus carinatum*.
- (B) protrusão predominante do manúbrio esternal, associada à deformidade das primeiras cartilagens costais, correspondendo à apresentação mais comum do *pectus carinatum*.
- (C) depressão do corpo do esterno provocada pelo crescimento anômalo das cartilagens costais inferiores, determinando redução do diâmetro ântero-posterior do tórax.
- (D) protrusão localizada do processo xifoide, decorrente de deformidade isolada da extremidade inferior do esterno, sem comprometimento das cartilagens costais.
- (E) deformidade caracterizada por protrusão assimétrica do gradil costal, sem envolvimento do esterno, causada por hipoplasia unilateral das cartilagens costais.

33

Um adolescente de 16 anos é encaminhado ao ambulatório de cirurgia torácica por apresentar deformidade progressiva da parede anterior do tórax desde a infância, com acentuação durante a puberdade. Relata desconforto estético importante e dispnéia aos esforços intensos. Ao exame físico observa-se um afundamento da região central do tórax. Não há sinais clínicos de síndrome do tecido conjuntivo.

O cirurgião classificou a deformidade como *pectus excavatum*, a qual consiste em

- (A) depressão da parede torácica causada por hipoplasia congênita das cartilagens costais, mantendo o esterno em posição anatômica normal.
- (B) depressão restrita ao processo xifoide, sem envolvimento do corpo esternal ou das cartilagens costais, constituindo a apresentação morfológica mais frequente do *pectus excavatum*.
- (C) depressão predominantemente do manúbrio esternal, com preservação do corpo do esterno, correspondendo ao padrão anatômico mais comum da deformidade.
- (D) depressão posterior do corpo do esterno e das cartilagens costais adjacentes, reduzindo o diâmetro anteroposterior do tórax e podendo ocasionar compressão cardíaca variável.
- (E) depressão do corpo esternal decorrente de defeito na ossificação do esterno, sem participação das cartilagens costais.

34

Um homem de 46 anos procura atendimento por dor localizada na parede torácica anterior direita há oito meses, de caráter progressivo e predominante no período noturno. Ao exame físico observa-se massa endurecida, fixa ao gradil costal, medindo aproximadamente 6 cm de diâmetro, dolorosa à palpação. A tomografia computadorizada evidencia lesão expansiva envolvendo o arco anterior da sexta costela, com destruição cortical, calcificações em anéis na matriz tumoral e extensão para os tecidos moles adjacentes, sem sinais de invasão pulmonar; sem evidência de doença à distância. A biópsia por agulha grossa revelou neoplasia cartilaginosa de baixo grau. Na discussão multidisciplinar, concluiu-se tratar-se de um tumor primário da parede torácica.

Nesse contexto, a conduta mais adequada consiste em

- (A) realizar biópsia excisional da lesão seguida de observação clínica, desde que o exame anatomopatológico confirme tumor de baixo grau.
- (B) realizar excisão intracapsular da massa, preservando parcialmente a costela acometida para minimizar o defeito da parede torácica.
- (C) Indicar radioterapia exclusiva como tratamento inicial, reservando a cirurgia se houver persistência tumoral.
- (D) realizar ressecção em bloco da lesão, incluindo a costela acometida, as costelas adjacentes e os tecidos comprometidos, buscando margens cirúrgicas livres.
- (E) realizar curetagem da lesão óssea associada à osteossíntese da costela acometida para preservação da estabilidade da parede torácica.

35

Três pacientes foram encaminhados para avaliação de lesões primárias da parede torácica.

Caso 1: Mulher de 28 anos apresenta dor discreta e aumento de volume na parede torácica posterior. A tomografia computadorizada demonstra lesão expansiva intramedular envolvendo o arco posterior da sétima costela, com adelgaçamento da cortical, limites bem definidos e aspecto homogêneo em “vidro fosco”, sem reação periosteal ou invasão de partes moles.

Caso 2: Homem de 22 anos refere aumento progressivo de uma massa endurecida na parede torácica anterior desde a adolescência. A tomografia evidencia lesão exofítica pediculada originada da face externa da quarta costela, apresentando continuidade entre a cortical e a medular da lesão com o osso de origem, sem sinais de destruição cortical.

Caso 3: Adolescente de 17 anos apresenta dor progressiva e aumento de volume na parede torácica lateral. A tomografia revela lesão expansiva, insuflativa, multilobulada, predominantemente lítica, com adelgaçamento cortical e múltiplos níveis líquido-líquido em seu interior, sem evidências de metástases.

Com base nas características clínico-radiológicas apresentadas, os diagnósticos mais prováveis dos casos 1, 2 e 3 são, respectivamente,

- (A) Displasia fibrosa – Osteocondroma – Cisto ósseo aneurismático.
- (B) Osteocondroma – Displasia fibrosa – Condroblastoma.
- (C) Cisto ósseo aneurismático – Osteoma – Displasia fibrosa.
- (D) Displasia fibrosa – Encondroma – Tumor de células gigantes.
- (E) Osteoma osteoide – Osteocondroma – Cisto ósseo simples.

36

Uma mulher de 54 anos foi submetida à ressecção em bloco de um tumor da parede torácica envolvendo a 4ª à 6ª costelas esquerdas. Permaneceu defeito ântero-lateral de 12 × 10 cm, com exposição parcial do pulmão e sem sinais de infecção. Considerando esse cenário, a reconstrução mais adequada consiste em

- (A) fechar com sutura dos planos musculares remanescentes;
- (B) reconstruir a parede com retalho muscular isolado;
- (C) utilizar tela protética para estabilização da parede torácica;
- (D) associar tela protética à cobertura com retalho muscular vascularizado;
- (E) reconstruir com material protético rígido associado à cobertura por retalho muscular vascularizado.

37

Uma mulher de 67 anos, portadora de adenocarcinoma pulmonar metastático, apresenta dispneia progressiva associada a derrame pleural direito recidivante. Foi submetida inicialmente a toracocentese de alívio, com retirada de 1.500 mL de líquido citologicamente positivo para malignidade. Devido à recorrência precoce do derrame, foi realizada drenagem pleural tubular para programação de pleurodese.

A radiografia de tórax após a drenagem demonstra persistência de pneumotórax *ex vacuo* e reexpansão incompleta do pulmão, apesar da adequada drenagem da cavidade pleural. Após controle dos sintomas, a equipe assistente passa a discutir a melhor estratégia para prevenção da recorrência do derrame pleural.

Nesse contexto, o principal fator associado ao insucesso da pleurodese química é

- (A) pulmão não expansível decorrente de encarceramento pulmonar pela doença pleural maligna;
- (B) citologia positiva para células neoplásicas na primeira amostra do líquido pleural;
- (C) derrame pleural recidivante após uma única toracocentese terapêutica;
- (D) volume inicial do derrame superior a 1.500 mL;
- (E) acometimento pleural secundário ao adenocarcinoma pulmonar.

38

Um homem de 58 anos apresenta febre, tosse produtiva, dor torácica e dispneia há oito dias, sem melhora após antibioticoterapia oral. A tomografia computadorizada evidencia derrame pleural loculado com espessamento pleural (sinal da pleura dividida), e a ultrassonografia confirma múltiplas septações.

Nesse contexto, a conduta inicial mais adequada será

- (A) antibioticoterapia intravenosa e drenagem pleural, considerando abordagem cirúrgica precoce se a drenagem for insuficiente;
- (B) antibioticoterapia intravenosa associada à drenagem pleural e fibrinólise intrapleural;
- (C) drenagem pleural mantendo programação de tratamento cirúrgico conforme a evolução clínica;
- (D) toracocenteses seriadas associadas à antibioticoterapia intravenosa;
- (E) decorticação pulmonar por via cirúrgica diante das múltiplas loculações pleurais

39

Um homem de 69 anos, com exposição ocupacional prolongada ao asbesto, apresenta dor torácica, dispneia e derrame pleural à direita. A tomografia evidencia espessamento pleural difuso e nodular, envolvendo as pleuras parietal, mediastinal e diafragmática, sem lesões pulmonares. A citologia do líquido pleural é negativa para malignidade.

Diante da suspeita de mesotelioma pleural maligno, a conduta mais adequada é

- (A) indicar pleurectomia por toracotomia para diagnóstico e tratamento;
- (B) repetir a toracocentese para nova avaliação citológica antes da biópsia pleural;
- (C) realizar biópsia pleural percutânea e programar tratamento cirúrgico conforme o estadiamento;
- (D) realizar biópsia pleural por toracosopia e considerar tratamento cirúrgico após estadiamento e seleção para terapia multimodal;
- (E) realizar broncoscopia com biópsias antes da definição terapêutica.

40

Uma mulher de 63 anos, portadora de adenocarcinoma de mama metastático, apresenta dispneia progressiva, ortopneia e fadiga. Ao exame, apresenta hipotensão arterial, taquicardia, turgência jugular e bulhas cardíacas hipofonéticas. O ecocardiograma evidencia derrame pericárdico volumoso com sinais de tamponamento cardíaco. A tomografia demonstra espessamento irregular do pericárdio.

Após a estabilização inicial, a conduta definitiva mais adequada é

- (A) realizar janela pericárdica com biópsia do pericárdio;
- (B) realizar pericardiocentese de repetição;
- (C) instituir tratamento clínico e reavaliar a evolução;
- (D) realizar drenagem pericárdica seguida de pleurodese;
- (E) indicar pericardiectomia como tratamento inicial.

Pneumologia

41

Ao realizar uma espirometria, o seguinte critério deve ser usado para avaliar positividade do teste broncodilatador, segundo os critérios utilizados atualmente pela GINA:

- (A) aumento do VEF1 de pelo menos 200mL
- (B) aumento concomitante do VEF1 de pelo menos 210mL ou 14%
- (C) aumento do VEF1 de pelo menos 12% e 200mL
- (D) aumento da Capacidade Vital Forçada (CVF) de 15% e 300mL
- (E) aumento isolado do VEF1 de 10%

42

Um R1 de clínica médica durante o plantão do pronto-socorro avalia uma radiografia de tórax na incidência de pósterio-anterior (PA) de um paciente de 66 anos de idade com queixa de tosse seca. Ao olhar a imagem, ele suspeita de cardiomegalia e discreto infiltrado bibasal.

O seguinte critério anatômico deve ser usado para confirmar se a radiografia está bem inspirada evitando falso positivo:

- (A) presença de bolha gástrica posicionada imediatamente acima da cúpula diafragmática esquerda.
- (B) alinhamento dos processos espinhosos das vertebrae cervicais com a fúrcula esternal.
- (C) escápulas sobrepostas sobre os terços médios de ambos os campos pleuro-pulmonares.
- (D) pelo menos 6 arcos costais anteriores visualizados acima da cúpula diafragmática direita.
- (E) toda a trama vascular nitidamente visível até o terço superior da traqueia.

43

Um paciente com suspeita de cetoacidose diabética apresenta os seguintes resultados na gasometria arterial:

pH: 7,21; pCO₂: 28mmHg; HCO₃: 11mEq/L.

O diagnóstico do distúrbio ácido-base primário desse paciente é:

- (A) alcalose metabólica.
- (B) distúrbio ácido-básico misto com retenção de CO₂.
- (C) alcalose respiratória.
- (D) acidose respiratória.
- (E) acidose metabólica.

44

Paciente tabagista de longa data, 70 anos, com diagnóstico de DPOC, vai a consulta ambulatorial de rotina. Estável e clinicamente compensado em ar ambiente.

Pelas recomendações da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia para oxigenoterapia domiciliar prolongada, com base nos critérios gasométricos, a indicação de oxigenoterapia domiciliar é:

- (A) PaO₂ entre 60 e 65 mmHg e Poliglobulia
- (B) Saturação (SatO₂) abaixo de 92%
- (C) PaCO₂ maior ou igual 50% independente da oxigenação
- (D) PaO₂ menor ou igual a 55mmHg
- (E) PaO₂ entre 56 e 59 em paciente sem comorbidades

45

Paciente feminina, 45 anos, queixa-se de episódios recorrentes de calafrios, febre, tosse seca e dispnéia intensa que piora durante a semana de trabalho e melhoram nos períodos de férias. Relata que trabalha em escritório antigo com histórico de infiltrações e mofo nas paredes. TCAR de tórax solicitado identifica áreas de atenuação em mosaico na expiração e pequenos nódulos centrolobulares mal definidos. Broncoscopia com lavado broncoalveolar (LBA) realizada revela celularidade com 48% de linfócitos e relação CD4/CD8 de 0,6. A hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais eficaz são:

- (A) asma ocupacional grave; iniciar corticoide inalatório associado a formoterol.
- (B) pneumonite de hipersensibilidade (PH); afastamento imediato e permanente do ambiente de trabalho ao qual está exposta.
- (C) sarcoidose pulmonar estágio II; iniciar metotrexato associado a adalimumabe.
- (D) aspergilose broncopulmonar alérgica; prescrever itaconazol oral por 6 meses.
- (E) tuberculose pulmonar cavitária; isolamento respiratório em quarto de pressão negativa.

46

Paciente masculino, 56 anos, tabagista de 40 maços/ano. Queixa-se de dispnéia aos esforços e tosse crônica.

Pelas diretrizes do GOLD, o seguinte achado a espirometria confirma o diagnóstico de DPOC:

- (A) aumento do VEF1 > que 12% e 200mL
- (B) relação VEF1/CVF menor que 0,7
- (C) VEF1 menor que 50% do previsto
- (D) VEF1/CVF < 80%
- (E) VEF1 < 80%

47

Uma paciente de 34 anos, portadora de asma grave não controlada (técnica adequada de manuseio do mecanismo inalatório) usa corticoide inalatório em alta dose associado a LABA + LAMA.

Mesmo com o tratamento administrado, ela apresentou, nos últimos 12 meses, três exacerbações tratadas com corticosteroide oral.

Exames laboratoriais mostram: IgE total de 180 UI/mL, eosinófilos sanguíneos de 450 células/mL e teste cutâneo (*prick test*) positivo para poeira domiciliar.

Com o objetivo de iniciar uma terapia biológica alvo com base fenótipo inflamatório predominante, o imunobiológico mais adequado, pela diretriz vigente, é

- (A) Mepolizumabe (anti-IL5), devido ao fenótipo eosinofílico grave e ao histórico de múltiplas exacerbações.
- (B) Omalizumabe (anti-IgE), pois é o único imunobiológico aprovado para asma com IgE total abaixo de 200UI/mL.
- (C) Benralizumabe (anti-IL5R), indicado exclusivamente se a contagem de eosinófilos fosse superior a 1000 células/mL.
- (D) Reslizumabe (anti-IL5), por via subcutânea, independente da contagem celular de base.
- (E) Rituximabe (anti-CD20), visando à depleção completa de linfócitos B de memória.

48

Uma paciente de 66 anos, diagnóstico de DPOC, apresentou dois episódios de exacerbação moderada nas quais não houve necessidade de internação. No momento, apresenta dispneia pelo CAT (COPD Assessment Test) de 14.

Pelos critérios de classificação do Gold, o grupo e o tratamento farmacológico preferenciais São:

- (A) Grupo B - Iniciar monoterapia com LAMA
- (B) Grupo B - Iniciar com LABA + CI
- (C) Grupo E - Iniciar tratamento com tripla terapia LABA + LAMA + CI
- (D) Grupo E - Iniciar monoterapia com LAMA + CI
- (E) Grupo E - Iniciar com dupla broncodilatação LABA + LAMA

49

Paciente feminina de 67 anos é atendida no Pronto Atendimento com tosse produtiva, febre de 38,7 ° C, além de dor torácica ventilatório-dependente a direita há 4 dias.

Ao exame físico, está com confusão mental, desorientada no tempo e no espaço e com frequência cardíaca de 98 bpm e pressão arterial de 125 x 80 mmHg. A radiografia do tórax mostra consolidação no lobo médio e os exames laboratoriais mostram ureia de 24 mg/dL.

Considerando o *score* CURB-65, a pontuação da paciente e a conduta recomendada são, respectivamente,

- (A) pontuação CURB-65 igual a 4 e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
- (B) pontuação CURB-65 igual a 3 e internação hospitalar em enfermaria.
- (C) pontuação CURB-65 igual a 2 e internação hospitalar em enfermaria.
- (D) pontuação CURB-65 igual a 2 e tratamento ambulatorial.
- (E) pontuação CURB-65 igual a 1 e tratamento ambulatorial.

50

Paciente de 55 anos, internado em enfermaria há 6 dias para tratamento de fratura de fêmur, evolui com tosse produtiva, febre de 38,4 °C e necessidade de oxigênio suplementar por cateter nasal. A radiografia de tórax mostra um novo infiltrado pulmonar em terço inferior esquerdo. Não há fatores de risco para patógenos multidrogaresistentes (MDR) e a mortalidade local por pneumonia hospitalar é baixa.

De acordo com as diretrizes vigentes (SBPT), o esquema antibiótico empírico inicial mais adequado é

- (A) ceftriaxona isolada.
- (B) piperacilina/tazobactam associada a ampicilina.
- (C) meropenem isolado.
- (D) vancomicina associada a ciprofloxacino.
- (E) azitromicina associada a amoxicilina/clavulanato.

51

Homem de 48 anos, hipertensão arterial de difícil controle e obesidade (IMC = 34Kg/m²) apresenta roncos intensos e sonolência diurna excessiva. Polissonografia solicitada apresenta, como resultado, um índice de apneia e hipopneia (IAH) de 34 eventos por hora de sono, com queda da saturação de O₂ até 78% durante os episódios obstrutivos. Sem evidências de hipoventilação na vigília ou distúrbios neurológicos.

Com base nos critérios de gravidade e de manejo da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), a melhor conduta indicada é

- (A) cirurgia de uvulopalatofaringoplastia como primeira linha obrigatoriamente.
- (B) prescrever o uso de aparelho intraoral de avanço mandibular para uso noturno contínuo.
- (C) iniciar terapia com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), ajustada por titulação.
- (D) prescrever estimulantes do sistema nervoso central, como a modafinila, e dar alta do ambulatório.
- (E) indicar traqueostomia eletiva imediata pelo risco de morte súbita noturna.

52

Paciente feminina de 30 anos de idade, em tratamento para tuberculose pulmonar pelo esquema padrão (RHEZ) há 3 semanas, volta ao serviço de fisiologia com queixa de náuseas leves, mas sem vômitos e sem icterícia. Solicitados, exames laboratoriais mostram níveis de transaminases (AST e ALT) em três vezes o limite superior de normalidade.

A conduta preconizada pelo Ministério da Saúde para essa paciente é

- (A) interromper prontamente o esquema prescrito e aguardar a normalização das transaminases.
- (B) suspender a isoniazida e a rifampicina, mantendo o etambutol com pirazinamida.
- (C) manter o tratamento inalterado e monitorar clínica e laboratorialmente a paciente.
- (D) substituir o esquema atual por estreptomicina, etambutol e levofloxacino.
- (E) Reduzir pela metade as doses de isoniazida e pirazinamida e aguardar a normalização das transaminases

53

Paciente feminina, 63 anos, com bronquiectasias, vem apresentando infecções respiratórias de repetição. Evolui com tosse crônica e produtiva além de emagrecimento de 5kg nos últimos meses com a radiografia de tórax apresentando infiltrados nodulares e áreas de cavitação no lobo superior direito. Realizou duas coletas de escarro, com intervalo de uma semana, ambas foram positivas para *Mycobacterium Avium complex* (MAC). O teste de sensibilidade não está disponível pois ainda está em andamento.

Considerando os critérios diagnósticos da ATS/IDSA e SBPT, a conduta clínica correta é

- (A) iniciar monoterapia com claritromicina.
- (B) iniciar esquema RHEZ para tuberculose, devido risco de coinfeção.
- (C) iniciar tratamento com rifampicina, etambutol e um macrolídeo (claritromicina ou azitromicina).
- (D) iniciar tratamento apenas após o resultado do teste de sensibilidade.
- (E) fazer broncoscopia para colheita de material, pois uma terceira confirmação é necessária.

54

Paciente feminina de 40 anos, tem bronquiectasias cilíndricas bilaterais atribuídas a coqueluche na infância e queixa-se de tosse produtiva diária. Quatro exacerbações por infecção pulmonar no último ano, nas quais houve necessidade de internação para antibioticoterapia venosa. *Pseudomonas aeruginosa* em duas amostras de escarro consecutivas foram identificadas.

De acordo com as diretrizes vigentes, a conduta que reduz comprovadamente a frequência de exacerbações a longo prazo é

- (A) Iniciar Azitromicina oral contínua.
- (B) iniciar azitromicina oral intermitente três vezes por semana associada a corticoterapia inalatória.
- (C) considerar a paciente candidata a abordagem cirúrgica com eliminação de focos infecciosos.
- (D) prescrever tobramicina ou colistina inalatória de longo prazo.
- (E) iniciar amoxicilina/clavulanato via oral por tempo indeterminado (profilaxia contínua).

55

Há 5 dias internado devido a pneumonia adquirida na comunidade no lobo inferior esquerdo, um paciente do sexo masculino de 54 anos de idade evolui com febre de 38,8 °C e dor torácica do mesmo lado. Fez radiografia e ultrassonografia do tórax, detectando líquido de aspecto turvo, LDH – 1450 U/L glicose – 22 mg/dL e ausência de microorganismos na bacterioscopia pela coloração de gram.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico correto e a conduta.

- (A) Derrame parapneumônico simples, sendo necessário apenas manter esquema atual de antibioticoterapia com radiografia controle em 72 horas.
- (B) Derrame parapneumônico complicado, é necessária imediata drenagem torácica tubular em selo d'água.
- (C) Empiema pleural, deve ser realizado toracotomia para decorticação pulmonar.
- (D) Quilotórax inflamatório, dieta oral zero e iniciar octreotida endovenoso.
- (E) Transudato infectado, iniciar diurético de alça e proceder toracocenteses de alívio diariamente.

56

Paciente magro e longilíneo, 19 anos, sexo masculino, tem quadro de dor súbita no hemitórax esquerdo após prática desportiva. Eupneico em ar ambiente, FC 80 bpm, PA 110 x 80 mmHg e com Saturação de O₂ de 96%. A radiografia de tórax mostra pneumotórax espontâneo primário com distância de 1,2 cm entre a pleura visceral e a parede torácica na altura do hilo.

A recomendação para abordagem inicial desse paciente é

- (A) proceder descompressão imediata com agulha no segundo espaço intercostal esquerdo.
- (B) drenagem torácica com dreno calibroso no quinto espaço intercostal.
- (C) realizar aspiração simples por agulha ou cateter fino e dar alta imediata.
- (D) hospitalizar por 24 horas para observação, fornecendo oxigenoterapia suplementar e repetir radiografia.
- (E) indicar pleurodese química por toracotomia para evitar recorrência.

57

Recebendo quimioterapia para câncer de mama, uma paciente de 57 anos, inicia quadro de dispneia há 24 horas. Apresenta-se lúcida, FC 114 bpm, FR 22 ipm com PA 125 x 80 mmHg e assimetria de panturrilha direita, que está dolorosa à palpação.

Com suspeita de tromboembolismo pulmonar, pontuando 6 no escore de Wells, a conduta a seguir, para confirmar o diagnóstico,

- (A) solicitar D-dímero pelo método quantitativo automatizado.
- (B) realizar eletrocardiograma (ECG) e coleta seriada de troponina para excluir TEP.
- (C) realizar angiotomografia computadorizada da artéria pulmonar.
- (D) iniciar alteplase endovenoso imediatamente na emergência.
- (E) realizar radiografia do tórax e, caso ela esteja normal, autorizar a suspensão da investigação.

58

Paciente feminina, 27 anos, realiza ecocardiograma devido a relato de síncope aos esforços e dispneia progressiva, iniciados há 8 meses.

Detecta-se velocidade de regurgitação de 3,6 m/s, sugestiva de alta probabilidade de hipertensão pulmonar (HP). Investigação para pneumopatias, colagenoses, HIV e esquistossomose foram negativos.

O exame padrão ouro necessário para a confirmação do diagnóstico é realizar

- (A) angiotomografia computadorizada de alta resolução do tórax.
- (B) ressonância magnética do coração sem contraste.
- (C) cateterismo cardíaco direito, medindo a pressão média da artéria pulmonar (PMAM) e da pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP).
- (D) cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão.
- (E) teste de caminhada de 6 minutos com monitorização da Saturação de O₂ ao oxímetro.

59

Portador de DPOC estável, homem de 65 anos apresenta rebaixamento do nível de consciência e bradipneia. Gasometria arterial em ar ambiente mostra os seguintes valores: pH - 7,22; PaCO₂ - 76 mmHg; PaO₂ - 48 mmHg; HCO₃ - 30 mEq/L. O cálculo do gradiente alvéolo-arterial de O₂ está dentro da faixa de normalidade.

O mecanismo fisiopatológico primário da hipoxemia e do distúrbio ácido-base são

- (A) *shunt* anatômico pulmonar e acidose respiratória aguda pura.
- (B) desequilíbrio da relação ventilação-perfusão e acidose metabólica descompensada.
- (C) hipoventilação alveolar isolada e acidose respiratória aguda sobre crônica.
- (D) limitação da difusão alvéolo-capilar e alcalose respiratória compensada.
- (E) efeito *shunt* inflamatório e acidose metabólica oculta.

60

Uma paciente de 58 anos, diagnosticada com esclerose sistêmica limitada, é avaliada no ambulatório de pneumologia quanto a uma possível vasculopatia pulmonar. Realiza o teste de caminhada de 6 minutos (TC6M), durante o qual percorre 420 metros (dentro do previsto), porém exibe uma queda da saturação de oxigênio por oximetria de pulso de 96% em repouso para 87% no pico do esforço, sem atingir a frequência cardíaca limite.

Nesse caso, o examinador deve interpretar esse achado de dessaturação ao esforço do seguinte modo:

- (A) é a resposta fisiológica normal esperada para indivíduos na faixa etária da paciente.
- (B) marcador clínico precoce e sensível de acometimento vascular ou intersticial, associado a pior prognóstico.
- (C) erro técnico de leitura do oxímetro decorrente do movimento das mãos durante a marcha, devendo anular o teste.
- (D) indica disfunção muscular puramente periférico por descondição físico.
- (E) critério de exclusão definitivo para o diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar.

61

Mulher, 31 anos de idade, décima segunda semana de gestação, asmática, tratava com formoterol associado a budesonida, mas interrompeu por medo de ser prejudicial ao desenvolvimento fetal. No momento, apresenta-se dispneica, com tosse seca e sibilância bilateral diariamente e despertares noturnos em quase todas as noites. A melhor conduta é

- (A) prescrever salbutamol por demanda, pois é o tratamento mais seguro na situação atual.
- (B) reiniciar formoterol com budesonida a cada 12 horas.
- (C) usar apenas *montelukast*, evitando corticoide oral.
- (D) prescrever formoterol sem budesonida.
- (E) usar salbutamol a cada 8 horas, associando brometo de ipratrópio para potencializar o efeito broncodilatador.

62

Um paciente masculino de 36 anos de idade foi encaminhado ao serviço de tisiologia com os seguintes sintomas: tosse produtiva iniciada há 4 semanas e febre vespertina além de sudorese noturna.

Pelas orientações do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, do Ministério da Saúde, o método prioritário para confirmação laboratorial imediata para triagem de resistência a rifampicina é

- (A) PPD.
- (B) baciloscopia direta do escarro (BAAR).
- (C) tomografia computadorizada do tórax de alta resolução (TCAR).
- (D) teste rápido molecular para tuberculose (TRM-Tb).
- (E) cultura para micobactérias em meio sólido (Lowenstein-Jensen).

63

Paciente, 72 anos, com insuficiência cardíaca, apresenta quadro de edema agudo de pulmão com insuficiência respiratória. Sudoreico, FR 32 ipm, PA 170 x 100 mmHg, e estertores crepitantes difusos até os ápices bilateralmente. Usando máscara de O₂ a 10L/min, apresenta os seguintes resultados na gasometria arterial: pH: 7,32; PaCO₂: 48 mmHg; PaO₂: 54 mmHg. Para ofertar o maior benefício fisiopatológico na redução de pré e de pós-carga cardíaca, e também melhorar a complacência pulmonar, a seguinte modalidade de ventilação não invasiva (VNI) deve ser escolhida:

- (A) BIPAP (dois níveis de pressão) com IPAP elevada para focar apenas na ventilação mecânica.
- (B) CPAP ou BIPAP, ambos com pressão positiva expiratória final (PEEP).
- (C) ventilação com suporte pressórico (PSV) com PEEP zero para evitar redução do débito cardíaco.
- (D) uso exclusivo de cateter nasal de alto fluxo sem aplicação de pressão positiva contínua.
- (E) intubação orotraqueal imediata, sendo a VNI contraindicada no edema agudo cardiogênico.

64

Paciente de 40 anos, internado com quadro de síndrome do desconforto agudo (SDRA) grave devido a uma pancreatite aguda, está em ventilação mecânica invasiva no modo pressão controlada (PCV). Peso estimado de 60kg.

Os parâmetros ajustados são: Pressão de suporte/controle acima do PEEP de 18 cm H₂O, PEEP de 14 cmH₂O e FiO₂ de 70%. O volume corrente medido é de 480mL. A pressão de platô gerada equivale a 32 cmH₂O.

Pensando em uma ventilação protetora para minimizar a lesão pulmonar induzida pelo ventilador, o seguinte ajuste deve ser feito imediatamente:

- (A) aumentar o tempo Inspiratório para recrutar mais alvéolos.
- (B) reduzir o nível de pressão de controle para diminuir o volume corrente para o alvo de 6 mL/kg (360mL) e baixar a pressão de platô para menos de 30 cmH₂O.
- (C) mudar para o modo volume controlado fixando o volume em 500mL.
- (D) aumentar o PEEP para 20 cmH₂O, mantendo a mesma pressão de controle de 18 cmH₂O.
- (E) instalar imediatamente circulação por membrana extracorpórea (ECMO), sem alterar os parâmetros do ventilador.

65

Uma paciente de 38 anos de idade tem artralgia simétrica de pequenas articulações, há 6 meses, acompanhada de dispneia aos esforços. Ausculta pulmonar com estertores crepantes do tipo “velcro” nas bases pulmonares. A tomografia computadorizada de alta resolução de tórax (TCAR) mostra espessamento de septos interlobulares e opacidade em vidro fosco que predominam nos lobos inferiores e periferia, compatível com padrão de pneumonia intersticial não especificada (PINE). Os exames laboratoriais revelam fator reumatoide fortemente positivo.

Assinale a opção que apresenta o mecanismo patogênico predominante dessa alteração intersticial secundária e a respectiva terapia de escolha inicial.

- (A) Inflamação celular imunomediada do interstício; uso inicial de corticosteroides sistêmicos associados ou não a imunossupressores.
- (B) Proliferação fibrótica primária e autônoma; tratamento exclusivo com agentes antifibróticos.
- (C) Deposição inorgânica de cristais minerais; lavagem pulmonar total por broncoscopia
- (D) Obstrução brônquica por plugs de muco eosinofílico; antibioticoterapia de amplo espectro de longa duração.
- (E) Infiltração granulomatosa necrosante de causa fúngica; antifúngico sistêmico por 12 meses.

66

Ex-tabagista de 35 maços/ano, homem de 72 anos queixa-se de dispneia progressiva com limitação a caminhadas em plano reto e tosse crônica e seca, além de baqueteamento digital e estertores em velcro nos terços inferiores de ambos os pulmões. TCAR de tórax mostra faveolamento subpleural basal e posterior, bronquiectasias de tração e mínima opacidade em vidro fosco, preenchendo critérios para padrão de pneumonia intersticial usual (PIU).

Diante do quadro compatível com o diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática (FPI), a seguinte conduta está contraindicada, pelo aumento do risco de morte:

- (A) iniciar oxigenoterapia domiciliar, se detectada hipoxemia em repouso.
- (B) iniciar tratamento com pirfenidona ou nintendanibe.
- (C) encaminhar ao programa de reabilitação pulmonar ambulatorial.
- (D) prescrever terapia combinada de prednisolona, azatioprina e N-acetilcisteína.
- (E) administrar vacinação contra influenza e pneumococo.

67

Tabagista há 27 anos de 30 cigarros por dia, uma mulher de 42 anos de idade busca atendimento com o objetivo de deixar de fumar. No teste de dependência à nicotina de Fagerström, tem pontuação total de 7 (dependência alta).

Sem contraindicações clínicas, a conduta terapêutica padrão inicial com a maior taxa de sucesso recomendada pelas diretrizes nacionais é

- (A) apenas abordagem cognitivo-comportamental, sem tratamento farmacológico, vedado no primeiro mês.
- (B) prescrever bupirone 10mg 12/12h.
- (C) tratar com ansiolíticos com o objetivo de reduzir a ansiedade e a abstinência.
- (D) combinar a abordagem cognitivo-comportamental com terapia de reposição de nicotina (TRN) associada ou não a bupropiona.
- (E) prescrever apenas reposição de nicotina em pastilhas sob demanda, sem necessidade de consultas de acompanhamento.

68

Homem, de 60 anos, queixa-se de dispneia progressiva aos esforços. Tem história profissional de trabalho por 30 anos na reforma e demolição de freios automotivos e de isolamentos térmicos antigos. Tem tomografia computadorizada de tórax na qual se identificam placas pleurais focais calcificadas bilaterais adjacentes às costelas e sobre a cúpula diafragmática, além de opacidades lineares subpleurais nas bases pulmonares.

Nessa exposição ocupacional o mineral envolvido e a neoplasia pleural maligna primária que tem relação etiológica direta e específica com esse agente São, respectivamente,

- (A) sílica livre cristalina e adenocarcinoma.
- (B) asbesto (amianto) e mesotelioma pleural.
- (C) carvão mineral e carcinoma espinocelular.
- (D) óxido de ferro e linfoma não-Hodgking mediastinal.
- (E) berílio e carcinoide brônquico típico.

69

Um paciente, de 66 anos tem DPOC grave classificado como GOLD 3 e Grupo E com queixa de importante limitação para as atividades da vida diária por dispneia (escore mMRC = 3), apesar da terapia tripla inalatória estar otimizada. É encaminhado para um programa de reabilitação pulmonar.

O principal benefício esperado a médio prazo que justifica essa intervenção é a

- (A) melhora progressiva dos valores basais da espirometria, com reversão do VEF1 e da CVF.
- (B) redução do aprisionamento aéreo por meio da regeneração dos septos alveolares
- (C) redução da dispneia, melhora da tolerância ao exercício e da qualidade de vida, sem necessariamente alterar o VEF1.
- (D) interrupção definitiva da progressão do enfisema pulmonar em fumantes ativos.
- (E) substituição completa da necessidade de broncodilatadores de longa ação diários.

70

Com diagnóstico de fibrose cística, uma paciente de 28 anos apresenta declínio progressivo e acentuado da função pulmonar nos últimos 12 meses.

Está em uso de oxigenoterapia domiciliar contínua devido a hipoxemia de repouso e VEF1 estável de 24% do valor previsto, além de duas internações recentes causadas por exacerbação respiratória grave.

Considerando o quadro refratário e o estágio terminal da doença, o seguinte critério estabelece a indicação formal de encaminhamento para avaliação de transplante pulmonar:

- (A) colonização crônica por *Pseudomonas aeruginosa* no escarro.
- (B) VEF1 de menos do que 30% do previsto, associado a declínio rápido ou a hipoxemia em repouso.
- (C) presença de diabetes relacionado a fibrose cística descompensado.
- (D) insuficiência pancreática exócrina necessitando reposição enzimática.
- (E) idade inferior a 30 anos no momento do diagnóstico molecular da mutação.

71

Mulher de 40 anos, infectada com HIV (contagem de linfócitos CD4+ de 45 cel/mm³), não realiza tratamento antirretroviral, é internada com dispneia progressiva, tosse seca, e febre há 2 semanas.

Ao exame físico está taquipneica, SatO₂ de 88% em ar ambiente. Radiografia de tórax mostra infiltrado intersticial bilateral difuso peri-hilar simétrico ("asa de borboleta"), com tomografia computadorizada de tórax confirmando vidro fosco homogêneo.

Com suspeita de pneumocitose (PCP), iniciou-se sulfametoxazol-trimetoprima em dose alta.

seguinte medida terapêutica é mandatória associar Devido à hipoxemia, é mandatório associar a seguinte medida terapêutica:

- (A) ganciclovir endovenoso empírico para cobrir infecção concomitante por citomegalovírus.
- (B) associar corticoterapia sistêmica com prednisona ou metilprednisolona nas primeiras 72 horas de tratamento.
- (C) iniciar anforicetina B lipossomal para cobertura de criptococose pulmonar.
- (D) evitar usar oxigênio suplementar pelo risco de toxicidade pulmonar direta por radicais livres.
- (E) considerar fazer pulsoterapia com ciclofosfamida para evitar a resposta inflamatória alveolar.

72

Paciente masculino, de 65 anos, tem DPOC grave e histórico de três internações por exacerbação infecciosa no último ano e está em uso de formoterol com tiotrópio (LABA + LAMA). Mantendo dispneia frequente, vem à consulta com um hemograma que mostra contagem de eosinófilos sanguíneos de 380 cel/mm³.

Com base no algoritmo de manejo do GOLD e nas evidências de eficácia farmacológica, o ajuste terapêutico imediato que está indicado para reduzir o risco de novas exacerbações é

- (A) adicionar teofilina de liberação prolongada ao esquema atual.
- (B) substituir o LAMA por um corticoide inalatório em dose alta.
- (C) alterar o esquema para terapia tripla, adicionando um corticoide inalatório (LABA + LAMA + CI).
- (D) iniciar antibioticoterapia profilática contínua com azitromicina diária.
- (E) prescrever inibidor da fosfodiesterase-4 (roflumilast) independentemente do valor dos eosinófilos.

73

Paciente masculino, 34 anos, busca atendimento ambulatorial com queixa de tosse seca há 3 meses e dispneia ocasional ao se expor ao ar frio e ao realizar esforços. Espirometria: VEF1 94%, VEF1/CVF 0,82 (Normal), com prova broncodilatadora negativa. Solicitou-se a fração exalada de óxido nítrico (FeNO), que apresentou 58 ppb (valor de referência > 50ppb).

Considerando as diretrizes clínicas para o manejo de doenças das vias aéreas, assinale a afirmativa correta a respeito da interpretação ou conduta Para o caso.

- (A) O valor de FeNO > 50 ppb indica inflamação eosinofílica e T2-high das vias aéreas, predizendo uma probabilidade de resposta ao tratamento com corticoide inalatório.
- (B) A elevação de FeNO confirma o diagnóstico de asma não sendo necessária a realização de testes de hiperresponsividade brônquica para confirmação.
- (C) O valor de FeNO elevado contraindica o uso de corticoides inalados pois indica inflamação neutrofílica.
- (D) FeNO tem sensibilidade superior a espirometria para quantificar o grau de obstrução brônquica.
- (E) As manobras respiratórias da espirometria forçada prévia não interferem na dosagem do FeNO, sendo recomendada sua realização, de preferência, logo após a espirometria.

74

Mulher de 19 anos vem a consulta médica queixando-se de dispneia e sibilos duas vezes por mês nas últimas 4 semanas. Nega despertares noturnos devido a doença, não tem limitações em suas atividades físicas e tem espirometria normal.

Assinale a opção que, segundo a GINA, apresenta o *status* de controle dos sintomas e a abordagem terapêutica inicial preferencial para o caso.

- (A) Sintomas controlados, indicação de corticoide inalatório associado a formoterol, apenas se houver necessidade de resgate.
- (B) Sintomas controlados, indicando uso de corticoide inalatório diário, em dose moderada, de forma fixa.
- (C) Sintomas parcialmente controlados, início de corticoide inalatório diário de baixa dose.
- (D) Sintomas parcialmente controlados, início de corticoide inalatório associado a LABA de uso contínuo (Step 3).
- (E) Sintomas não controlados, indicação de corticoide oral por curso curto, associado a broncodilatador.

75

Paciente, 61 anos, recebe o diagnóstico de DPOC, após confirmação espirométrica. Refere dispneia apenas quando caminha rápido no plano ou sobe uma inclinação leve (MRC – 1) e nenhum episódio de exacerbação no último ano. Diante dos critérios de classificação (GOLD), assinale a opção que indica o grupo no qual o paciente se enquadra e a conduta farmacológica de manutenção inicial recomendada.

- (A) Grupo A; início imediato de monoterapia com broncodilatador de longa ação (LABA ou LAMA).
- (B) Grupo A; prescrição de corticoide inalado isolado para uso contínuo diário.
- (C) Grupo B; iniciar dupla broncodilatação associando LABA+LAMA.
- (D) Grupo B; iniciar um bloqueador muscarínico de curta ação (SAMA) de uso fixo.
- (E) Grupo E; início de tripla terapia combinada (LABA + LAMA + corticoide inalatório).

76

Homem de 55 anos apresenta quadro de dispneia a médios esforços. Tem TCAR de tórax com múltiplos nódulos milimétricos difusos de aspecto firme, localizados predominantemente nos lobos superiores, associados a linfonodos mediastinais com calcificações periféricas circunferenciais (padrão em casca de ovo). Trabalhou por 22 anos na perfuração de túneis rochosos e mineração de ouro subterrânea.

A recomendação de triagem em saúde pública necessária para esse paciente, devido a seu risco epidemiológico de comorbidade infecciosa, considerando a fisiopatologia dessa pneumoconiose, é

- (A) a coleta anual de escarro para citologia oncológica visando o rastreio de adenocarcinoma.
- (B) a realização semestral de sorologia para paracoccidiodomicose.
- (C) a triagem sistemática para infecção latente por tuberculose (ILT) com prova tuberculínica (PPD) ou IGRA.
- (D) a pesquisa periódica de antígeno urinário para Legionella.
- (E) o rastreamento de asbestose associada por meio de biópsias pleurais seriadas.

77

Numa broncoscopia flexível diagnóstica, uma biópsia endobrônquica de uma lesão vegetante no brônquio do lobo superior direito é realizada, e um sangramento, contínuo e volumoso, que ofusca a lente do aparelho, ocorre após a retirada da pinça.

Diante dessa complicação, a conduta para garantir a segurança das vias aéreas é

- (A) retirar imediatamente o aparelho, para permitir que o paciente tussa o sangue espontaneamente em decúbito dorsal.
- (B) manter o broncoscópio na via aérea, aspirar ativamente o sangue, impactar a extremidade do aparelho no óstio do brônquio sangrante para promover tamponamento e posicionar o paciente em decúbito lateral direito.
- (C) Injetar 20ml de solução salina aquecido a 50 graus pelo canal de trabalho e mudar o paciente para decúbito lateral esquerdo.
- (D) retirar o aparelho de forma lenta e encaminhar o paciente para sala de angiografia para embolização arterial de urgência.
- (E) proceder cricotiroidostomia por agulha na sala de endoscopia antes de tentar o tamponamento endoscópico.

78

Com quadro de fraqueza muscular progressiva de predomínio proximal nos membros inferiores e boca seca há 2 meses, paciente feminina de 66 anos, fumante de 1 maço dia por 40 anos, informa que a força muscular melhora discretamente após contrações repetidas dos membros. Tomografia de tórax detecta uma massa central hilar de 3,8 cm e linfonodopatias mediastinais ipsilaterais. Biópsia realizada por broncoscopia identifica carcinoma de células pequenas (Oat Cell).

Assinale a opção que indica a síndrome paraneoplásica neurológica associada a esse tipo histológico e o mecanismo de ação.

- (A) Miastenia Gravis; anticorpos contra o receptor de acetilcolina pós sináptico.
- (B) Síndrome de Guillain-Barré; desmielinização inflamatória aguda periférica por mimetismo molecular bacteriano.
- (C) Polimiosite paraneoplásica; invasão direta de linfócitos CD8 citotóxicos no sarcolema.
- (D) Síndrome miastênica de Lambert-Eaton; anticorpos contra os canais de cálcio voltagem dependentes pré-sinápticos.
- (E) Neuromiotonia adquirida; anticorpos contra canais de potássio voltagem-dependentes.

79

Uma paciente de 26 anos de idade, sem antecedentes de infecção grave na infância, apresenta diagnóstico tomográfico de bronquiectasias cilíndricas bilaterais com predomínio nos lobos superiores. Relata episódios recorrentes de sinusite crônica e diarreia crônica com fezes gordurosas (esteatorreia) desde a adolescência.

Diante do padrão de distribuição das lesões pulmonares e dos sintomas extrapulmonares associados, o exame inicial padrão ouro indicado para confirmar a principal hipótese diagnóstica é

- (A) a dosagem sérica de alfa 1 antitripsina.
- (B) o teste do suor (Dosagem de cloro no suor).
- (C) a pesquisa de anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).
- (D) a dosagem de imunoglobulinas séricas (IgG, IgA, IgM).
- (E) a biópsia de mucosa retal para triagem de amiloidose.

80

Com quadro de dispneia crônica, uma mulher de 62 anos apresenta os seguintes parâmetros espirométricos: relação VEF1/CVF de 0,55 (reduzida pós BD), CVF de 52% do previsto e VEF1 de 40% do previsto. A pletismografia demonstra capacidade pulmonar total (CPT) de 125% do previsto e volume residual (VR) de 165% do previsto. A tomografia computadorizada de tórax de alta resolução exibe destruição de septos alveolares proeminente em lobos superiores e áreas de aprisionamento de ar.

A interpretação fisiopatológica integrada e correta desse caso é

- (A) distúrbio ventilatório restritivo puro decorrente de fibrose pulmonar progressiva.
- (B) asma refratária com remodelamento brônquico e redução adaptativa da capacidade pulmonar total.
- (C) distúrbio ventilatório misto (obstrução e restrição verdadeira) por doença da caixa torácica.
- (D) função pulmonar normal para a idade com alterações de imagem sem significado clínico.
- (E) distúrbio ventilatório obstrutivo grave com evidências funcionais e tomográficas de hiperinsuflação pulmonar e aprisionamento aéreo.

Realização

