

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

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



TEMPO

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



NÃO SERÁ PERMITIDO

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



INFORMAÇÕES GERAIS

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

Boa prova!



Pediatria

1

A obesidade tem aumentado na população pediátrica e se tornou um importante desafio nesse grupo, especialmente entre os adolescentes. A síndrome metabólica em adolescentes de 10 a 16 anos, de acordo com os critérios da International Diabetes Federation, são a presença de obesidade central (circunferência abdominal $\geq$ P90) + pelo menos 2 outros critérios.

Dois desses critérios são:

- (A) história familiar de diabetes ou doença cardiovascular + glicemia $\geq$ 100.
- (B) PA sistólica $\geq$ 120 + PA diastólica $\geq$ 60.
- (C) hemoglobina glicada $\geq$ 6,0 + PA $>$ p75.
- (D) triglicerídeos $\geq$ 150 mg/dL + diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada.
- (E) HDL $\geq$ 40 + PA sistólica $\geq$ 120.

2

A adenomegalia é uma queixa importante na pediatria, afetando até 45% das crianças previamente híginas. Apesar de 2/3 das causas serem benignas, existem critérios para indicação de biópsia, padrão-ouro para o diagnóstico diferencial.

As indicações imediatas da biópsia de linfonodo incluem

- (A) linfonodomegalia unilateral de mais de 2,5cm com presença de sinais flogísticos (dor, rubor e calor).
- (B) linfonodomegalia em região epitroclear.
- (C) linfonodomegalia em região cervical maior do que 1cm fixo, endurecido, de rápido crescimento, sem outros sintomas associados.
- (D) falha da redução do gânglio apesar de 2 a 3 semanas de evolução e antibioticoterapia adequada.
- (E) linfonodomegalia associada a febre por menos 1 semana e perda de menos 10% do peso.

3

A hipogamaglobulinemia (ou redução dos níveis de imunoglobulinas séricas) pode ser uma condição transitória ou permanente, congênita ou adquirida. As imunodeficiências primárias, recentemente denominadas erros inatos da imunidade (EII) constituem um diagnóstico diferencial importante em pacientes com hipogamaglobulinemia, especialmente em lactentes, constituindo um sinal de alerta. Sobre a avaliação de hipogamaglobulinemia no lactente, é correto afirmar que

- (A) Idade menor de 6 meses com hipogamaglobulinemia não é um sinal de alerta, independentemente dos valores de imunoglobulinas maternos.
- (B) as imunoglobulinas do recém-nascido naturalmente são baixas, pois, das subclasses de IgG, apenas a IgG1 e a IgG3 atravessam a placenta.
- (C) na síndrome nefrótica, pode ocorrer hipogamaglobulinemia secundária, devido a alteração na produção de IgG.
- (D) infecções por agentes oportunistas, como *P. Jiroveci* e citomegalovírus, assim como efeito adverso não usual da BCG constituem sinais de alerta.
- (E) ausência de resposta IgG para vacinas, como tétano e hemófilo, hepatites A e B, são fundamentais para o diagnóstico de EII, independentemente da idade do paciente.

4

Menina de 4 anos é trazida para avaliação, pois apresenta história de infecções urinárias de repetição confirmadas por cultura. A menor teve desfralde aos 2 anos, pois somente assim a escolinha aceitava a matrícula. A mãe refere que a menor fica na escola em período integral e que segura muito a urina, ficando quase a manhã inteira sem ir ao banheiro, apesar de uma boa ingestão de água. Às vezes, a criança acaba tendo escapes urinários porque fica com preguiça de urinar. Pelo menos uma vez por semana, ela tem enurese noturna, apesar de já não usar fralda noturna a mais de 1 ano. No exame físico, você observa resíduo de urina na roupa e uma distensão gasosa com palpação de massa fecal no abdome. Ao indagar sobre os hábitos evacuatórios, refere que evacua uma a duas vezes por semana, com evacuação dolorosa e fezes tipo 2 na escala de Bristol.

A investigação diagnóstica correta é

- (A) realizar apenas ultrassonografia de vias urinárias para investigar sem necessidade de outros exames.
- (B) tratar a constipação e aumentar a ingestão de água, o que será suficiente para a resolução das demais queixas.
- (C) a provável causa psicológica, por ficar o dia inteiro na escola e ter tido um desfralde precoce, é o suficiente para não ser indicada a realização de exames complementares.
- (D) a ressonância de coluna vertebral é um dos exames iniciais de avaliação, para afastar disrafismo oculto.
- (E) a uretrocistografia miccional e urodinâmica é o exame padrão ouro na avaliação de criança com infecção urinária recorrente e dilatação de pelve.

5

Menino, 3 anos, previamente hígido, é trazido ao ambulatório pela mãe com queixa de dor em membro esquerdo. Refere que, há duas semanas, a criança sofreu uma queda da bicicleta, machucando aquela perna e ralando todo o joelho no asfalto. O menor já havia parado de se queixar de dor no local, mas, há uns 5 dias, vem reclamando de dor novamente, com piora progressiva, sem mais querer ficar em pé ou mover o membro. Há 2 dias iniciou quadro de febre e prostração. A mãe refere também uma inflamação em região próxima ao joelho.

Pensando em uma possível infecção osteoarticular, é correto afirmar que

- (A) na osteomielite, o úmero é o sítio mais comum, enquanto na artrite séptica, são o joelho e o ombro.
- (B) na osteomielite, o raio X pode apresentar edema, perda de planos teciduais, distensão dos planos musculares, além de reação periosteal e destruição óssea.
- (C) os patógenos mais comuns são o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus* grupo B, mas devemos sempre suspeitar de lesão de *Salmonella* nessa faixa etária.
- (D) o tratamento inclui, além dos cuidados gerais, início de antibiótico endovenoso, sendo a escolha oxacilina + gentamicina nessa faixa etária.
- (E) o tratamento cirúrgico é sempre recomendado nos quadros de infecção osteoarticular.

6

Mãe traz seus dois filhos do sexo masculino (de 8 e 13 anos) para avaliação pediátrica. Refere que está muito preocupada porque ambos engordaram muito no último ano, se alimentam muito mal, não fazem atividades físicas e passam cerca de 5 horas por dia na frente das telas. A mãe diz querer solicitar exames de sangue, pois tem histórico familiar de diabetes tipo 2.

Os dados antropométricos e de alteração do exame físico das crianças estão a seguir.

Filho 8 anos: 36kg; 1,31 m; (valor de referência IMC: $Z+1 \geq 17$; $Z+2 \geq 19,5$; $Z+3 \geq 23$); PA 118 X 80 (valores referência: P90 = 110 x 71; P95 = 114 X 74).

Filho 13 anos: 60 kg; 1,65 m; (valor de referência IMC: $Z+1 \geq 21$; $Z+2 \geq 25$; $Z+3 \geq 31,5$); PA 126 X 78 (valores referência: P90 = 124 x 76; P95 = 128 X 80).

Sobre a avaliação e a conduta dos menores, é correto afirmar, de acordo com a SBP, que

- (A) o de 8 anos tem obesidade e HAS estágio 2, e o de 13 anos, sobrepeso com HAS estágio 1.
- (B) ambos têm sobrepeso e HAS estágio 1.
- (C) o de 8 anos tem obesidade grave e HAS estágio 1. e o de 13 anos. obesidade com PA elevada.
- (D) o de 8 anos tem obesidade e HAS estágio 1, e o de 13 anos, sobrepeso com PA elevada.
- (E) o de 8 anos tem obesidade e PA elevada, e o de 13 anos, sobrepeso com PA elevada.

7

A estatura da criança e do adolescente depende do potencial genético, fatores ambientais, hormonais e nutricionais. A baixa estatura e diminuição da velocidade de crescimento é uma queixa frequente na consulta pediátrica.

Sobre baixa estatura, assinale a afirmativa correta.

- (A) A baixa estatura deve ser sempre investigada, enquanto alta estatura não necessita investigação.
- (B) A síndrome de Turner pode ser uma causa de baixa estatura genética e apresentar algumas alterações físicas: pescoço alado, fâcies triangular, clinodactilia e assimetria de membros inferiores.
- (C) No hipotireoidismo, além da baixa estatura, observa-se apatia, cabelos ralos, aumento do tecido adiposo e estrias violáceas.
- (D) Somente pacientes com deficiência de GH comprovadas podem fazer uso de rhGH.
- (E) Alterações no período neonatal como hipoglicemia, micropênis e icterícia prolongada podem sugerir deficiência congênita de gH.

8

Menino de 10 anos chega na emergência com desconforto respiratório. Refere que está com obra em casa, e que, há uns 3 dias começou com a rinite atacada, estando então em uso de anti-histamínico. Evoluiu nas últimas 24 horas com piora progressiva de tosse seca. A mãe refere que o menor estava dormindo, com bastante tosse, e acordou com dispneia e dor no peito. Ela fez a medicação de resgate prescrita pela pediatra, sem melhora, e então verificou que a medicação estava vencida, levando então o menino imediatamente para avaliação. Ela conta que o menino tinha muitas crises como essa até os 7 anos, fazendo acompanhamento e tratamento. Conta ainda que atualmente o menino está sem medicação profilática. Nega internações prévias e outras comorbidades. Ao exame, REG, falas entrecortadas, afebril, FR = 32 irpm, FC= 120 bpm, com tiragem subcostal, sat= 91%. Ausculta: sibilos difusos, PEF 70% em relação ao previsto.

Sobre o melhor manejo desse paciente, é correto afirmar que

- (A) o paciente apresenta uma crise grave, devendo imediatamente ser transferido à UTI para administração de corticoide venoso e aminofilina.
- (B) trata-se de uma crise moderada, devendo ser feito o resgate com β_2 agonista de curta ao longo da primeira hora, (associando ou não com o ipratrópio e o corticoide oral) e oxigênio deve ser oferecido.
- (C) deve-se oferecer oxigênio e solicitar Rx de tórax e painel viral para afastar infecção por covid -19 ou influenza.
- (D) deve-se fazer uma dose com 6 jatos de β_2 agonista de curta e uma prednisolona oral e liberar para casa com ajuste da medicação para cada 4 horas.
- (E) o paciente apresenta quadro agudo, devendo ser feita uma nebulização com corticoide inalatório associado a β_2 agonista de curta.

9

Escolar de 6 anos, masculino, chega na emergência com bom estado geral, com relato de discreto edema em face, principalmente periorbitário bilateral, diminuição da urina, e ela apresentando coloração acastanhada.

Ao exame físico, além do edema em face, observa-se discreto edema em pés, e PA 115 X 85 (> p95). O pai refere que o menino teve um "resfriado" umas semanas atrás.

Pensando que a causa dessa sintomatologia seja de um processo renal, é correto afirmar que

- (A) a presença de proteinúria, independentemente dos valores, indica associação com síndrome nefrótica.
- (B) não existe exame de sangue que contribua para a suspeita diagnóstica, sendo apenas a tríade clássica responsável pela confirmação.
- (C) apesar de a hipertensão arterial estar presente, não há indicação de uso de anti-hipertensivos.
- (D) as infecções por estreptococos β hemolítico de diferentes cepas, sejam de pele ou de vias respiratórias, podem levar a essa glomerulonefrite.
- (E) pode-se estabelecer uma infecção prévia do estreptococo por meio de análise da antiestreptolisina O e/ou antiDNase B.

10

Menino de 4 anos chega ao pronto atendimento, levado pela mãe, com história de febre há 5 dias. A mãe refere que, no terceiro dia, surgiu vermelhidão nos olhos e rachaduras nos lábios. Posteriormente, manchas avermelhadas pelo tronco do menino. Hoje, ele acordou com uma dor aguda no peito, que piora ao deitar-se.

Apresenta-se em REG, com palidez, hiperemia conjuntival, fissura de mucosas, exantema polimorfo, adenomegalia cervical anterior de 2 cm e turgência jugular. AR: MVUA sem RA, FR 44 irpm; ACV: bulhas abafadas e presença de atrito pericárdico; FC= 132 bpm, hipotensão. ECG: elevação do segmento ST; Rx tórax: silhueta cardíaca em moringa.

A internação no CTI é solicitada por suspeita de se tratar de um provável Kawasaki que evoluiu com complicação cardiovascular.

A suspeita de tamponamento cardíaco é fortalecida pela presença dos seguintes sinais clínicos que compõem a tríade de Beck:

- (A) elevação do segmento ST + bulhas abafadas + atrito pericárdico.
- (B) hiperemia conjuntival + exantema polimorfo + adenomegalia cervical.
- (C) imagem em “moringa” no RX + hipotensão + taquicardia.
- (D) bulhas abafadas + hipotensão + pressão venosa central elevada.
- (E) dor que piora com decúbito + turgência de veia jugular + elevação do segmento ST

11

Menino, 18 meses, com diagnóstico de anemia falciforme (HbSS), é trazido à emergência com dor abdominal de início súbito e palidez importante, sem febre associada.

Ao exame, encontra-se hipocorado (3+/4+), taquicárdico e com baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo. Hemograma evidencia Hb: 3g/dL.

A hipótese diagnóstica mais provável nesse caso é

- (A) sequestro esplênico.
- (B) crise aplástica.
- (C) crise algica.
- (D) bacteremia.
- (E) infecção pelo Epstein-Barr vírus.

12

Menina, 2 anos, previamente hígida, apresenta início súbito de petéquias e púrpuras generalizadas. Apresentou infecção viral uma semana antes dos sintomas.

O exame físico está normal, exceto pelas petéquias e púrpuras disseminadas pelo corpo. Não há esplenomegalia, linfadenopatias e nem palidez. O hemograma evidencia contagem de plaquetas = 10.000/ μ L. Não há anemia e os leucócitos estão normais.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) leucemia linfoblástica aguda.
- (B) infecção por parvovírus B19.
- (C) púrpura trombocitopênica autoimune crônica.
- (D) vasculite por IgA.
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

13

Lactente feminino, 6 meses, apresenta apatia e palidez cutaneomucosa há aproximadamente 2 meses. Permaneceu em aleitamento materno exclusivo até os 2 meses de vida, quando iniciou leite de vaca, pois a mãe voltou a trabalhar. Traz exames laboratoriais que evidenciam anemia e deficiência de ferro.

Seguindo o Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre recomendações para o tratamento e prevenção da anemia ferropriva em lactentes (Atualização de 2026), o tratamento da anemia ferropriva nesse caso deve ser feito com

- (A) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar e mantido por um período de 3 a 6 meses ou até normalização da hemoglobina e reposição adequada dos estoques de ferro.
- (B) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar por 2 meses e deve haver um aumento de hemoglobina igual ou superior a 0,5g/dL após início do tratamento.
- (C) 1 a 2 mg/kg/dia de ferro elementar, e um hemograma de controle deve ser realizado com 15 dias do início do tratamento, suspendendo-se a reposição se a hemoglobina estiver normal.
- (D) 1 a 2 mg/kg/dia de ferro elementar, mantido por um período de 3 a 6 meses, quando se deve realizar um hemograma e dosar a ferritina, suspendendo a reposição se a ferritina e a hemoglobina estiverem normais.
- (E) 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar, e um aumento de hemoglobina igual ou superior a 0,5g/dL após 45 dias do início do tratamento deve ser observado.

14

Menino, 3 anos, é trazido à consulta pediátrica de rotina com queixa de dor abdominal há 2 meses, associada à febre e perda de peso, além de hematúria.

Durante o exame físico, é identificada uma massa firme e lisa em metade do abdômen à esquerda, não ultrapassando a linha média. Há ainda aniridia e hemihipertrofia. Os exames laboratoriais evidenciam policitemia, trombocitose e deficiência do fator VII.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) neuroblastoma.
- (B) tumor de Wilms.
- (C) rhabdomyosarcoma.
- (D) hepatoblastoma.
- (E) teratoma.

15

Lactente masculino, 12 meses, com febre há 24 horas sem outros sintomas associados, é admitido na emergência com crise convulsiva tônico-clônico generalizada em vigência de febre, de início há 7 minutos. Nega episódios prévios semelhantes.

A terapia medicamentosa de escolha para a crise convulsiva, nesse caso, além das medidas de suporte, inclui

- (A) diazepam endovenoso.
- (B) fenobarbital endovenoso.
- (C) fenitoína endovenosa.
- (D) levetiracetam oral.
- (E) ácido valproico oral.

16

Menino, 6 anos, apresenta episódios de perda de consciência, que são acompanhados por tremor de pálpebras e desvio do olhar para cima, recebendo diagnóstico de crise de ausência.

Sobre esse quadro, em relação à crise de ausência, é correto afirmar que

- (A) apresenta período pós-ictal.
- (B) não há retomada imediata da consciência após a crise.
- (C) os episódios geralmente duram alguns minutos.
- (D) não apresenta aura.
- (E) não apresenta automatismos simples.

17

Menina, 7 anos, apresenta febre há 48 horas, evoluindo com cefaleia frontal, náuseas, vômitos e fotofobia. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, com rigidez de nuca. Foi submetida à punção lombar, e a avaliação líquórica foi sugestiva de meningoencefalite viral.

Diante desse quadro, os seguintes achados laboratoriais são esperados no líquido:

- (A) Leucócitos = 500/mm³ (predomínio de mononucleares), proteína = 50mg/dL e glicose normal.
- (B) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de mononucleares), proteína 300 mg/dL e glicose normal.
- (C) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína 300 mg/dL e glicose normal
- (D) Leucócitos = 10.000/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína 300 mg/dL e glicose < 40mg/dL.
- (E) Leucócitos = 500/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteína = 300mg/dL e glicose normal.

18

Recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional apresenta, durante o exame na sala de parto, lesão cutânea na região lombar com exposição de tecido neural e saída de líquido. O exame neurológico apresenta-se com paraplegia flácida para os membros inferiores e ausência de reflexos profundos. Ultrassonografia transfontanela evidenciou presença de ventriculomegalia.

Considerando o diagnóstico de mielomeningocele, sua associação mais frequente é com

- (A) malformação de Chiari I.
- (B) malformação de Dandy-Walker.
- (C) malformação de Chiari II.
- (D) cisto aracnoide.
- (E) macrocefalia.

19

Menino, 18 meses, apresenta pneumonias e otites de repetição desde os 9 meses de vida e três episódios de giardíase. Além disso, foi internado com encefalite por enterovírus com 12 meses. Ao exame encontra-se emagrecido, com índice de massa corporal abaixo do z-score - 2. Não se visualiza as amígdalas em orofaringe. A dosagem sérica das imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM e IgE) estão muito reduzidas. A IgG contra sarampo, tétano e hepatite B são negativas.

Considerando o quadro em questão, a hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) agamaglobulinemia de Bruton.
- (B) deficiência de subclasse de IgG.
- (C) hipogamaglobulinemia transitória.
- (D) síndrome hiper-IgM.
- (E) deficiência seletiva de IgA.

20

Escolar de 8 anos, inicia tratamento para epilepsia com fenobarbital e após 4 semanas apresenta febre, exantema maculopapular difuso, edema facial e linfadenopatia generalizada. O hemograma evidencia apenas eosinofilia e há elevação das transaminases e da creatinina sérica.

Diante do quadro em questão, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) síndrome de Stevens-Johnson.
- (B) necrólise epidérmica tóxica.
- (C) síndrome da pele escaldada.
- (D) DRESS (drug-induced hypersensitivity syndrome).
- (E) dermatite herpética.

21

Lactente, a termo, 2 meses e 10 dias de vida, é levado à Emergência pelos pais pois, há cerca de 40 minutos, após amamentado e colocado no berço, apresentou episódio súbito de "olhar parado, boca roxa, sem respirar, parecendo que havia engasgado". O pai realizou manobras de estímulo nas costas, elevou o queixo e em seguida a criança chorou. O lactente está em aleitamento materno exclusivo, é o primeiro episódio, encontra-se em bom estado geral, ativo, reativo, eupneico em ar ambiente, acianótico, bom tônus muscular e reflexos presentes, SatO₂ 99% e afebril. Exame físico sem anormalidades.

Considerando as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria para BRUE (*Brief Resolved Unexplained Event* ou Evento Breve Resolvido Não Explicado) a definição do caso e a conduta imediata são:

- (A) BRUE de Baixo Risco e observação clínica por um período de uma a quatro horas, realização de eletrocardiograma, e, se estável, alta com orientações e encaminhamento ao pediatra em até 24 horas.
- (B) BRUE de Alto Risco e internação em leito de retaguarda pediátrica para monitorização cardiorrespiratória contínua, com investigação laboratorial e de imagem expandida.
- (C) BRUE de Baixo Risco e alta com orientação, encaminhamento para polissonografia e revisão com pediatra em 48 horas, considerando estabilidade clínica e exame físico normal na admissão.
- (D) BRUE de Alto Risco e internação em unidade intensiva pediátrica, monitorização, eletrocardiograma, ecocardiograma, tomografia de crânio e rastreio infeccioso com hemograma, hemocultura e análise líquórica.
- (E) sem critérios para BRUE e internação para investigação de Doença do Refluxo Gastroesofágico, por associação temporal direta com a mamada; início de fenobarbital e investigação para crise convulsiva focal.

22

Recém-nascido (RN) a termo, adequado para a idade gestacional, cuja mãe apresentou diabetes gestacional controlado com dieta, está com 3 horas de vida no alojamento conjunto, ativo e em aleitamento materno exclusivo. Glicemia capilar = 38 mg/dL.

Considerando as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria para rastreamento e conduta na hipoglicemia neonatal, a conduta imediata adequada é

- (A) ofertar fórmula infantil imediatamente para garantir aporte calórico rápido, repetir a aferição da glicemia capilar uma hora após a oferta e manter o RN no alojamento conjunto se o novo valor for maior que 45 mg/dL.
- (B) iniciar infusão endovenosa imediata de um *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg), seguido por uma taxa de infusão de glicose contínua de 4 a 6 mg/kg/min, devido ao risco de convulsão e lesão neurológica.
- (C) estimular amamentação ou ofertar leite materno ordenhado e reavaliar a glicemia capilar em 1 hora; se o valor estiver entre 35 e 45 mg/dL, após a mamada, considerar uso de gel de glicose a 40% ou transferir para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
- (D) transferir o RN para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para avaliação contínua, pois glicemia abaixo de 40 mg/dL nas primeiras 4 horas de vida exigem monitorização e triagem laboratorial central obrigatória.
- (E) observar o RN e repetir a glicemia capilar antes da próxima mamada (com 6 horas de vida), visto que o valor de 38 mg/dL reflete o nadir fisiológico normal do RN nas primeiras horas após o parto.

23

Recém-nascido, 35 semanas, pequeno para a idade gestacional, admitido na UTIN com 12 horas de vida, com desconforto respiratório leve e tremores finos de extremidades e glicemia capilar 28 mg/dL. Prescrita dieta zero, *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg) na veia periférica e hidratação venosa com taxa de infusão de glicose (TIG) de 6 mg/kg/min. Após duas reavaliações a cada 30 minutos, a glicemia capilar estava entre 34 mg/dL e 36 mg/dL, com letargia moderada e hipotonia.

Diante do quadro e conforme as diretrizes para hipoglicemia, preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a conduta é

- (A) realizar novo *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg); progredir a TIG de 6 para 15 mg/kg/min por meio de solução de glicose a 15% na via em uso, a fim de atingir rapidamente o alvo glicêmico e reavaliar a glicemia a cada 30 minutos.
- (B) coletar amostra crítica de sangue e urina antes de alterar a TIG. Realizar novo *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg); posteriormente elevar a TIG a 8 mg/kg/min e providenciar acesso venoso central para novas elevações da TIG, se necessárias.
- (C) manter a TIG em 6 mg/kg/min, evitando efeito rebote do hiperinsulinismo secundário; administrar glucagon via intramuscular (0,1 mg/kg) para resgate imediato; aguardar a recuperação do tônus e iniciar dieta por sonda orogástrica.
- (D) reduzir gradativamente a infusão endovenosa contínua simultaneamente à administração de gel de glicose a 40% na mucosa oral e fórmula infantil para prematuros por sonda, objetivando menor oscilação glicêmica por via digestiva.
- (E) repetir o *bolus* de glicose a 10% em volume de 4 mL/kg pela via periférica, manter a TIG em 6 mg/kg/min, avaliação glicêmica a cada 30 minutos, solicitar ultrassonografia transfontanela para avaliar hemorragia intracraniana como causa da letargia.

24

De acordo com as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria para fluidoterapia em crianças, o uso inicial da hidratação endovenosa de manutenção, com solução isotônica, está indicado nos seguintes casos, à exceção de um. Assinale-o.

- (A) lactente de 14 meses em pós-operatório imediato de apendicectomia sem complicações, com sódio sérico basal de 136 mEq/L.
- (B) Recém-nascido de 18 dias de vida, termo, internado por icterícia neonatal tardia em fototerapia e com baixa aceitação do seio materno.
- (C) Criança de 6 anos com meningite bacteriana aguda, apresentando vômitos e sinais clínicos de hipovolemia leve a moderada.
- (D) Escolar de 8 anos internado por crise asmática grave refratária, em uso de beta-2 agonista contínuo e corticoterapia endovenosa.
- (E) Adolescente de 13 anos com cetoacidose diabética compensada, na fase de transição para hidratação de manutenção e reintrodução de dieta.

25

Lactente, sexo masculino, 7 meses de idade, ultrassonografia morfológica fetal sem anormalidades, febril (38,8 °C), apresentou exame da urina, por cateterismo vesical, com esterase leucocitária positiva, nitrito positivo e bacterioscopia (Gram) com bacilos gram-negativos. Uma amostra foi encaminhada para cultura e prescrito cefalexina. A cultura depois revelou *Proteus mirabilis* 80.000 UFC/mL.

De acordo com as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria, assinale a opção correta a respeito da análise do caso e da respectiva conduta.

- (A) O *Proteus mirabilis* tem associação com fimose fisiológica e risco aumentado de alcalinização urinária, por possuir enzima urease, que hidrolisa ureia, eleva pH urinário e favorece a nefrolitíase por estruvita. A ultrassonografia de vias urinárias e renal deve ser realizada após resolução da infecção.
- (B) A contagem de colônias de 80.000 UFC/mL deve ser considerada inconclusiva por estar abaixo do ponto de corte de 100.000 UFC/mL para o método de coleta realizado. Suspender o antibiótico nesse momento e após 48 horas, proceder com nova coleta de urina por punção supra púbica.
- (C) Em lactente, com o primeiro episódio de ITU febril por germe Gram-negativo, o protocolo impõe a realização obrigatória da uretrocistografia miccional e da cintilografia renal com DMSA na fase hospitalar aguda para o rastreamento imediato de Refluxo Vesicoureteral e cicatrizes renais.
- (D) A antibioticoterapia empírica deve ocorrer com nitrofurantoína por via oral, visto que apresenta excelente penetração no parênquima renal, o *Proteus mirabilis* demonstra ótima sensibilidade ao quimioterápico e ainda permite o tratamento ambulatorial seguro.
- (E) O saco coletor plástico é alternativa para a coleta na emergência pela praticidade e menor invasão. A confirmação diagnóstica, no caso, ocorreria com o isolamento da bactéria, diante do crescimento mencionado, visto o ponto de corte ser superior a 50.000 UFC/mL.

26

Menino, 7 anos, hígido, residente em área endêmica para dengue está febril (acima de 39 °C) há 4 dias, tendo cedido espontaneamente há 8 horas. A criança está com dor abdominal intensa e contínua e apresentou dois episódios de vômitos nas últimas 3 horas.

Exame físico: consciente, discreta letargia, mucosas hiporcoradas (+/4+), PA 90x60 mmHg, FC 118 bpm, tempo de enchimento capilar 3 segundos, fígado a 3 cm do rebordo costal direito, doloroso. Exames laboratoriais: plaquetas 68.000/mm³, hematócrito 48% (basal era 38%), leucócitos 2.800/mm³, aspartato aminotransferase de 180 U/L. O NS1 - antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - é reagente.

De acordo com as evidências e as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, trata-se de dengue

- (A) sem sinais de alarme, indicando-se hidratação oral e antiemético, sob supervisão, coleta de amostra para sorologia IgM e após cessado os vômitos, alta e acompanhamento ambulatorial.
- (B) sem sinais de alarme, a febre cedeu espontaneamente, sendo, então, indicada a hidratação oral domiciliar com orientações para retorno em 24 horas.
- (C) grave com choque, indicando-se imediatamente hidratação venosa agressiva com 20 mL/kg de solução colóide (albumina) e início de corticoterapia sistêmica para reduzir extravasamento plasmático.
- (D) com sinais de alarme, sendo indicada a internação para hidratação venosa com solução cristaloide com 10mL/kg, monitoramento contínuo, reavaliação clínica e laboratorial seriada.
- (E) grave, com plaquetopenia isolada é critério maior para gravidade, não dependendo de demais achados, sendo indicada a expansão volêmica rápida com solução de ringer lactato com 10mL/kg e reavaliação das plaquetas.

27

Pré-escolar, 4 anos, é atendida no ambulatório de pediatria em região com cocirculação de dengue, chikungunya e zika. Apresenta febre elevada (39,2 °C) há 3 dias, seguida por exantema maculopapular pruriginoso difuso, edema simétrico das articulações das mãos e tornozelos e artralgia. Nega sangramento, dor abdominal, vômitos ou cefaleia.

Ao exame: estado geral regular, exantema maculopapular difuso, edema articular simétrico nas articulações metacarpofalangianas e tornozelos bilateralmente, temperatura 38,4 °C, hemodinamicamente estável, fígado não palpável. Exames: plaquetas 185.000/mm³, hematócrito 36%, leucócitos 4.200/mm³, linfócitos 38%, aspartato aminotransferase 68 U/L. NS1 - antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - não reagente e IgM para chikungunya: reagente.

De acordo com quadro e diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil/ Organização Panamericana de Saúde vigentes para as arboviroses, a conduta adequada é

- (A) prescrever cloroquina em dose pediátrica por 5 dias como tratamento específico para a fase aguda da infecção por chikungunya, conforme protocolo.
- (B) iniciar anti-inflamatório não esteroide, como ibuprofeno, a fim de reduzir a limitação articular ocasionada pela inflamação e ser tratamento de escolha para a artralgia por chikungunya em crianças a partir do início dos sintomas.
- (C) solicitar RT-PCR para dengue e chikungunya em amostra de sangue coletada após o 7º dia de doença, pois a viremia tardia é o resultado que possui nível de evidência para confirmação diagnóstica nas arboviroses.
- (D) internar por risco de doença grave – poliartralgia concomitante a níveis elevados de aspartato aminotransferase em menores de sete anos de idade – e monitorar as enzimas hepáticas pelo risco de hepatite aguda grave.
- (E) iniciar paracetamol, hidratação, repouso e retorno em de 24 a 48 horas para reavaliação; evitar anti-inflamatório não esteroide e ácido acetilsalicílico enquanto não for descartada dengue concomitante, devido à circulação regional.

28

Adolescente, 15 anos, previamente hígido, residente em área endêmica de esquistossomose, é internado por suspeita de Doença de Wilson (DW). Ele apresenta aumento progressivo do volume abdominal há quatro meses, perda ponderal discreta e fadiga.

Ao exame: orientado, consciente, ascite volumosa, circulação colateral discreta, baço a 5 cm do rebordo costal esquerdo. Pressão arterial normal. Laboratório: Hemoglobina 12,4 g/dL; Plaquetas: 82.000/mm³; aspartato aminotransferase (AST) 76 U/L; alanina aminotransferase (ALT) 62 U/L; gama glutamiltransferase (GGT) 38 U/L; Bilirrubina total 1,5 mg/dL; Albumina 3,1 g/dL; INR 1,4. Paracentese - amostra: gradiente soro-ascite de albumina (SAAG) 1,7 g/dL; proteína no líquido ascítico 2,8 g/dL.

Ultrassonografia abdominal com doppler: hipertensão portal; esplenomegalia; fluxo portal preservado; fígado discretamente heterogêneo, sem sinais típicos de cirrose.

Para diferenciar DW da esquistossomose hepatoesplênica, assinale a afirmativa com melhor correlação entre os dados do caso, hipótese e eventual conduta.

- (A) A ausência de hiperbilirrubinemia significativa praticamente exclui diagnóstico de doença de Wilson, sendo importante solicitar a pesquisa parasitológica de fezes para confirmar esquistossomose hepatoesplênica crônica.
- (B) A presença de ascite volumosa praticamente exclui esquistossomose hepatoesplênica, tornando a dosagem de ceruloplasmina sérica e cobre urinário de 24 horas suficientes para confirmação diagnóstica de doença de Wilson.
- (C) Hipertensão porta e ALT/AST sugerem esquistossomose, mas se não definida, deve descartar DW com ceruloplasmina, cuprúria 24 horas, anéis de Kayser-Fleischer e, se necessário, cobre hepático, pois isoladamente, não possuem sensibilidade ou especificidade suficientes.
- (D) A presença de proteína elevada no líquido ascítico e o SAAG de 1,7g/dL, diferenciam de forma confiável esquistossomose hepatoesplênica de doença de Wilson, dispensando investigação etiológica adicional.
- (E) A ultrassonografia abdominal com doppler evidenciando fluxo portal preservado praticamente confirma esquistossomose hepatoesplênica e exclui doença de Wilson como causa da hipertensão portal.

29

Recém-nascido, sexo masculino, a termo, peso 3.720 g, apresenta hipertelorismo ocular, fissuras palpebrais com inclinação descendente, ptose palpebral bilateral, implantação baixa de orelhas com hélice espessada e rotação posterior, pescoço alado, *pectus carinatum* e *pectus excavatum*, sopro sistólico no foco pulmonar e SatO₂ 96%. Cariótipo (amniocentese) 46,XY.

De acordo com características morfológicas descritas no período neonatal e cariótipo, é correto afirmar que se trata de uma síndrome genética e que

- (A) as malformações renais frequentes são a agenesia e a hipoplasia.
- (B) a cardiopatia congênita mais associada é a comunicação interventricular
- (C) cursa com padrão estático de dismorfologia facial ao longo da vida.
- (D) a herança é autossômica dominante, afetando ambos os sexos igualmente.
- (E) no momento, está indicado ecocardiograma e infusão de prostaglandina a seguir.

30

Menina, branca, 7 anos e 4 meses, está na consulta com a avó que notou, há 3 meses, um botão mamário bilateral e discreta sensibilidade local, sem outras queixas. Bom estado geral, frequente escola e não há evidência de forte exposição a disruptores endócrinos.

Ao exame: peso no P85, estatura no P95 para a idade (acima do alvo genético que é de 1,58 m); PA normal, sem acne, sem pelos pubianos ou axilares; botão mamário palpável sob a aréola bilateralmente, sem nódulos suspeitos. Idade óssea (radiografia dos punhos) de 9 anos. Ultrassonografia pélvica: útero com comprimento de 3,8 cm, ovários com volume de 2,1 mL bilateralmente com pequenos folículos.

Com base nesses dados, nos critérios de desenvolvimento e no estadiamento de Tanner, assinale a opção correta.

- (A) A ultrassonografia pélvica com útero de 3,8 cm e ovários de 2,1 ml exclui puberdade precoce central, pois esses valores estão dentro da faixa pré-puberal. A conduta é reavaliar em 6 meses, acompanhar velocidade do crescimento e sinais puberais.
- (B) O botão mamário bilateral aos 7 anos e 4 meses está nos limites da normalidade para meninas brancas, cujo início puberal médio ocorre aos 10 anos. Não há recomendação de investigação adicional, deve-se reavaliar em 6 meses e monitorar crescimento e desenvolvimento.
- (C) O quadro sugere telarca prematura isolada - variante fisiológica benigna, por não haver pelos pubianos. A conduta é observação clínica, sem necessidade de exames de imagem ou laboratoriais, com acompanhamento do crescimento.
- (D) O avanço da idade óssea isolado confirma puberdade precoce periférica independente de gnrh. A conduta imediata é iniciar inibidor da aromatase para bloquear o avanço maturacional e retardando a menarca.
- (E) Início da telarca, avanço da idade óssea e ultrassonografia pélvica com sinais de ativação gonadal, trata-se de puberdade precoce central. Deve-se avaliar hormônio luteinizante basal pós estímulo com gnrh e ressonância magnética de crânio excluindo causa orgânica intracraniana.

31

Escolar, 7 anos, sexo masculino, é levado ao pronto-socorro por conta de dor e limitação importante do movimento. Sua mãe nega trauma, embora seja notado aumento significativo do joelho direito em relação ao esquerdo. O início do quadro foi há mais de uma semana, com dor e aumento do volume do punho direito, já em fase de melhora. Quando perguntada, a mãe recorda que o paciente apresentou, há uns 20 dias, dor-de-garganta, febre alta e pontos vermelhos na parte interna superior da boca, que melhoraram após dois dias de antibiótico, não utilizado pelo tempo total prescrito.

Ao exame: REG. Febril (TAX = 38,5 °C), com face de dor, sem conseguir deambular adequadamente.

Com relação à principal hipótese diagnóstica, assinale a afirmativa correta.

- (A) Anemia, dor óssea e esplenomegalia são manifestações frequentes.
- (B) Taquicardia, com ou sem febre, pode sugerir insuficiência cardíaca.
- (C) Há lenta resposta da dor articular aos anti-inflamatórios não hormonais.
- (D) O acometimento cardíaco é limitado ao endocárdio e miocárdio.
- (E) História familiar positiva não é uma característica deste quadro.

32

Adolescente, 13 anos, sexo feminino, é internada com dor torácica. Exames de imagem realizados evidenciam derrame pleural. Ela mora com a avó materna e nega contato com indivíduos com tosse crônica.

Ao exame: emagrecida, com hiperemia bilateral na região malar. Apresenta dentes em bom estado de conservação, mas notam-se algumas lesões ulceradas na boca.

Corroborar com a principal hipótese diagnóstica a presença de:

- (A) artrite erosiva com deformação das articulações das mãos.
- (B) elevação sérica do complemento, com aumento de CH50.
- (C) fator antinuclear positivo com títulos superiores a 1:80.
- (D) teste de Coombs indireto positivo na ausência de anemia hemolítica.
- (E) distúrbios neuropsiquiátricos associados à trombocitose.

33

Escolar, 9 anos, sexo feminino, é trazida à Clínica da Família por apresentar febre há 20 dias. O médico pergunta sobre outros sinais e sintomas. A mãe refere estranhar que, no momento da febre, a pele fica toda avermelhada e a filha fica muito prostrada, melhorando logo a seguir.

Ao exame: emagrecida, com dor, vermelhidão e aumento das articulações de ambos os joelhos e tornozelos. É notada a presença de linfadenomegalia e esplenomegalia. O fator antinuclear é negativo.

Avaliando-se essas informações, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) Febre Reumática por conta da febre e da característica da artrite.
- (B) Lupus Eritematoso Sistêmico devido à hiperemia da pele com febre.
- (C) Dermatomiosite pelo emagrecimento e alterações cutâneas.
- (D) Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica pela artrite e febre com *rash*.
- (E) Doença de Kawasaki pela idade e artrite de grandes articulações.

34

Pré-escolar, 3 anos, é levado ao pronto atendimento por claudicação.

Ao exame: dor à rotação interna do quadril direito. O médico explica a necessidade de realização de exames para avaliação da necessidade de internação e procedimento cirúrgico.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na osteomielite, na radiografia, pode ser visualizado o abscesso de Brodie.
- (B) Na displasia do desenvolvimento do quadril, a US não é o exame de escolha.
- (C) A radiografia mostra precocemente a necrose avascular da cabeça femoral.
- (D) Na radiografia do quadril, a epifisiólise costuma mostrar linha fisária regular.
- (E) Diferencia-se sinovite transitória do quadril com artrite séptica por meio da US.

35

Avô, que reside com seu filho, sua nora e seus netos é diagnosticado com tuberculose pulmonar, com BAAR +++. Na investigação dos contatos, a lactente, de 11 meses, apresentou prova tuberculínica negativa, radiografia normal e está assintomática.

A conduta correta é

- (A) seguir o acompanhamento pediátrico sem a realização de novos exames
- (B) realizar uma tomografia computadorizada do tórax por ser mais sensível
- (C) iniciar isoniazida 10mg/kg por 6 a 9 meses, com reavaliação mensal.
- (D) solicitar a repetição da prova tuberculínica em oito semanas e rever o caso.
- (E) prescrever rifampicina, isoniazida e pirazinamida por seis meses.

36

Apesar da grande frequência na Pediatria, muitas vezes é difícil estabelecer o diagnóstico etiológico das pneumonias agudas comunitárias (PAC).

Com base na faixa etária e no quadro clínico, assinale a associação correta.

- (A) *Chlamydia trachomatis* - febre persistente, tosse coqueluchoide e taquipneia
- (B) *Staphylococcus aureus* - mais frequente em escolares com toxemia grave
- (C) *Mycoplasma pneumoniae* - tosse, podendo haver sibilância e lesões de pele
- (D) *Bordetella pertussis* - início súbito, com tosse e desconforto respiratório
- (E) *Chlamydophila pneumoniae* - febre alta, com dispneia e dor torácica

37

Em relação à Bronquiolite Viral Aguda (BVA), houve algumas medidas de prevenção da BVA pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) nos últimos dois anos, adotadas pelo Ministério da Saúde no Brasil.

Em relação ao tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) A vacina contra VSR está indicada para lactentes prematuros.
- (B) O nirsemabe é uma vacina aplicada antes da sazonalidade do VSR.
- (C) O palivizumabe tem a vantagem de ser aplicado em dose única anual.
- (D) O nirsevumabe foi incorporado para prematuros e algumas comorbidades.
- (E) Os anticorpos monoclonais anti-VSR oferecem proteção por 2 sazonalidades.

38

Recém-nascido, a termo, sexo masculino, apresenta quadro de íleo meconial. Anti-HIV materno – negativo. Os pais são primos. Recebe alta para acompanhamento com Pediatra. Realiza teste de triagem na Clínica da Família, mas a mãe comparece à consulta, aos 4 meses de vida do lactente, com o exame que mostra dosagem de IRT anormal, nas duas coletas, nos primeiros 30 dias. O acompanhamento pediátrico é irregular. Aos 18 meses, após 4 infecções respiratórias que demandaram internação, o lactente é encaminhado para investigação por baixo ganho ponderal e eliminação de fezes oleosas.

Com relação à principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que

- (A) é uma doença monogênica autossômica recessiva, sem variações clínicas.
- (B) as manifestações de má digestão e absorção costumam surgir tardiamente.
- (C) as classes de variantes IV, V e VI são associadas a manifestações graves.
- (D) além dos pulmões, não costuma haver disfunções em outros órgãos.
- (E) o conhecimento das variantes patogênicas tem implicação terapêutica.

39

Pré-escolar, com 3 anos, sexo feminino, dependente de oxigenioterapia desde um episódio de bronquiolite viral aguda aos sete meses, com internação por 20 dias em UTI. Após a alta, manteve sibilância persistente, necessitando de internação por mais três vezes por causa respiratória. Dosagem do cloro no suor: 28 mEq/L. Nasceu com 37 semanas, peso de nascimento de 2800 g.

Exame físico: peso = 12 kg, comprimento = 90 cm; FR = 36 IRPM, tiragem intercostal baixa, sibilos e estertores grossos difusos. Ecocardiograma: normal. TC de tórax: em ambos os pulmões, áreas de atenuação em mosaico alternando com áreas de parênquima normal, com espessamento das paredes brônquicas e bronquiectasias cilíndricas bilaterais. Nas imagens em expiração, observam-se áreas compatíveis com aprisionamento aéreo. Não são vistas consolidações parenquimatosas ou massas.

O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de Kartagener.
- (B) bronquiolite obliterante.
- (C) fibrose cística.
- (D) displasia broncopulmonar.
- (E) crises de asma por IVAS.

40

Pré-escolar, com 4 anos e 6 meses, é atendido com queixa de dor abdominal e diarreia. Sua mãe informa ter tido episódios recorrentes, com identificação de *giardia lamblia* no exame parasitológico de fezes. O médico solicita exames para confirmar sua hipótese diagnóstica.

Assinale a opção que identifica a associação patológica esperada nesse caso.

- (A) Acrodermatite enteropática.
- (B) Anemia perniciosa.
- (C) Deficiência seletiva de IgA.
- (D) Anemia por deficiência de ácido fólico.
- (E) Deficiência de vitamina D.

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 vertebra 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 dispneia 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 multidroga-resistentes (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 modafilina, 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 tisiologia 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 de tosse produtiva diária. Quatro exacerbações por infecção pulmonar no último ano na 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 a 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, collagenoses, 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 - 48mmHg; 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 a 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 descondicionamento 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 fisiologia 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 crepitantes 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 bupiriona 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 bupiriona.
- (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 aeruginosas 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 pneumocistose (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 anfotericina 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 tiotropio (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 boa 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 à 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 broncodilação 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 (ILTB) 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

