MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

T1191027N

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA
EDITAL Nº 1/2021 - RESIDÊNCIA MÉDICA REDE EBSERH 2021/2022

PRM - ÁREA DE ATUAÇÃO - ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

NOME DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

Nível
SUPERIOR

PROVA

01

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

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

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

Sobre o material recebido pelo candidato

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

Sobre o material a ser devolvido pelo candidato

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

Sobre a duração do exame e a permanência na sala

- ✓ O prazo de realização do exame é de 4 horas, incluindo a marcação da Folha de Respostas.
- ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início do exame, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar o Caderno de Questões e nenhum tipo de anotação de suas respostas.
- ✓ O candidato poderá levar consigo o Caderno de Questões somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização do exame estabelecido em edital.
- ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno.

Sobre a divulgação dos Cadernos de Questões e dos Gabaritos

- ✓ Os Cadernos de Questões e os Gabaritos Preliminares estarão disponíveis no site do **Enare** no endereço eletrônico **https://enare.ebserh.gov.br,** conforme previsto em Edital.

Cirurgia Torácica

Paciente de 84 anos, masculino, ex-tabagista (fumou dois maços de cigarro por dia dos 18 aos 70 anos), independente, está internado devido à dispneia grau III, chieira e tosse persistente seca. A tc de tórax mostra nódulo sólido irregular medindo 1,8 cm de diâmetro no segmento lingular superior, a 1,4 cm da parede torácica. Dados da história clínica mostram irmão falecido há 3 anos por neoplasia pulmonar, hipertensão arterial sistêmica controlada, dislipidemia e uso de broncodilatador de longa duração.

Tem duas tomografias, que não mostravam alterações, feitas há um e três anos respectivamente, em um programa de rastreamento de câncer pulmonar. Com base nesse caso clínico, responda às próximas quatro questões.

1

Você foi chamado pelo clínico assistente para avaliar a realização de uma broncoscopia com biópsia transbrônquica para propedêutica no caso em questão. Assinale a alternativa correta sobre a melhor conduta a ser tomada.

(A) A broncoscopia não é o melhor exame para o caso. Deve ser realizada baciloscopia no escarro.
(B) A broncoscopia está bem indicada e tem alto rendimento para o caso em questão.
(C) A broncoscopia está bem indicada no caso e deve ser complementada com baciloscopia no escarro para melhorar a acurácia diagnóstica.
(D) A broncoscopia não é o melhor exame devido ao tamanho e à localização periférica da lesão.
(E) A broncoscopia não tem indicação na propedêutica de nódulos pulmonares.

2

Nesse caso clínico, são fatores citados que direcionam para suspeita de neoplasia pulmonar, EXCETO

(A) idade do paciente.
(B) carga tabágica do paciente.
(C) localização periférica do nódulo.
(D) história familiar do paciente.
(E) densidade e forma do nódulo.

3

Quanto ao rastreamento de câncer de pulmão, com base no caso relatado, assinale a alternativa correta.

(A) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da sua idade.
(B) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da carga tabágica.
(C) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa do tempo de cessação do tabagismo.
(D) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da presença do nódulo.
(E) O paciente foi adequadamente colocado no programa e deve permanecer após o tratamento do nódulo.

4

São procedimentos/exames indispensáveis à condução do caso clínico apresentado:

(A) PET-CT e cintilografia pulmonar.
(B) espirometria e PET-CT.
(C) EBUS e biópsia líquida.
(D) PPD e espirometria.
(E) PET-CT e mediastinoscopia.

5

A broncoscopia é um recurso versátil na propedêutica em medicina respiratória. Dentre os procedimentos listados a seguir, quais NÃO podem ser feitos por broncoscopia?

(A) Biopsia de massas pulmonares periféricas; retirada de corpo estranho; intubação traqueal.
(B) Punção de linfonodos mediastinais paraesofágicos; dilatação de estenose traqueal; debridamento de papilomas traqueais.
(C) Criobiopsia pulmonar; colocação de válvulas para tratamento de enfisema; inserção de bloqueador brônquico.
(D) Lavado broncoalveolar; biópsia transbrônquica; escovado brônquico.
(E) Punção de linfonodos subcarinais; colocação de prótese traqueal; traqueostomia percutânea.

Paciente, 56 anos, tabagista ativo, teve câncer de próstata operado há 6 anos sem intercorrências. Apresenta dois nódulos pulmonares, um no lobo superior direito, medindo 2,2 cm de diâmetro médio, e outro no lobo superior esquerdo, medindo 1,9 cm de diâmetro médio. Ambos são irregulares com densidade sólida. O PET-CT mostra captação nas duas lesões, no LSD com suv 7,6 e no LSE suv de 4,8. Com base nesses dados, responda às próximas três questões.

6

Qual é o melhor método para diagnóstico nesse caso?

(A) Biópsia percutânea orientada por TC.
(B) Broncoscopia flexível com biópsia transbrônquica.
(C) Biopsia líquida.
(D) Apenas o PET-CT já fecha diagnóstico de doença neoplásica, uma vez que o suv é menor que 10.
(E) Ultrassom endobrônquico.

7

Confirmado o diagnóstico de neoplasia maligna nas duas lesões, qual é a melhor conduta?

(A) Encaminhar para quimioterapia por se tratar de doença avançada (estágio IV).
(B) Radioterapia estereotáxica nas lesões.
(C) Diagnóstico molecular de cada lesão para definir se são tumores sincrônicos ou doença metastática.
(D) Ressecção sublobar bilateral para poupar função pulmonar.
(E) Lobectomia pulmonar bilateral para ressecção completa das lesões.

8

Sobre a indicação de estadiamento mediastinal no caso, assinale a alternativa correta.

(A) Não está indicado se forem tumores sincrônicos, uma vez que ambos são menores que 3 cm.
(B) Não está indicado se forem tumores metastáticos, uma vez que o tratamento deve ser paliativo.
(C) Deve ser feito nesse caso, uma vez que, independentemente da origem dos tumores, há possibilidade de tratamento operatório e o status mediastinal pode ser definidor.
(D) Deve ser feito sempre em casos de múltiplas lesões pulmonares.
(E) Não deve ser feito se, apesar de linfonodos aumentados no mediastino, o PET-CT for negativo.

9

São características comuns aos pacientes com pneumotórax espontâneo primário:

(A) jovem, masculino, longilíneo, hígido.
(B) jovem, feminino, normolíneo, asmático.
(C) idoso, masculino, normolíneo, com DPOC.
(D) idoso, masculino, longilíneo, tabagista.
(E) jovem, feminino, longilíneo, hígido.

10

São critérios de inclusão no programa de rastreamento de câncer pulmonar:

(A) idade e exposição ocupacional.
(B) carga tabágica e história familiar.
(C) neoplasia prévia e DPOC.
(D) idade e história familiar.
(E) carga tabágica e idade.

11

Paciente, 58 anos, previamente hígido, maratonista, apresentando queda de rendimento progressivo na corrida nos últimos 2 meses, está agora com dispneia aos pequenos esforços e dor torácica atípica à direita nas últimas 3 semanas. Tomografia de tórax mostra derrame pleural à direita, acometendo metade do hemitórax, com espessamento difuso da pleura parietal. Foi submetido à punção e à biópsia percutânea de pleura com agulha, que revelou adenocarcinoma. Sobre a conduta a ser tomada, assinale a alternativa correta.

(A) Como se trata de paciente com bom performance status, deve ser submetido à pleuroscopia para pleurodese paliativa e emcaminhado para tratamento quimioterápico.
(B) Deve ser realizado PET-CT para completar o estadiamento antes de iniciar tratamento paliativo.
(C) Deve ser feito estudo imuno-histoquímico para definir sítio primário da lesão antes de indicar qualquer modalidade terapêutica.
(D) O paciente em questão tem tumor pulmonar avançado e deve ser submetido a estadiamento mediastinal invasivo.
(E) Por se tratar de paciente oligossintomático, deve-se apenas acompanhar o quadro inicialmente, sem indicar nenhuma modalidade terapêutica nesse momento.

12

Paciente do sexo feminino, 61 anos, hipertensa e dislipidêmica, apresenta dispneia progressiva nos últimos 2 meses e dor torácica atípica à direita nas últimas 3 semanas. A tomografia de tórax mostra derrame pleural à direita, acomentendo metade do hemitórax, com espessamento difuso da pleura parietal e adenomegalia mediastinal paratraqueal baixa à direita. Foi submetida à pleuroscopia que revelou mesotelioma epitelioide, com acometimento do linfonodo paratraqueal. Foi submetida à PET-CT que mostrou captação somente na pleura do hemitórax direito. Sobre a conduta a ser tomada, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Trata-se de doença localmente avançada e o paciente pode ser encaminhado para quimioterapia neoadjuvante e avaliar posterior ressecção.
(B) A quimioterapia intraoperatória pode ser usada no tratamento adjuvante.
(C) Trata-se de doença avançada e não há indicação de tratamento operatório para esse caso.
(D) A ressecção de todo o tumor macroscópico é a base do tratamento cirúrgico do mesotelioma pleural.
(E) Não há indicação de radioterapia neoadjuvante para tratamento de mesotelioma pleural.

13

Em relação ao tratamento da hiperidrose, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).

I. A simpatectomia no nível de R2 tem resultados expressivos para hiperidrose palmar, porém associados à maior incidência de sudorese compensatória.
II. Os níveis R3 ou R4 são os mais recomendados para simpatectomia no tratamento da hiperidrose primária palmar.
III. A ablação da cadeia simpática com clipagem favorece a possibilidade de reversão do procedimento na grande maioria dos pacientes.

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

14

Sobre as patologias diafragmáticas, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A eventração diafragmática é caracterizada por uma diminuição das fibras musculares em todas as porções do músculo.
(B) Na paralisia frênica, ocorre atrofia muscular das fibras presentes no músculo.
(C) A eventração é mais comum em homens e do lado esquerdo, sendo usualmente um diagnóstico por exclusão.
(D) A paralisia frênica pode ocorrer após cirurgias cardíacas ou por tumores que acometam o nervo frênico.
(E) As patologias frênicas são mais sintomáticas em neonatos, uma vez que a musculatura respiratória acessória ainda é pouco desenvolvida.

15

Considerando as modalidades de controle da dor no pós-operatório de cirurgias torácicas, sobre Bloqueio Peridural (BPD), Bloqueio Paravertebral (BPV), Bloqueio Paraespinhal (ESP) e Bloqueio Intercostal (BIC), analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).

I. O ESP tem eficácia analgésica semelhante ao BPD e menor risco de complicações.
II. BPD e BPV são os métodos mais eficazes de controle de dor pós-operatória no paciente submetido à toracotomia.
III. O BIC deve ser reservado para pacientes anticoagulados, fator que contraindica outras modalidades de analgesia.

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

16

Em relação às bases do manejo dos tumores mediastinais, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Timomas e linfomas são comuns no mediastino anterior; tumores neurogênicos são exclusivos do compartimento posterior.
(B) A ressecção cirúrgica de cistos benignos deve ser reservada para os broncogênicos e esofágicos; cistos pericárdicos podem ser manejados de maneira não operatória.
(C) Raramente observam-se aderências e processo inflamatório intenso na ressecção de cistos broncogênicos.
(D) Complicações possíveis da ressecção de tumores mediastinais são paralisia frênica, quilotórax e fístula esofágica.
(E) A tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm papel crucial na avaliação e no planejamento do tratamento dos tumores mediastinais.

17

Paciente masculino, 22 anos, relata desconforto torácico há 4 semanas com dispneia aos médios esforços. Tomografia de tórax mostrando volumosa massa no mediastino anterior, irregular, sem plano de clivagem nítido com os vasos da base. Nos exames laboratoriais, notam-se alfafetoproteína muito elevada e beta HCG moderadamente elevado, com anemia discreta. Assinale a alternativa correta sobre a análise do caso e a melhor conduta a ser empregada.

(A) O diagnóstico provável é de linfoma não HODGKIN. Deve ser feita biopsia da lesão para confirmação e PET-CT para concluir o estadiamento. Não há indicação de tratamento cirúrgico.
(B) O diagnóstico provável é de teratoma maduro. Deve ser solicitada ressonância magnética para definir melhor o plano de clivagem da lesão com vasos da base e programar tratamento operatório.
(C) O diagnóstico provável é de timoma localmente avançado. Deve ser feita avaliação neuromuscular para excluir miastenia gravis. O paciente deve fazer tratamento neoadjuvante com quimioterapia, seguido de ressecção cirúrgica.
(D) O diagnóstico provável é de seminoma. O paciente deve ser submetido à biopsia aspirativa guiada por tomografia para confirmar o diagnóstico e ser encaminhado para tratamento sistêmico.
(E) O diagnóstico provável é de tumor não seminomatoso. Deve ser encaminhado para tratamento sistêmico e avaliar ressecção cirúrgica se houver lesão residual após o tratamento.

18

Sobre os cistos broncogênicos, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) São formados a partir de erros de brotamento da árvore brônquica, frequentemente com abertura de drenagem visível à broncoscopia.
(B) São as lesões císticas mais comuns do mediastino médio.
(C) Podem causar compressão e erosão de estruturas adjacentes e eventuamente podem infectar.
(D) Devem ser sempre ressecados pelo risco de infecção e complicações locais.
(E) A localização mais frequente está relacionada à carina principal.

19

São fatores prognósticos de sobrevida e recorrência nos timomas:

(A) estadiamento (Massaoka) e idade.
(B) estadiamento (Massaoka) e ressecção completa.
(C) miastenia gravis e idade.
(D) ressecção completa e miastenia.
(E) tamanho do tumor e idade.

20

Paciente, 30 anos, sexo masculino, policial militar operacional do batalhão de operações especiais, queixa-se dor súbita no hemitórax direito há 3 dias, acompanhada de tosse seca persistente e sensação de pressão no peito no mesmo lado da dor. Foi atendido no pronto-socorro e a radiografia de tórax mostrou pneumotórax moderado à direita, com pequeno derrame pleural. O caso foi apresentado na reunião clínica e os residentes deram as seguintes opiniões:

R1: Esse paciente deve ser imediatamente submetido à drenagem pleural do pneumotórax para alívio dos sintomas. Não há indicação de tratamento cirúrgico nesse momento, por se tratar do primeiro episódio de pneumotórax espontâneo.

R2: O paciente deve ser submetido à drenagem pleural imediata e ser avaliado de acordo com a evolução do quadro. Se apresentar escape aéreo prolongado, deve ser submetido a tratamento cirúrgico.

R3: o paciente deve ser submetido à tomografia de tórax para avaliar presença de bolhas pulmonares e a seguir encaminhado para tratamento cirúrgico imediato.

Qual(is) residente(s) apresentou(aram) uma conduta equivocada de acordo com as bases do tratamento do pneumotórax espontâneo?

(A) Apenas R1.
(B) Apenas R1 e R3.
(C) Apenas R2 e R3.
(D) Apenas R1 e R2.
(E) R1, R2 e R3.

21

São indicações de traqueostomia, EXCETO

(A) obstrução de via aérea.
(B) necessidade de ventilação mecânica de longo prazo.
(C) falha no desmame da ventilação mecânica.
(D) via aérea difícil identificada no pré-operatório de grandes cirurgias.
(E) toalete brônquica.

22

Dissertando a respeito da traqueostomia em uma aula de técnica operatória, o professor enfatizou a necessidade de se realizar a abertura traqueal na altura dos primeiros 3 anéis traqueais. Assinale a alternativa que apresenta a justificativa para a ênfase que o professor deu a essa recomendação.

(A) É a região onde há menor vascularização cervical, portanto menos propensa a complicações vasculares.
(B) Traqueostomias muito próximas às pregas vocais podem provocar estenose subglótica, lesão de maior dificuldade no tratamento; traqueostomias mais caudais ficam próximas ao tronco arterial braquicefálico e podem formar fístula traqueoarterial.
(C) É o ponto de maior superficialidade da traqueia, sendo mais fácil o acesso cirúrgico.
(D) A vascularização traqueal, nesse ponto, é mais rica, favorecendo cicatrização adequada e menor chance de estenose após decanulação.
(E) A cartilagem traqueal no início da estrutura é mais maleável e facilita a abertura e a confecção da traqueostomia.

23

Paciente de 58 anos, índice performance status ECOG 0, ex-tabagista 50 anos/maço, tem passado de carcinoma escamocelular de laringe T1N0M0 há 8 anos, tratado adequadamente na época. A tomografia computadorizada de tórax revela nódulo pulmonar sólido de 0,9 cm no segmento lateral do lobo médio, sem adenomegalias mediastinais ou outros achados relevantes. Foi submetido à segmentectomia pulmonar não anatômica para diagnóstico, que revelou carcinoma de pequenas células, confirmado por imuno-histoquímica. Sobre a melhor conduta nesse momento, assinale a alternativa correta.

(A) Deve ser encaminhado para radioterapia e quimioterapia para completar o tratamento.
(B) Deve ser acompanhado com tomografia de tórax e abdome a cada 3 meses para controle.
(C) Deve ser submetido a estadiamento invasivo do mediastino antes de indicar tratamento cirúrgico.
(D) Deve ser submetido a lobectomia média para completar a ressecção e posteriormente, tratado com quimioterapia adjuvante.
(E) Deve ser submetido à 3 ciclos de quimioterapia neoadjuvante baseada em platina e encaminhado à ressecção cirúrgica.

24

Paciente do sexo masculino, 63 anos, tabagista 15 anos/maço, nódulo pulmonar periférico, espiculado, escavado, de 1,8 cm no segmento lateral do lobo médio. Foi submetido a PET-CT que mostrou captação anômala no nódulo e em linfonodo hilar direito, SUV de 7 e 6,4, respectivamente. Sobre os métodos de diagnóstico para a lesão descrita, assinale a alternativa correta.

(A) A broncoscopia flexível com biopsia transbrônquica apresenta rendimento satisfatório para o diagnóstico.
(B) O fato de ser lesão escavada é altamente sugestiva de doença granulomatosa, podendo ser iniciado tratamento específico com os dados apresentados.
(C) A biopsia percutânea orientada por tomografia computadorizada tem rendimento superior à broncoscopia no diagnóstico de lesões pulmonares periféricas.
(D) A ultrassonografia endoscópica não serve como método auxiliar no diagnóstico para esse caso.
(E) A citologia de escarro tem eficácia equivalente à broncoscopia nesse contexto.

25

Ainda com relação ao caso da questão anterior, durante reunião multidisciplinar, as seguintes afirmações foram feitas:

I. Caso o diagnóstico de câncer de pulmão seja confirmado o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico com lobectomia pulmonar.
II. O diagnóstico clínico mais provável é de câncer pulmonar, com estadiamento cT1bN1M0.
III. O estadiamento mediastinal invasivo é mandatório para o caso em questão.
IV. Não há necessidade de provas de função pulmonar, uma vez que o lobo médio tem pouca representatividade na fisiologia respiratória.

Com base nas informações desse caso, são corretas apenas as afirmações:

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

26

Paciente, 72 anos, ex-tabagista 34 anos/maço, que parou há 10 anos, apresenta nódulo pulmonar de 2,1 cm no ápice esquerdo, descoberto durante internação devido à isquemia cardíaca aguda. Foi submetido à biopsia percutânea orientada por tomografia que revelou adenocarcinoma pulmonar. O PET-CT apresentou captação na lesão pulmonar e, em linfonodo hilar, com SUV semelhantes. Após videomediastinoscopia, encontrou-se foco de micrometástase de 0,5 mm em linfonodo da cadeia paratraqueal baixa esquerda. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o caso descrito.

(A) O foco de 0,5 mm deve ser considerado com foco isolado por causa do tamanho e não deve ser considerado no estadiamento. Assim, o estadiamento é T1cN0 e o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico.
(B) Trata-se de estadiamento N2 de cadeia única e o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico, uma vez que o prognóstico. Nesses casos, é melhor.
(C) Trata-se de estadiamento N2 e não há indicação de tratamento cirúrgico. O paciente deve ser encaminhado para tratamento paliativo com quimio e radioterapia.
(D) O paciente deve ser levado para videotoracoscopia e o linfonodo hilar biopsiado. Caso seja negativo, estaremos diante de tumor de prognóstico mais favorável e a ressecção deve ser indicada.
(E) Não há indicação de tratamento operatório, uma vez que o paciente tem cardiopatia isquêmica e a sobrevida, nesses casos, é mais limitada.

27

Em relação aos critérios utilizados para avaliar a ressecção pulmonar nos casos de neoplasia primária, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A ressecção R0 considera o não acometimento microscópico das margens pulmonares e seis cadeias linfonodais livres de neoplasia: 3 mediastinais, sendo uma delas obrigatoriamente a cadeia 7, e 3 hilares ou intrapulmonares.
(B) A ressecção R1 considera o acometimento microscópico das margens pulmonares.
(C) A ressecção R2 considera o acometimento macroscópico das margens pulmonares e/ou a não ressecção de linfonodos positivos durante o procedimento.
(D) A ressecção incerta (R0un) considera margens microscópicas livres, porém com uma quantidade de linfonodos ressecados inferior à recomendada ou acometimento da cadeia mais elevada retirada na ressecção.
(E) A citologia do lavado pleural no transoperatório é recurso auxiliar na definição da qualidade da ressecção.

28

São contraindicações à traqueostomia percutânea, EXCETO

(A) paciente com tireoidite.
(B) limitação importante da extensão cervical.
(C) coagulopatia.
(D) necessidade de parâmetros elevados na ventilação mecânica.
(E) infecção de tecidos moles no pescoço.

29

Paciente feminina, 88 anos, internada devido à descompensação de insuficiência cardíaca, já em uso de medicação adequada. Radiografia de tórax mostra derrame pleural bilateral, pequeno à esquerda e moderado à direita. A paciente encontra-se eupneica em repouso, acinaótica, sem tosse ou dor torácica. Queixa-se sibilância discreta à noite. Preocupados com os achados da radiografia, 3 estudantes do internato de clínica médica procuram o médico responsável para discutir o caso com as seguintes colocações:

I. Gostaria de fazer a drenagem do derrame pleural para aliviar por completo o desconforto respiratório da paciente.
II. Gostaria de realizar pleuroscopia à direita, uma vez que o derrame maior pode ser devido a outro diagnóstico presente.
III. Gostaria de realizar punção pleural à direita para avaliar bioquimicamente o liquido pleural para determinar a necessidade de tratamento mais invasivo.

Considerando o caso apresentado, é/são pertinente(s) a(s) colocação(ões):

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

30

Sobre as causas de quilotórax, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A principal causa está relacionada às neoplasias do sistema linfático.
(B) Dentre as causas iatrogênicas as mais comuns estão relacionadas às cirurgias esofágicas.
(C) Em recém-nascidos, o quilotórax está mais relacionado a complicações pós- operatórias do que a tocotraumatismos.
(D) O quilotórax pode ser espontâneo, com ruptura do ducto após acessos de tosse ou vômitos após refeições.
(E) Doenças infecciosas podem cursar com linfonodomegalias e obstrução do ducto torácico.

31

Na avaliação do paciente com hiperidrose, são fatores que sugerem hiperidrose secundária os seguintes, EXCETO

(A) início dos sintomas na idade adulta.
(B) história familiar negativa para hiperidrose.
(C) suor excessivo durante o sono.
(D) sudorese difusa durante o exercício.
(E) obesidade mórbida.

32

As fraturas de costela são lesões comuns em vários tipos de trauma torácico, ocorrendo em 10% de todos os pacientes traumatizados. Sobre as fraturas de costela, assinale a alternativa correta.

(A) A grande maioria dos casos de fratura está associada a iatrogenias, como massagem cardíaca e traumas diretos em cirurgia torácica.
(B) As complicações das fraturas de costela são mais comuns em pacientes jovens, uma vez que o trauma tende a ser de maior energia.
(C) São mecanismos que podem levar à fratura costal: tosse crônica e movimentos repetitivos em atividade física.
(D) Apesar de causar dor importante, não há complicações graves associadas às fraturas de costela.
(E) As fraturas dos primeiros arcos tendem a ser melhor toleradas, uma vez que há menor movimentação destes durante o movimento respiratório.

33

Paciente de 37 anos, diabética desde a infância, sofreu acidente automobilístico enquanto dirigia para casa após pegar a filha de 11 anos no colégio (colisão frontal contra poste de luz após perda súbita de consciência). Ambas estavam com cinto de segurança no momento do trauma. A mulher deu entrada no pronto-socorro com dispneia moderada, confusão mental e queixando-se de muita dor torácica anterior esquerda, com equimose correspondente ao local do cinto de segurança. A radiografia de tórax revelou derrame pleural pequeno, com fraturas do terceiro ao nono arcos costais à esquerda, anterolaterais e com desvio importante, além de fratura esternal do terço médio, alinhada, e fratura da clavícula esquerda.

A criança estava estável e queixava dor moderada no hemitórax direito, com radiografia de tórax mostrando fratura do quarto arco lateral, sem desvio. Quanto à fisiopatologia do trauma torácico, assinale a alternativa correta.

(A) Não há indicação de propedêutica adicional para a mulher, que deve ser encaminhada para tratamento operatório imediato das fraturas de costela.
(B) Deve-se investigar doença óssea subjacente, uma vez que o padrão das fraturas costais na mulher estão em desacordo com o esperado pela cinemática do trauma envolvido.
(C) A presença de “air bags” no carro não mudaria o desfecho dos achados no caso em questão.
(D) A fratura da criança denota posição incorreta do cinto de segurança.
(E) Apesar da estabilidade da criança, há vários indícios de trauma de alta energia no caso e ambas devem ser avaliadas com relação a lesões subjacentes intratorácicas e adequadamente observadas.

34

Em relação às deformidades congênitas da parede torácica, considere as seguintes afirmativas:

I. Crescimento irregular das cartilagens condrais afastando o esterno do eixo do corpo.
II. Fusão incompleta das lâminas do esterno.
III. Alterações unilaterais de gravidade variável que envolvem agenesia ou hipogenesia de arcos costais superiores, glândula mamária, grupos musculares e defeitos nos membros superiores.
IV. Crescimento irregular das cartilagens costais aproximando o esterno da coluna vertebral.

As afirmativas apresentadas referem-se, respectivamente, a:

(A) pectus excavatum, síndrome de Poland, fenda esternal e pectus carinatum.
(B) síndrome de Poland, fenda esternal, pectus carinatum e pectus excavatum.
(C) pectus condromanubrial, síndrome de Poland, Pentalogia de Cantrell e fenda esternal.
(D) pectus cariantum, fenda esternal, síndrome de Poland e pectus excavatum.
(E) pentalogia de Cantrell, pectus carinatum, síndrome de Poland e pectus carinatum.

Paciente, sexo feminino, 33 anos, policial militar, relata surgimento de abaulamento na parede torácica anteroinferior direita há 6 meses, pouco tempo após o parto da segunda filha. Queixa-se deconforto local leve, sem sintomas respiratórios. Relata queda de moto há 4 anos com trauma torácico contuso no local, sem necessidade de procedimentos invasivos e com melhora completa após analgesia e repouso. Ao exame, nota-se deformidade leve com abaulamento na região do rebordo costal direito, abaixo do sulco mamário, imóvel, levemente doloroso à palpação, com pele local normal. Não há outros problemas prévios, nem sinais relevantes ao exame clínico.

O caso clínico apresentado refere-se às próximas três questões.

35

A respeito da propedêutica de imagem em lesões da parede torácica, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O PET/CT pode ser utilizado com finalidade diagnóstica e para estadiamento de tumores da parede torácica.
(B) O rx de tórax é utilizado para avaliação inicial, permitindo avaliação das estruturas ósseas e cavidade pleural.
(C) A tomografia computadorizada fornece detalhes da lesão, permitindo diferenciar áreas císticas sólidas, detectar os limites e a exata localização.
(D) A ressonância magnética é usada principalmente para avaliar invasão de estruturas adjacentes, principalmente partes moles e canal vertebral.
(E) A cintilografia óssea pode auxiliar na investigação de todo o esqueleto em busca de lesões extratorácicas.

36

Sobre a indicação de biopsia em lesões de parede torácica, assinale a alternativa correta.

(A) As lesões de parede devem ser biopsiadas antes de programar tratamento definitivo.
(B) Na maior parte dos casos, o exame clínico e a propedêutica de imagem são suficientes para fechar o diagnóstico e programar o melhor tratamento.
(C) Quando indicada, a biopsia deve ser realizada no ponto de menor distância entre a pele adjacente e a lesão.
(D) Tumores próximos a estruturas nobres devem ser prontamente ressecados visando impedir a rápida disseminação de potencial doença neoplásica.
(E) Tumores menores que permitam ressecção completa sem necessidade de reconstrução com prótese ou grandes retalhos musculares devem ser submetidos à biopsia excisional.

37

Em relação às técnicas de reconstrução da parede torácica, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A reconstrução deve ser feita nos casos em que forem ressecadas mais de 4 costelas ou um defeito maior que 5 cm na parede torácica.
(B) Um dos princípios da reconstrução é favorecer o uso de tecidos autólogos em relação às próteses sintéticas.
(C) Tumores envolvendo os 3 primeiros ou os últimos arcos geralmente não necessitam de reconstrução.
(D) O tipo histológico pode favorecer a indicação de determinados materiais, como o titânio, na reconstrução da parede torácica.
(E) Lesões posteriores e craniais podem ser ressecadas e a escápula utilizada para estabilizar a parede torácica sem necessidade de próteses.

38

Quanto ao tratamento cirúrgico da hemoptise, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A cirurgia de urgência deve ser indicada quando a embolização não conseguir erradicar adequadamente o sangramento.
(B) Quando a fonte de sangramento estiver bem evidente e outras modalidades terapêuticas não forem eficientes, pode-se lançar mão da ressecção pulmonar.
(C) A invasão de estruturas mediastinais (coração e grandes vasos) por tumores pulmonares contraindica a ressecção no caso de hemoptise.
(D) Pacientes com sequela de tuberculose e sangramento importante devem ser imediatamente operados para evitar complicações cardiovasculares maiores.
(E) Lesões visíveis na via aérea principal podem ser abordadas com uso de broncoscopia e controladas com várias formas de energia disponível.

39

Paciente, 40 anos, masculino, é encaminhado para o serviço de cirurgia torácica para avaliação de sudorese craniofacial de início recente. Ao exame físico, notam-se obesidade grau I e sudorese leve facial acompanhada de rubor, mais intensa no lado esquerdo. Na história pregressa, foi submetido à parotidectomia total esquerda para tratamento de adenoma pleomórfico há 3 anos, sem intercorrências. Queixa-se de maior intensidade dos sintomas no início da tarde e à noite, e piora nos fins de semana, sobretudo em eventos sociais familiares (participa quase semanalmente de churrasco na casa dos pais). São sinais de hiperidrose secundária nesse caso, EXCETO

(A) início recente dos sintomas.
(B) obesidade.
(C) presença de rubor facial associado.
(D) idade do paciente.
(E) cirurgia crânio facial prévia.

40

Ainda em relação ao paciente da questão anterior, assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico e sua fisiopatologia.

(A) Síndrome de Frey (síndrome auriculotemporal); migração de fibras parassimpáticas lesadas para fibras pós-ganglionares simpáticas das glândulas sudoríparas e vasos sanguíneos na região pré-auricular.
(B) Síndrome de Eaton Lambert; lesão direta das fibras pós-ganglionares parassimpáticas da região auriculotemporal durante a parotidectomia.
(C) Síndrome de Landry; lesão das fibras pós-ganglionares parassimpáticas pela extrusão de secreção da parótida durante a parotidectomia.
(D) Sudorese gustatória; reinervação das glândulas sudoríparas da pele da região auriculotemporal após parotidectomia com descontrole do mecanismo de feedback termorregulatório.
(E) Síndrome de Pancoast, invasão tumoral dos ramos craniais do tronco simpático e plexo braquial decorrente de metástase do tumor de parótida.

Pneumologia

41

Paciente procura atendimento com queixa de episódios de dispneia associados à sibilância, sensação de pressão torácica e tosse seca. Refere episódios desencadeados por exposição à poeira e outras situações como fumaça e cheiros fortes. Nega ter apresentado despertares noturnos devido a esses sintomas, e as "crises" acontecem com a frequência de, aproximadamente, uma vez ao mês. Nunca fez tratamento ou uso de medicações inalatórias. Realizou espirometria a qual apresentava VEF1 e a relação VEF1/CVF estava dentro dos limites da normalidade. A melhor estratégia terapêutica na hipótese de Asma seria:

(A) Corticoide Inalatório + Formoterol dose baixa diário associado a beta2-agonista de curta duração se necessário.
(B) Corticoide Inalatório + Formoterol dose moderada diário associado a Beta2-agonista de curta duração se necessário.
(C) Corticoide Inalatório + Formoterol dose baixa se necessário.
(D) Corticoide Inalatório dose baixa se necessário.
(E) Beta2-agonista de curta duração se necessário.

42

Paciente feminina, 69 anos, tabagista de longa data 50maços/ano, procura atendimento com queixa de dispneia aos esforços, como quando caminha depressa no plano ou quando precisa subir uma ladeira suave. Refere início dos sintomas há mais de 01 ano, mas vem sentindo piora progressiva desde então. Refere também tosse produtiva e pigarro matinal mas acredita ser devido ao cigarro, sendo que, há 02 meses, necessitou de internação hospitalar devido a quadro de piora da tosse e da dispneia. Após avaliação inicial, a paciente realizou espirometria que demonstrou relação VEF1/CVF 0,6 pós BD, com prova broncodilatadora negativa. Para essa paciente, a melhor opção terapêutica seria

(A) Antagonista Muscarínico de longa duração de ação.
(B) Corticosteroides Inalados+ Agonista β2 de longa duração de ação.
(C) Corticosteroides Inalados+Agonista β2 de longa duração de ação + Antagonista muscarínico de longa duração de ação.
(D) Agonista β2 de longa duração de ação.
(E) Agonista β2 de curta duração de ação.

43

Paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, agricultor, procurou atendimento médico por queixa de tosse produtiva, hemoptise e dispneia progressiva de início há cerca de 90 dias, associadas a quadro de febre irregular, emagrecimento de 4 quilos no período. Ao exame físico, apresenta lesão granulomatosa na comissura labial direita. Foi realizada Tomografia Computadorizada de Tórax que evidenciou importante distorção arquitetural, extensos focos de consolidações subpleurais, nódulos escavados, espessamento de septos interlobulares, bandas parenquimatosas, focos esparsos de atenuação em vidro fosco, opacidades nodulares de espaço aéreo e algumas áreas de sinal do halo invertido nos lobos inferiores. Foi realizada broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia endobrônquica. Na biópsia, há presença de células gigantes multinucleadas englobando estruturas arredondadas com membrana birrefringente, além de figura típica em "roda de leme" Qual seria a conduta mais adequada para esse caso?

(A) Esquema RIPE: Rifampicina, Etambutol, Isoniazida e Pirazinamida por 6 meses.
(B) Itraconazol 200 mg/dia VO por 9-18 meses.
(C) Iniciar a corticoterapia imediatamente com prednisona 60 mg, associada à profilaxia com isoniazida.
(D) Anfotericina B 1mg/kg/dia endovenosa.
(E) Sulfametoxazol 160mg +Trimetroprim 800 mg VO de 12/12horas por 3 a 6 meses.

44

Paciente feminina, 28 anos, apresenta-se com queixa de tosse produtiva, com escarro amarelado e alguns episódios de hemoptoicos com início há 04 semanas. Refere, associados ao quadro, episódios de febre principalmente no final da tarde, adinamia, anorexia, emagrecimento de 10kg no período e sudorese noturna. Diante da suspeita levantada nesse caso e sobre o diagnóstico bacteriológico de Tuberculose, assinale a alternativa correta.

(A) A pesquisa de BAAR é um método rápido e de baixo custo, contudo apresenta menor sensibilidade em pacientes com a coinfecção por HIV, sendo de aproximadamente 20-60%.
(B) A indução de escarro com solução salina hipertônica é uma técnica útil em indivíduos que são incapazes de produzir escarro, entretanto não possui um rendimento diagnóstico satisfatório quando comparada à broncoscopia com LBA.
(C) A realização de cultura em meios sólidos e/ou líquidos não é mais considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de tuberculose pela OMS.
(D) O Xpert MTB/RIF recebeu a denominação de teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) e está indicado para o diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar em adultos e adolescentes, podendo ser utilizado com amostras de sangue.
(E) Outro tipo de teste molecular aprovado e recomendado para uso pela OMS em material respiratório é o line probe assay, contudo esse teste não identifica resistência à rifampicina.

45

A espirometria é a medida do ar que entra e sai dos pulmões, sendo um teste que auxilia na prevenção e permite o diagnóstico e a quantificação dos distúrbios ventilatórios. A espirometria é um exame peculiar em medicina, posto que exige compreensão e colaboração do paciente, equipamentos exatos e emprego de técnicas padronizadas aplicadas por pessoal especialmente treinado. Assinale a alternativa que engloba critérios para espirometria de boa qualidade.

(A) Pelo menos três testes aceitáveis; Inspiração máxima antes do início do teste e Volume retroextrapolado < 15% da CVF ou 0,25L.
(B) Diferença entre os três maiores valores do PFE < 10% ou 0,5L/s; Duração satisfatória do teste em geral > 3s.
(C) Término Platô no último segundo; Artefatos ausentes como Tosse no 1º segundo e resultados reprodutíveis para CVF e VEF1 (os dois maiores valores devem diferir < 0,3L).
(D) Resultados reprodutíveis (para CVF e VEF1 os dois maiores valores devem diferir < 0,15L) e Duração satisfatória do teste em geral > 6s.
(E) Pelo menos dois testes aceitáveis e Volume retroextrapolado < 5% da CVF ou 0,15L, o que for maior.

46

Paciente, 19 anos, sexo masculino apresenta-se à emergência com queixa de dor torácica, de início súbito, localizada no hemitórax direito e associada à dispneia. Realizou Rx de Tórax que evidenciou pneumotórax espontâneo à direita. A melhor descrição para o exame físico do tórax acometido pelo pneumotórax seria

(A) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal diminuído, macicez à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(B) expansibilidade aumentada, frêmito tóraco-vocal aumentado, macicez à percussão, murmúrio vesicular normal.
(C) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal diminuído, timpanismo à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(D) expansibilidade aumentada, frêmito tóraco-vocal aumentado, macicez à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(E) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal aumentado, timpanismo à percussão, murmúrio vesicular normal.

47

Em relação ao tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), são fatores a considerar ao se iniciar tratamento com corticoide inalatório em combinação com um ou dois broncodilatadores de longa duração de ação, EXCETO

(A) eosinófilos sanguíneos >300 células/μL.
(B) eventos de pneumonia frequentes.
(C) ≥2 exacerbações moderadas de DPOC por ano.
(D) história de asma, ou asma concomitante.
(E) história de hospitalização por exacerbações de DPOC apesar de terapêutica de manutenção apropriada com broncodilator de longa duração de ação.

48

A classificação atual de Hipertensão Pulmonar considera dados da apresentação clínica, fisiopatologia, achados anatomopatológicos e parâmetros hemodinâmicos e propõe a divisão em 5 grupos distintos. Quais das comorbidades a seguir são consideradas do grupo 1 (Hipertensão Arterial Pulmonar)?

(A) Sarcoidose e Infecção pelo HIV.
(B) Esquistossomose e Hemangiomatose Capilar Pulmonar.
(C) Anemia Hemolítica Crônica e Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática.
(D) Doença de Gaucher e Hipertensão Arterial Pulmonar Hereditária.
(E) Neurofibromatose e Doenças do Tecido Conectivo.

49

Paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, trabalha como auxiliar de serviços gerais. Procura atendimento médico com queixa de que, há três anos, durante o trabalho, apresentou quadro de dispneia, sibilância e tosse seca, além de rinorreia, espirros e lesão em mucosa nasal. Na ocasião, procurou atendimento médico, sendo diagnosticadas asma e rinite alérgica. Durante esses três anos, apresentou vários episódios de exacerbações dos sintomas respiratórios, incluindo uso de corticoide injetável por conta própria. Procura atendimento médico devido à nova piora clínica, dessa vez com quadro de tosse produtiva com expectoração purulenta e raias de sangue, o que o preocupou muito. Realizou ciclo de antibióticos sem melhora dessa vez. Evoluiu com adenopatia cervical, disfagia e emagrecimento de 10kg desde o início do quadro. Optou-se por internamento para melhor investigação. Foram realizados hemograma, que revelou eosinofilia de 24% e anticorpo ANCAp positivo; tomografia computadorizada dos seios da face, que demonstrou sinusopatia maxilo-etmoidal bilateral e polipose nasal; e tomografia computadorizada de tórax, que apresentou múltiplos nódulos pulmonares, além de consolidação e opacidades em vidro fosco. Foi realizada biópsia transtorácica do nódulo em lobo inferior esquerdo, que demonstrou infiltrado eosinofílico intenso e vasculite de pequenos vasos. Diante do caso, o provável diagnóstico é

(A) Síndrome de Churg-Strauss ou Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (EGPA).
(B) Granulomatose com Poliangeíte (GPA).
(C) Síndrome de Wegener.
(D) Síndrome de Goodpasture.
(E) Aspergilose broncopulmonar alérgica.

50

O termo bronquiectasia se refere à evidência de dilatação brônquica irreversível, usualmente notada em uma Tomografia de tórax. Existem muitas condições congênitas e adquiridas relacionadas ao aparecimento de bronquiectasias. São causas de bronquiectasias, EXCETO

(A) Síndrome de Caplan.
(B) Síndrome de Mounier-Kuhn.
(C) Síndrome de Williams-Campbell.
(D) Síndrome de Young.
(E) Síndrome de Sjögren.

51

Os sintomas não controlados de asma são importantes fatores de risco para futuras exacerbações. Além do não controle dos sintomas, existem outros fatores de risco adicionais potencialmente modificáveis para exacerbações, até mesmo em pacientes pouco sintomáticos. São fatores de risco para exacerbações, EXCETO

(A) utilização de altas doses de broncodilatador de curta duração (SABA).
(B) comorbidades como obesidade e doença do refluxo gastroesofágico.
(C) VEF1 baixo, especialmente abaixo de 80% do previsto e ausência de resposta broncodilatadora na espirometria.
(D) presença de exacerbações anteriores nos últimos 12 meses, história de internações em UTI ou necessidade de intubação orotraqueal devido à asma.
(E) contexto com problemas socioeconômicos ou psicológicos maiores.

52

Sobre a vacinação contra a Covid-19, assinale a alternativa correta.

(A) A OMS recomenda a vacinação de adolescentes acima dos 17 anos sem comorbidades, desde que obedecida a priorização da imunização de outros grupos mais vulneráveis. Não há recomendações até o momento para menores de 17 anos.
(B) Recomenda-se a dosagem de anticorpos neutralizantes específicos ou anticorpos totais, para avaliar o nível de imunidade ou proteção individual contra a Covid-19 em pacientes de grupo de risco.
(C) São consideradas pneumopatias de risco, com indicação de vacinação para Covid-19: Asma brônquica e Rinite alérgica, Hipertensão Arterial Pulmonar e Síndrome de Apneia Obstrutiva do sono.
(D) Diferentes tecnologias vêm sendo empregadas: das clássicas (como as vacinas de vírus inteiros inativados), subunitárias proteicas, recombinantes e VLP, às novas plataformas de ácidos nucleicos (DNA e mRNA) e de vetores virais. Em todos os casos, o alvo dos imunizantes é a proteína S (spike), responsável pela ligação do vírus SARS-CoV-2 com as células humanas.
(E) A tecnologia de RNA mensageiro (mRNA) é empregada em vacinas como Fiocruz/Oxford/AstraZeneca e Janssen.

53

A fibrose pulmonar idiopática (FPI) representa uma das doenças pulmonares intersticiais (DPI) mais comuns, definida como uma pneumonia intersticial fibrosante crônica de causa desconhecida e caracterizada pelo padrão de pneumonia intersticial usual tanto na tomografia computadorizada quanto no exame anatomopatológico. Um consenso endossado por várias entidades internacionais sugere que, em pacientes com suspeita clínica de FPI, a TCAR seja estratificada classificando-os de acordo com os níveis de probabilidade em relação ao padrão PIU. Em relação à tomografia de tórax e à interpretação dos padrões radiológicos da doença, é correto afirmar que

(A) o padrão provável para PIU é caracterizado por reticulação bilateral e faveolamento, com bronquiectasias e bronquiolectasias de tração periférica, predominantemente basais e subpleural.
(B) o padrão indeterminado para PIU caracteriza-se por presença de opacidades reticulares e bronquiolectasias de tração distribuídas perifericamente no plano axial e com gradiente apicobasal no eixo longitudinal, mas que não apresentam faveolamento.
(C) o padrão tomográfico Típico de PIU é acurado para diagnosticar a FPI sem a necessidade de biópsia.
(D) o termo faveolamento refere-se a um agrupamento de cistos com conteúdo aéreo, geralmente medindo de 10-30 mm, com paredes finas e pouco definidas.
(E) o padrão tomográfico de PIU caracteriza-se por atenuação em vidro fosco, opacidades reticulares e bronquiolectasias de tração, com distribuição.

54

Paciente, com diagnóstico de asma há mais de cinco anos, procura atendimento com queixa de episódios frequentes de dispneia associados à sibilância e tosse seca. Refere episódios diários com despertares noturnos, mais de dois episódios por semana. Fazia uso de medicação inalatória, mas parou há mais ou menos 60 dias. Realizou espirometria, a qual apresentava redução do VEF1 e da relação VEF1/CVF de forma leve, com prova broncodilatadora positiva. Qual seria o esquema terapêutico melhor indicado nesse caso?

(A) Formoterol+Budesonida 12/400mcg de 12/12 horas associado à dose extra se necessário.
(B) Formoterol+Budesonida 6/200 mcg de 12/12horas associado à dose extra se necessário.
(C) Beclometasona+Fomoterol 200/6mcg de 12/12horas e SABA se necessário.
(D) P. Fluticasona+Salmeterol 50/250 mcg de 12/12horas e SABA se necessário.
(E) F.Fluticasona+ T.Vilanterol 200/25 mcg uma vez ao dia associado à dose extra se necessário.

55

Mulher de 42 anos de idade, previamente hipertensa e com sobrepeso, chegou ao pronto atendimento com quadro de dispneia há 6 horas associada à dor torácica. Nega outros sintomas associados como tosse ou febre. Nega outras comorbidades, cirurgias ou alergias prévias. Ao exame: BEG, corada, afebril, acianótica, orientada. Ausculta Pulmonar sem alterações, FR=30 ipm, saturando 92%, Ausculta Cardíaca com RCR em 2T, BNF, FC=120 bpm, PA= 120/70 mmHg, membros inferiores sem edemas. Diante da suspeita de Tromboembolismo Pulmonar, qual é a investigação mais adequada nesse momento?

(A) Solicitar Angiotomografia de tórax.
(B) Solicitar Dosagem de D-dímero.
(C) Solicitar Cintilografia ventilação-perfusão.
(D) Solicitar Ecocardiograma, troponina e BNP.
(E) Não há necessidade de investigar porque é de baixa probabilidade.

56

Homem de 50 anos com queixa de febre há 25 dias de 38°C associada à tosse produtiva com secreção purulenta. Refere também início de dispneia aos médios esforços há 72h. Antecedente de hepatite C, sem outras comorbidades. Ao exame físico, bom estado geral, lúcido, orientado, consciente, corado, hidratado, emagrecido. À ausculta, murmúrio vesicular diminuído em base esquerda e estertores distribuídos por todo o hemitórax esquerdo. Radiografia e tomografia computadorizada de tórax evidenciam derrame pleural à esquerda de volume moderado, que se estende da base ao terço médio do hemitórax, com sinais de septação, caracterizados pela presença de coleção líquida na região anterior ao pulmão. Opta-se por internamento e realização de toracocentese. Sobre a toracocentese, é correto afirmar que

(A) trata-se de um procedimento pouco seguro e invasivo.
(B) deve-se atentar às contraindicações absolutas, dentre elas, pacientes em uso de ventilação mecânica devido a alto risco de pneumotórax.
(C) atualmente não é recomendado o uso do ultrassom para guiar o exame em tempo real de forma rotineira, uma vez que resulta em procedimento mais efetivo, porém com maior custo e sem alterar a probabilidade de complicações.
(D) deve-se sempre procurar tangenciar a borda inferior do arco costal para reduzir o risco de lesões de vasos intercostais.
(E) devido ao risco de edema de reexpansão, os sistemas de pressão negativa, quando utilizados, devem ser utilizados com cautela. Sabe-se que a retirada de volumes superiores a 1.500 ml de líquido por sessão aumenta o risco de edema pulmonar de reexpansão.

57

Sobre o tratamento dos casos leves de Covid-19 (não hospitalizados), assinale a alternativa correta.

(A) O uso de antibióticos na profilaxia de Covid-19 ou tratamento de pacientes com Covid-19 leve não é recomendado, exceto a azitromicina por seu efeito anti-inflamatório.
(B) Há redução no risco de evolução para quadro respiratório grave com o uso de plasma convalescente (IV) em pacientes idosos (idade > de 75 anos ou com idade entre 65 e 74 anos associado a comorbidades) não hospitalizados com quadro de Covid-19 leve.
(C) O uso de esteroide em pacientes com quadro de Covid-19 leve deve ocorrer já nas fases iniciais da doença para evitar o agravamento do quadro respiratório.
(D) O uso de anticoagulantes na Covid-19 deve ser feito na dose de profilaxia , mas não se recomenda o tratamento com doses anticoagulantes para pacientes com Covid-19.
(E) O uso de antiviral em pacientes com quadro de Covid-19 leve não é recomendado devido à ausência de estudos científicos a respeito. Não há evidências de produzir benefício nem de produzir danos.

58

Sobre a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono, assinale a alternativa correta.

(A) Existe relação direta entre a prevalência de SAHOS e o índice de massa corporal. Além da obesidade, a circunferência cervical maior que 30 cm também tem relação direta com a prevalência da doença.
(B) Fatores de risco incluem retro/micrognatia, macroglossia, hipertrofia adenoamigdaliana, obesidade, obstrução nasal, tabagismo, hipotireoidismo e fatores hereditários. A doença é agravada por medicamentos sedativos e ingesta de álcool.
(C) A polissonografia é o exame complementar que confirma o diagnóstico e avalia objetivamente a gravidade da SAHOS. O critério diagnóstico em pacientes sintomáticos é de quinze ou mais eventos de apneia/hipopneia por hora.
(D) Classifica-se o distúrbio como leve na observação de 15 a 20 eventos/hora; moderado de 21 a 30 eventos/hora e grave se mais de 30 eventos/hora.
(E) Em relação ao tratamento, o paciente deve ser aconselhado a evitar a posição de decúbito lateral ao dormir. Pessoas em uso de próteses dentárias totais devem ser aconselhadas a dormir sem as próteses.

59

Em relação às vacinas pneumocócicas, assinale a alternativa correta.

(A) Existem duas vacinas seguras e eficazes para proteger adultos da doença pneumocócica: a VPP23 e a VPC13. A vacinação é eficaz na prevenção das formas invasivas da infecção pneumocócica e há evidências de proteção também para a pneumonia adquirida na comunidade.
(B) Embora persistam algumas controvérsias, a VPP23 fornece proteção para a infecção pneumocócica invasiva de 30% em adultos, e sua indicação se mantém para pessoas com alguma condição de risco para a infecção.
(C) Recomenda-se como rotina, para todas as pessoas com mais de 65 anos de idade, independente da situação de saúde, uma dose da VPC13 seguida de uma dose da VPP23 com intervalo de 2 meses.
(D) Para aqueles que antes receberam uma dose de VPP23, é necessário respeitar o intervalo de 30 dias para aplicar a VPC13 e agendar uma segunda dose de VPP23 para cinco anos após a primeira VPP23.
(E) Para grupos de risco, independentemente da idade, recomenda-se o uso sequencial de VPC13 e VPP23 com intervalo de 2 semanas entre elas.

60

Paciente, 35 anos, branco, procura atendimento com queixa de quadro de astenia e adinamia há 2 meses, associadas a edema de membros inferiores bilateral. Há 30 dias, relata surgimento de nódulos em pernas associado à febre não aferida, sudorese noturna intensa e tosse não produtiva esporádica. Foi realizado RX de tórax sugerindo alargamento mediastinal. Prosseguiu-se investigação com TC de tórax a qual identificou discreto infiltrado intersticial e linfonodos de tamanho aumentado peri-hilar bilateral. Foi realizado Lavado Broncoalveolar o qual demonstrou aumento de linfócitos, com a presença de relação CD4/CD8: 4,0. Assinale a principal hipótese diagnóstica nesse caso.

(A) Sarcoidose.
(B) Tuberculose.
(C) Linfoma.
(D) Churg-Strauss.
(E) Histoplasmose.

61

F.J.S., 35 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro com queixa de dispneia súbita e dor em hemitórax à direita. Nega comorbidades. Refere artroplastia de tornozelo direito há 10 dias. Sinais vitais PA: 140/90mmHg; FC: 108; FR: 24; SPO2: 98%; T: 36,3°C. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, corada, hidratada, comunicativa. Sem sinais de turgência jugular; ac: bcrnf 2t sem sopro audível; ap: mv+, bilateralmente, diminuído em base direita. Abd: globoso, rha+, timpânico, indolor à palpação sem massas palpáveis. Sinais de empastamento em membro inferior direito. Diante desse quadro clínico, qual é hipótese diagnóstica?

(A) Tamponamento cardíaco.
(B) Insuficiência mitral grave.
(C) Insuficiência aórtica grave.
(D) Tromboembolismo pulmonar.
(E) Dissecção de aorta.

62

H.V.N., 49 anos, masculino, procura UBS por quadro de tosse produtiva com raias de sangue há 2 meses, febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal de 10kgs nos últimos 2 meses. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, hipocorado 2+/4+, desidratado 1+/4+, comunicativo. Ac: bcrnf 2t sem sopro audível; ap: mv+, bilateralmente, diminuídos em terço superior esquerdo, estertores crepitantes em terço superior esquerdo. Abd: globoso, rha+, timpânico, indolor à palpação sem massas palpáveis. Foram realizados exames complementares: HB:9,7, HT:29,9, LEUCO:5000, BAST:0%, SEG:60% e PCR:17. Rx de tórax: presença de pequenos nódulos periféricos em ápice esquerdo. Diante do quadro clínico, qual é a hipótese diagnóstica e qual exame é considerado padrão-ouro pela OMS para a confirmação diagnóstica?

(A) Tuberculose pulmonar, teste rápido molecular.
(B) Covid, RT-PCR sar-cov-2.
(C) Tuberculose pulmonar, cultura para micobactérias em material pulmonar.
(D) Covid, tomografia de tórax.
(E) Tuberculose pulmonar, baciloscopia 2-3 amostras.

63

C.C.F., 23 anos, feminina, procura ajuda em pronto-socorro por dispneia e tosse seca após correr por 1 hora. É previamente sedentária. Nega comorbidades e alergias medicamentosas. Ao exame físico: SPO2: 89%, FR:27, FC:112, PA:140/90MMHG, T:36,5°C, REG, corada, hidratada, comunicativa, orientada. AC: BCRNF 2T sem sopro audível. AP: mv+, bilateralmente, sibilos difusos, frêmito toracovocal diminuído. Foram realizados os seguintes exames: leuco: 5.200; bastonetes 0%; segmentados 50%; eosinófilos 6%; PCR: 12; desidrogenase láctica 270. Quais são a hipótese diagnóstica e a conduta pertinente para o tratamento desse caso clínico?

(A) Pneumonia bacteriana – oxigênio, iniciar antimicrobiano de amplo espectro e glicocorticoides.
(B) Tuberculose – oxigênio e glicocorticoides.
(C) Pneumonia bacteriana – iniciar corticosteroides.
(D) Asma – oxigenoterapia, glicocorticoides, beta-2 agonista de longa duração e anticolinérgico.
(E) Asma – oxigênio, beta-2 agonista de curta duração, anticolinérgico e glicocorticoide.

64

J.P.C, 31 anos, masculino, realiza consulta ambulatorial com pneumologista, pois tem grande desejo de parar de fumar. Refere que é tabagista há 15 anos, cerca de 2 maços/dia. Não apresenta comorbidades. Foi realizado teste de Fargerström igual a 7. Levando em consideração o tratamento do tabagismo, qual é a melhor abordagem para esse paciente?

(A) Terapia cognitivo-comportamental reforçada com psiquiatra, associada à bupropiona.
(B) Terapia cognitivo-comportamental individualizada, associada à terapia de reposição de nicotina e/ou vareniclina.
(C) Terapia cognitivo-comportamental individualizada, associada à amitriptilina e à terapia de reposição de nicotina.
(D) Bupropiona associada à vareniclina.
(E) Terapia cognitivo-comportamental reforçada com psiquiatra associada à terapia de reposição de nicotina.

65

J.M.F, 90 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro por tosse produtiva e confusão mental há 2 dias. Faz tratamento para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Sinais vitais TAC: 38,5°C; spo2:90%; FR:16; FC:112; PA:80/60mmhg. Ao exame físico, apresenta-se em mau estado geral, hipocorada 1+/4+, desidratada 2+/4+, comunicativa, com confusão mental e sonolência. AC: bcrnf 2t sem sopro audível; AP: mv+, bilateralmente, estertores crepitantes em base esquerda, frêmito toracovocal aumentado em base esquerda, macicez a percussão em base esquerda. Aos exames, apresenta leuco: 17.980; bastonetes:10%; segmentados 63%; proteína C reativa 40; ureia 55; dímero-D:150. Diante desse quadro clínico, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Monitorização, oxigenoterapia, hidratação, hemocultura, antibiótico de amplo espectro, solicitar vaga em unidade de terapia intensiva.
(B) Hidratação, oxigenoterapia, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em unidade de terapia intensiva.
(C) Monitorização, oxigenoterapia, hidratação, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.
(D) Monitorização, hidratação, oxigenoterapia, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.
(E) Monitorização, hidratação, oxigenoterapia, antibiótico de amplo espectro, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.

66

S.C.R, 33 anos, masculino, tabagista de longa data, deu entrada em pronto-socorro com queixa de leve dispneia há 03 dias. Nega quadros semelhantes prévios. Sinais vitais PA:130/80mmhg; TAX: 36,5°C; Spo2:95%; FC:80; FR:14. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, comunicativo, corado, hidratado. AC: bcrnf 2t sem sopro audível, AP: mv+, bilateralmente, diminuído em terço médio à esquerda. Foi realizado raio-X de tórax evidenciando pneumotórax em hemitórax à esquerda, distância de 0,3 cm entre a pleura visceral e a parede torácica lateral na altura do hilo pulmonar. Qual é a melhora conduta para esse paciente?

(A) Tratamento conservador.
(B) Aspiração por agulha.
(C) Drenagem pleural fechada.
(D) Pleurodese química.
(E) Tratamento cirúrgico.

67

D.D.P., 57 anos, feminina, está internada em unidade de terapia intensiva por quadro de pneumonia aspirativa há 3 dias. A paciente está acamada há 5 anos, após acidente cerebral vascular isquêmico. Evoluiu com dispneia e tosse produtiva há 1 dia. Sinais vitais: TAX:38,5°C; SpO2: 88%; FC: 114; FR:18; PA:100/70mmHg. Ao exame físico, mau estado geral, hipocorada 1+/4+, hidratada, comunicativa. AC: bcrnf 2t sem sopro audível, AP: MV+, bilateralmente, diminuído em base esquerda, estertores crepitantes em terço médio esquerdo. Foram realizados os seguintes exames: raio-X de tórax: presença de derrame pleural volumoso em base esquerda e parte inferior de terço médio esquerdo, consolidação em terço médio à esquerda; toracocentese diagnóstica: líquido esverdeado, ph:6,7; gli:40; ldh:1300; presença de *S. aureus*. Quais são o diagnóstico e a conduta mais condizentes com o caso?

(A) Transudato, broncoscopia.
(B) Empiema, drenagem pleural fechada.
(C) Quilotórax, pleurodese.
(D) Hemotórax, lobectomia.
(E) Pneumotórax, conduta expectante.

68

P.D.P., 19 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro por dor em ápice de hemitórax à direita, associada a desconforto respiratório súbito. Histórico de tabagismo e uso de anticoncepcional hormonal oral. Sinais vitais: TAX: 36,5°, FR: 20irpm, FC:120bpm, Spo2: 89%. Ao exame físico, regular estado geral, corada, hidratada, comunicativa. Ausculta cardíaca: bulhas cardíacas rítmicas normofonéticas em 2 tempos sem sopros audíveis; ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente abolido em ápice direito. Diante desse quadro clínico, quais são a hipótese diagnóstica e a melhor conduta?

(A) Insuficiência aórtica grave, tratamento cirúrgico de emergência.
(B) Dissecção de aorta, toracotomia de emergência.
(C) Insuficiência mitral grave, administração de diuréticos.
(D) Tromboembolismo, anticoagulação plena.
(E) Tamponamento cardíaco, pericardiocentese.

69

E.R.S., feminina, 97 anos, em tratamento para câncer de pulmão de pequenas células, com metástase em fígado, fêmur e crânio. Dá entrada em pronto-socorro com insuficiência respiratória grave, cianose de extremidades e febre. Sinais vitais TAX:38,5°C, Spo2: 79%, FR: 32, FC: 130; PA: 110/80 mmhg. AC: bcrnf 2t sem sopros audíveis. AP: mv+ bilateralmente, estertores creptantes em base direita. O médico plantonista inicia oxigenoterapia com máscara de alto fluxo e a paciente apresenta compensação respiratória. Spo2: 95% após início de máscara de alto fluxo. Qual é a melhor conduta nesse caso?

(A) Alta com oxigênio domiciliar.
(B) Iniciar antibiótico de amplo espectro e hidratação, além de solicitar exames para investigação clínica.
(C) Conversar com paciente e familiares para iniciar tratamento paliativo. Não solicitar exames, pois traria malefício para a paciente.
(D) Solicitar exames para elucidação clínica, conversar com familiares e paciente orientando sobre a gravidade do quadro clínico, para traçar um melhor tratamento, com o objetivo de causar o bem, sem causar o mal para a paciente.
(E) Solicitar exames, intubação orotraqueal, antibiótico de amplo espectro e solicitar vaga de UTI.

70

N.M.G, 23 anos, feminina, procura pneumologista ambulatorial, pois tem desejo de parar de fumar. Refere que precisa de uma prescrição de sedativos para a cessação do tabagismo, que é a única forma de conter sua ansiedade. Qual é a melhor conduta nesse caso?

(A) Prescrever os sedativos, pois devemos respeitar, antes de qualquer objetivo, a autonomia da paciente.
(B) Não prescrever os sedativos e encaminhar a paciente ao psiquiatra.
(C) Criar vínculo com a paciente, orientá-la e traçar plano terapêutico individual que melhor a atenda, respeitando os quatro princípios da bioética.
(D) Prescrever sedativo e associar a vareniclina.
(E) Não prescrever os sedativos, solicitar internação em centro de desintoxicação.

71

São achados radiológicos de doença pulmonar obstrutiva crônica grave, EXCETO

(A) espaço claro retroesternal aumentado.
(B) pulmões hiperinsuflados.
(C) retificação do diafragma.
(D) regiões de hipertransparência.
(E) opacidades em favo de mel.

72

A tosse está entre as principais causas de procura de atendimento médico. Está presente em quadros infecciosos, alérgicos, obstrutivos e outros. Em relação à tosse, assinale a alternativa correta.

(A) A DRGE não é uma causa comum de tosse crônica.
(B) A asma é a causa mais frequente de tosse pós-infecciosa.
(C) A tosse que persiste por até de 9 semanas é definida como tosse aguda.
(D) O uso de iECA é uma causa comum de tosse crônica.
(E) A Pertussis não é uma causa comum de tosse aguda.

73

Em relação às pneumonias adquiridas na comunidade, assinale a alternativa correta.

(A) A bactéria H. influenza é o agente mais frequente.
(B) A hipotensão arterial, relação Pa02/FiO2 <250; PA sistólica <90mmHg não são indicadores de gravidade.
(C) A pneumonia causada por anaeróbios pode estar relacionada com infecções da cavidade oral.
(D) Comorbidades como neoplasias, insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca não são levadas em consideração para a estratificação de gravidade.
(E) A *Legionella sp* e a *Chlamydia sp* não causam pneumonia.

74

Em relação à fisiologia pulmonar, assinale a alternativa correta.

(A) A capacidade vital é definida pela elasticidade pulmonar. Na capacidade vital, as fibras musculares inspiratórias apresentam encurtamento máximo.
(B) A capacidade inspiratória é o volume de ar presente nos pulmões, após uma expiração forçada e completa.
(C) A capacidade pulmonar total é a soma da capacidade vital e do volume residual.
(D) O volume residual é o ar presente nos pulmões após uma inspiração forçada e completa.
(E) As duas variáveis mais importantes para as definições dos volumes pulmonares são a capacidade vital e o volume residual.

75

Em relação à fibrose cística, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) É uma doença genética de padrão de hereditariedade autossômico recessivo.
(B) É uma doença multissistêmica, além do pulmão pode acometer fígado, e pâncreas.
(C) O teste do suor é considerado padrão ouro para diagnóstico.
(D) O tratamento é multidisciplinar e se baseia em tratar as diversas alterações orgânicas.
(E) A análise das mutações para confirmar o diagnóstico de fibrose cística tem baixa especificidade, porém alta sensibilidade.

76

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica, de causa desconhecida, que acomete principalmente adultos de 20 a 50 anos, numa mesma proporção entre homens e mulheres. Em relação à sarcoidose, assinale a alternativa correta.

(A) A tomografia é exame padrão ouro para o diagnóstico de sarcoidose.
(B) A azitromicina é utilizada com primeira linha para o tratamento farmacológico.
(C) O tipo radiológico IV corresponde à fase fibrótica em que a doença está curada e inativa.
(D) Tem alta taxa de mortalidade.
(E) A biópsia não é importante para auxílio do diagnóstico.

77

O tabagismo é uma doença crônica que acomete cerca de um terço da população mundial com mais de 15 anos. No Brasil aproximadamente 200.000 pessoas morrem por doenças relacionadas ao fumo. Em relação ao tabagismo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O tabagismo predispõe ao câncer de endométrio.
(B) A mudança comportamental é uma das estratégias para conseguir cessar com o tabagismo.
(C) A terapia de reposição de nicotina é indicada quando o paciente tem alta dependência de nicotina.
(D) A vareniclina é um agonista parcial do receptor nicotínico. Ela ajuda a diminuir a fissura pela droga por meio da estimulação dopaminérgica.
(E) O tratamento em grupo é uma das estratégias para o tratamento.

78

A doença pulmonar obstrutiva crônica é uma resposta inflamatória anormal do pulmão. É caracterizada por limitação progressiva do fluxo aéreo. Em relação à doença pulmonar obstrutiva crônica, assinale a alternativa correta.

(A) Fumantes asmáticos não apresentam maior risco de DPOC do que asmáticos não fumantes.
(B) A exposição ocupacional a químicos irritantes, vapores, cachimbo, charutos, poluição é considerada fator de risco.
(C) É considerada uma doença prevenível, já que fatores genéticos não são considerados fatores de risco.
(D) Para realizar o diagnóstico é necessária a realização de biópsia pulmonar.
(E) A condensação é o achado mais comum no raio-x de tórax.

79

Assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O tabagismo sob forma de cigarros tem sido continuadamente identificado como o fator de risco mais importante associado ao surgimento de câncer de pulmão.
(B) Dentre os carcinomas brônquicos o que ocorre com maior frequência é o carcinoma escamoso.
(C) Existem síndromes paraneoplásicas ligadas ao câncer de pulmão, dentre elas podemos destacar a síndrome de Schwatz-Barter; síndrome de Cushing e Síndrome de Trosseau.
(D) A lobectomia é a modalidade terapêutica de escolha para pacientes portadores de carcinoma de células pequenas.
(E) O carcinoma bronquioalveolar pode tanto apresentar-se como pequena lesão nodular periférica como assumir o aspecto de extensas lesões pulmonares, uni ou bilaterais, sob a forma de consolidação alveoloductal, podendo ser confundido com pneumonia.

80

A asma é uma doença crônica que acomete tanto crianças quanto adultos. Ela é caracterizada clinicamente por episódios de tosse e dispneia, principalmente noturna. Em relação à asma, assinale a alternativa correta.

(A) O raio-x de tórax não é útil no estadiamento e nas avaliações de conduta na asma.
(B) O tratamento da asma é puramente medicamentoso.
(C) Os broncodilatadores inalatórios são o tratamento de manutenção de primeira linha para a asma.
(D) O uso isolado de beta agonistas de longa duração tem uma resposta boa durante o tratamento de manutenção.
(E) A aminofilina intravenosa pode ser usa para reverter uma crise de asma.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

T2191027N

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA
EDITAL Nº 1/2021 - RESIDÊNCIA MÉDICA REDE EBSERH 2021/2022

PRM - ÁREA DE ATUAÇÃO - ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

NOME DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

Nível
SUPERIOR

PROVA

02

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

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

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

Sobre o material recebido pelo candidato

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

Sobre o material a ser devolvido pelo candidato

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

Sobre a duração do exame e a permanência na sala

- ✓ O prazo de realização do exame é de 4 horas, incluindo a marcação da Folha de Respostas.
- ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início do exame, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar o Caderno de Questões e nenhum tipo de anotação de suas respostas.
- ✓ O candidato poderá levar consigo o Caderno de Questões somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização do exame estabelecido em edital.
- ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno.

Sobre a divulgação dos Cadernos de Questões e dos Gabaritos

- ✓ Os Cadernos de Questões e os Gabaritos Preliminares estarão disponíveis no site do **Enare** no endereço eletrônico **https://enare.ebserh.gov.br,** conforme previsto em Edital.

Cirurgia Torácica

1

Paciente, 40 anos, masculino, é encaminhado para o serviço de cirurgia torácica para avaliação de sudorese craniofacial de início recente. Ao exame físico, notam-se obesidade grau I e sudorese leve facial acompanhada de rubor, mais intensa no lado esquerdo. Na história pregressa, foi submetido à parotidectomia total esquerda para tratamento de adenoma pleomórfico há 3 anos, sem intercorrências. Queixa-se de maior intensidade dos sintomas no início da tarde e à noite, e piora nos fins de semana, sobretudo em eventos sociais familiares (participa quase semanalmente de churrasco na casa dos pais). São sinais de hiperidrose secundária nesse caso, EXCETO

(A) início recente dos sintomas.
(B) obesidade.
(C) presença de rubor facial associado.
(D) idade do paciente.
(E) cirurgia crânio facial prévia.

2

Ainda em relação ao paciente da questão anterior, assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico e sua fisiopatologia.

(A) Síndrome de Frey (síndrome auriculotemporal); migração de fibras parassimpáticas lesadas para fibras pós-ganglionares simpáticas das glândulas sudoríparas e vasos sanguíneos na região pré-auricular.
(B) Síndrome de Eaton Lambert; lesão direta das fibras pós-ganglionares parassimpáticas da região auriculotemporal durante a parotidectomia.
(C) Síndrome de Landry; lesão das fibras pós-ganglionares parassimpáticas pela extrusão de secreção da parótida durante a parotidectomia.
(D) Sudorese gustatória; reinervação das glândulas sudoríparas da pele da região auriculotemporal após parotidectomia com descontrole do mecanismo de feedback termorregulatório.
(E) Síndrome de Pancoast, invasão tumoral dos ramos craniais do tronco simpático e plexo braquial decorrente de metástase do tumor de parótida.

Paciente de 84 anos, masculino, ex-tabagista (fumou dois maços de cigarro por dia dos 18 aos 70 anos), independente, está internado devido à dispneia grau III, chieira e tosse persistente seca. A tc de tórax mostra nódulo sólido irregular medindo 1,8 cm de diâmetro no segmento lingular superior, a 1,4 cm da parede torácica. Dados da história clínica mostram irmão falecido há 3 anos por neoplasia pulmonar, hipertensão arterial sistêmica controlada, dislipidemia e uso de broncodilatador de longa duração.

Tem duas tomografias, que não mostravam alterações, feitas há um e três anos respectivamente, em um programa de rastreamento de câncer pulmonar. Com base nesse caso clínico, responda às próximas quatro questões.

3

Você foi chamado pelo clínico assistente para avaliar a realização de uma broncoscopia com biópsia transbrônquica para propedêutica no caso em questão. Assinale a alternativa correta sobre a melhor conduta a ser tomada.

(A) A broncoscopia não é o melhor exame para o caso. Deve ser realizada baciloscopia no escarro.
(B) A broncoscopia está bem indicada e tem alto rendimento para o caso em questão.
(C) A broncoscopia está bem indicada no caso e deve ser complementada com baciloscopia no escarro para melhorar a acurácia diagnóstica.
(D) A broncoscopia não é o melhor exame devido ao tamanho e à localização periférica da lesão.
(E) A broncoscopia não tem indicação na propedêutica de nódulos pulmonares.

4

Nesse caso clínico, são fatores citados que direcionam para suspeita de neoplasia pulmonar, EXCETO

(A) idade do paciente.
(B) carga tabágica do paciente.
(C) localização periférica do nódulo.
(D) história familiar do paciente.
(E) densidade e forma do nódulo.

5

Quanto ao rastreamento de câncer de pulmão, com base no caso relatado, assinale a alternativa correta.

(A) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da sua idade.
(B) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da carga tabágica.
(C) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa do tempo de cessação do tabagismo.
(D) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da presença do nódulo.
(E) O paciente foi adequadamente colocado no programa e deve permanecer após o tratamento do nódulo.

6

São procedimentos/exames indispensáveis à condução do caso clínico apresentado:

(A) PET-CT e cintilografia pulmonar.
(B) espirometria e PET-CT.
(C) EBUS e biópsia líquida.
(D) PPD e espirometria.
(E) PET-CT e mediastinoscopia.

7

A broncoscopia é um recurso versátil na propedêutica em medicina respiratória. Dentre os procedimentos listados a seguir, quais NÃO podem ser feitos por broncoscopia?

(A) Biopsia de massas pulmonares periféricas; retirada de corpo estranho; intubação traqueal.
(B) Punção de linfonodos mediastinais paraesofágicos; dilatação de estenose traqueal; debridamento de papilomas traqueais.
(C) Criobiopsia pulmonar; colocação de válvulas para tratamento de enfisema; inserção de bloqueador brônquico.
(D) Lavado broncoalveolar; biópsia transbrônquica; escovado brônquico.
(E) Punção de linfonodos subcarinais; colocação de prótese traqueal; traqueostomia percutânea.

Paciente, 56 anos, tabagista ativo, teve câncer de próstata operado há 6 anos sem intercorrências. Apresenta dois nódulos pulmonares, um no lobo superior direito, medindo 2,2 cm de diâmetro médio, e outro no lobo superior esquerdo, medindo 1,9 cm de diâmetro médio. Ambos são irregulares com densidade sólida. O PET-CT mostra captação nas duas lesões, no LSD com suv 7,6 e no LSE suv de 4,8. Com base nesses dados, responda às próximas três questões.

8

Qual é o melhor método para diagnóstico nesse caso?

(A) Biópsia percutânea orientada por TC.
(B) Broncoscopia flexível com biópsia transbrônquica.
(C) Biopsia líquida.
(D) Apenas o PET-CT já fecha diagnóstico de doença neoplásica, uma vez que o suv é menor que 10.
(E) Ultrassom endobrônquico.

9

Confirmado o diagnóstico de neoplasia maligna nas duas lesões, qual é a melhor conduta?

(A) Encaminhar para quimioterapia por se tratar de doença avançada (estágio IV).
(B) Radioterapia estereotáxica nas lesões.
(C) Diagnóstico molecular de cada lesão para definir se são tumores sincrônicos ou doença metastática.
(D) Ressecção sublobar bilateral para poupar função pulmonar.
(E) Lobectomia pulmonar bilateral para ressecção completa das lesões.

10

Sobre a indicação de estadiamento mediastinal no caso, assinale a alternativa correta.

(A) Não está indicado se forem tumores sincrônicos, uma vez que ambos são menores que 3 cm.
(B) Não está indicado se forem tumores metastáticos, uma vez que o tratamento deve ser paliativo.
(C) Deve ser feito nesse caso, uma vez que, independentemente da origem dos tumores, há possibilidade de tratamento operatório e o status mediastinal pode ser definidor.
(D) Deve ser feito sempre em casos de múltiplas lesões pulmonares.
(E) Não deve ser feito se, apesar de linfonodos aumentados no mediastino, o PET-CT for negativo.

11

São características comuns aos pacientes com pneumotórax espontâneo primário:

(A) jovem, masculino, longilíneo, hígido.
(B) jovem, feminino, normolíneo, asmático.
(C) idoso, masculino, normolíneo, com DPOC.
(D) idoso, masculino, longilíneo, tabagista.
(E) jovem, feminino, longilíneo, hígido.

12

São critérios de inclusão no programa de rastreamento de câncer pulmonar:

(A) idade e exposição ocupacional.
(B) carga tabágica e história familiar.
(C) neoplasia prévia e DPOC.
(D) idade e história familiar.
(E) carga tabágica e idade.

13

Paciente, 58 anos, previamente hígido, maratonista, apresentando queda de rendimento progressivo na corrida nos últimos 2 meses, está agora com dispneia aos pequenos esforços e dor torácica atípica à direita nas últimas 3 semanas. Tomografia de tórax mostra derrame pleural à direita, acometendo metade do hemitórax, com espessamento difuso da pleura parietal. Foi submetido à punção e à biópsia percutânea de pleura com agulha, que revelou adenocarcinoma. Sobre a conduta a ser tomada, assinale a alternativa correta.

(A) Como se trata de paciente com bom performance status, deve ser submetido à pleuroscopia para pleurodese paliativa e emcaminhado para tratamento quimioterápico.
(B) Deve ser realizado PET-CT para completar o estadiamento antes de iniciar tratamento paliativo.
(C) Deve ser feito estudo imuno-histoquímico para definir sítio primário da lesão antes de indicar qualquer modalidade terapêutica.
(D) O paciente em questão tem tumor pulmonar avançado e deve ser submetido a estadiamento mediastinal invasivo.
(E) Por se tratar de paciente oligossintomático, deve-se apenas acompanhar o quadro inicialmente, sem indicar nenhuma modalidade terapêutica nesse momento.

14

Paciente do sexo feminino, 61 anos, hipertensa e dislipidêmica, apresenta dispneia progressiva nos últimos 2 meses e dor torácica atípica à direita nas últimas 3 semanas. A tomografia de tórax mostra derrame pleural à direita, acomentendo metade do hemitórax, com espessamento difuso da pleura parietal e adenomegalia mediastinal paratraqueal baixa à direita. Foi submetida à pleuroscopia que revelou mesotelioma epitelioide, com acometimento do linfonodo paratraqueal. Foi submetida à PET-CT que mostrou captação somente na pleura do hemitórax direito. Sobre a conduta a ser tomada, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Trata-se de doença localmente avançada e o paciente pode ser encaminhado para quimioterapia neoadjuvante e avaliar posterior ressecção.
(B) A quimioterapia intraoperatória pode ser usada no tratamento adjuvante.
(C) Trata-se de doença avançada e não há indicação de tratamento operatório para esse caso.
(D) A ressecção de todo o tumor macroscópico é a base do tratamento cirúrgico do mesotelioma pleural.
(E) Não há indicação de radioterapia neoadjuvante para tratamento de mesotelioma pleural.

15

Em relação ao tratamento da hiperidrose, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).

I. A simpatectomia no nível de R2 tem resultados expressivos para hiperidrose palmar, porém associados à maior incidência de sudorese compensatória.
II. Os níveis R3 ou R4 são os mais recomendados para simpatectomia no tratamento da hiperidrose primária palmar.
III. A ablação da cadeia simpática com clipagem favorece a possibilidade de reversão do procedimento na grande maioria dos pacientes.

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

16

Sobre as patologias diafragmáticas, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A eventração diafragmática é caracterizada por uma diminuição das fibras musculares em todas as porções do músculo.
(B) Na paralisia frênica, ocorre atrofia muscular das fibras presentes no músculo.
(C) A eventração é mais comum em homens e do lado esquerdo, sendo usualmente um diagnóstico por exclusão.
(D) A paralisia frênica pode ocorrer após cirurgias cardíacas ou por tumores que acometam o nervo frênico.
(E) As patologias frênicas são mais sintomáticas em neonatos, uma vez que a musculatura respiratória acessória ainda é pouco desenvolvida.

17

Considerando as modalidades de controle da dor no pós-operatório de cirurgias torácicas, sobre Bloqueio Peridural (BPD), Bloqueio Paravertebral (BPV), Bloqueio Paraespinhal (ESP) e Bloqueio Intercostal (BIC), analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).

I. O ESP tem eficácia analgésica semelhante ao BPD e menor risco de complicações.
II. BPD e BPV são os métodos mais eficazes de controle de dor pós-operatória no paciente submetido à toracotomia.
III. O BIC deve ser reservado para pacientes anticoagulados, fator que contraindica outras modalidades de analgesia.

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

18

Em relação às bases do manejo dos tumores mediastinais, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Timomas e linfomas são comuns no mediastino anterior; tumores neurogênicos são exclusivos do compartimento posterior.
(B) A ressecção cirúrgica de cistos benignos deve ser reservada para os broncogênicos e esofágicos; cistos pericárdicos podem ser manejados de maneira não operatória.
(C) Raramente observam-se aderências e processo inflamatório intenso na ressecção de cistos broncogênicos.
(D) Complicações possíveis da ressecção de tumores mediastinais são paralisia frênica, quilotórax e fístula esofágica.
(E) A tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm papel crucial na avaliação e no planejamento do tratamento dos tumores mediastinais.

19

Paciente masculino, 22 anos, relata desconforto torácico há 4 semanas com dispneia aos médios esforços. Tomografia de tórax mostrando volumosa massa no mediastino anterior, irregular, sem plano de clivagem nítido com os vasos da base. Nos exames laboratoriais, notam-se alfafetoproteína muito elevada e beta HCG moderadamente elevado, com anemia discreta. Assinale a alternativa correta sobre a análise do caso e a melhor conduta a ser empregada.

(A) O diagnóstico provável é de linfoma não HODGKIN. Deve ser feita biopsia da lesão para confirmação e PET-CT para concluir o estadiamento. Não há indicação de tratamento cirúrgico.
(B) O diagnóstico provável é de teratoma maduro. Deve ser solicitada ressonância magnética para definir melhor o plano de clivagem da lesão com vasos da base e programar tratamento operatório.
(C) O diagnóstico provável é de timoma localmente avançado. Deve ser feita avaliação neuromuscular para excluir miastenia gravis. O paciente deve fazer tratamento neoadjuvante com quimioterapia, seguido de ressecção cirúrgica.
(D) O diagnóstico provável é de seminoma. O paciente deve ser submetido à biopsia aspirativa guiada por tomografia para confirmar o diagnóstico e ser encaminhado para tratamento sistêmico.
(E) O diagnóstico provável é de tumor não seminomatoso. Deve ser encaminhado para tratamento sistêmico e avaliar ressecção cirúrgica se houver lesão residual após o tratamento.

20

Sobre os cistos broncogênicos, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) São formados a partir de erros de brotamento da árvore brônquica, frequentemente com abertura de drenagem visível à broncoscopia.
(B) São as lesões císticas mais comuns do mediastino médio.
(C) Podem causar compressão e erosão de estruturas adjacentes e eventuamente podem infectar.
(D) Devem ser sempre ressecados pelo risco de infecção e complicações locais.
(E) A localização mais frequente está relacionada à carina principal.

21

São fatores prognósticos de sobrevida e recorrência nos timomas:

(A) estadiamento (Massaoka) e idade.
(B) estadiamento (Massaoka) e ressecção completa.
(C) miastenia gravis e idade.
(D) ressecção completa e miastenia.
(E) tamanho do tumor e idade.

22

Paciente, 30 anos, sexo masculino, policial militar operacional do batalhão de operações especiais, queixa-se dor súbita no hemitórax direito há 3 dias, acompanhada de tosse seca persistente e sensação de pressão no peito no mesmo lado da dor. Foi atendido no pronto-socorro e a radiografia de tórax mostrou pneumotórax moderado à direita, com pequeno derrame pleural. O caso foi apresentado na reunião clínica e os residentes deram as seguintes opiniões:

R1: Esse paciente deve ser imediatamente submetido à drenagem pleural do pneumotórax para alívio dos sintomas. Não há indicação de tratamento cirúrgico nesse momento, por se tratar do primeiro episódio de pneumotórax espontâneo.

R2: O paciente deve ser submetido à drenagem pleural imediata e ser avaliado de acordo com a evolução do quadro. Se apresentar escape aéreo prolongado, deve ser submetido a tratamento cirúrgico.

R3: o paciente deve ser submetido à tomografia de tórax para avaliar presença de bolhas pulmonares e a seguir encaminhado para tratamento cirúrgico imediato.

Qual(is) residente(s) apresentou(aram) uma conduta equivocada de acordo com as bases do tratamento do pneumotórax espontâneo?

(A) Apenas R1.
(B) Apenas R1 e R3.
(C) Apenas R2 e R3.
(D) Apenas R1 e R2.
(E) R1, R2 e R3.

23

São indicações de traqueostomia, EXCETO

(A) obstrução de via aérea.
(B) necessidade de ventilação mecânica de longo prazo.
(C) falha no desmame da ventilação mecânica.
(D) via aérea difícil identificada no pré-operatório de grandes cirurgias.
(E) toalete brônquica.

24

Dissertando a respeito da traqueostomia em uma aula de técnica operatória, o professor enfatizou a necessidade de se realizar a abertura traqueal na altura dos primeiros 3 anéis traqueais. Assinale a alternativa que apresenta a justificativa para a ênfase que o professor deu a essa recomendação.

(A) É a região onde há menor vascularização cervical, portanto menos propensa a complicações vasculares.
(B) Traqueostomias muito próximas às pregas vocais podem provocar estenose subglótica, lesão de maior dificuldade no tratamento; traqueostomias mais caudais ficam próximas ao tronco arterial braquicefálico e podem formar fístula traqueoarterial.
(C) É o ponto de maior superficialidade da traqueia, sendo mais fácil o acesso cirúrgico.
(D) A vascularização traqueal, nesse ponto, é mais rica, favorecendo cicatrização adequada e menor chance de estenose após decanulação.
(E) A cartilagem traqueal no início da estrutura é mais maleável e facilita a abertura e a confecção da traqueostomia.

25

Paciente de 58 anos, índice performance status ECOG 0, ex-tabagista 50 anos/maço, tem passado de carcinoma escamocelular de laringe T1N0M0 há 8 anos, tratado adequadamente na época. A tomografia computadorizada de tórax revela nódulo pulmonar sólido de 0,9 cm no segmento lateral do lobo médio, sem adenomegalias mediastinais ou outros achados relevantes. Foi submetido à segmentectomia pulmonar não anatômica para diagnóstico, que revelou carcinoma de pequenas células, confirmado por imuno-histoquímica. Sobre a melhor conduta nesse momento, assinale a alternativa correta.

(A) Deve ser encaminhado para radioterapia e quimioterapia para completar o tratamento.
(B) Deve ser acompanhado com tomografia de tórax e abdome a cada 3 meses para controle.
(C) Deve ser submetido a estadiamento invasivo do mediastino antes de indicar tratamento cirúrgico.
(D) Deve ser submetido a lobectomia média para completar a ressecção e posteriormente, tratado com quimioterapia adjuvante.
(E) Deve ser submetido à 3 ciclos de quimioterapia neoadjuvante baseada em platina e encaminhado à ressecção cirúrgica.

26

Paciente do sexo masculino, 63 anos, tabagista 15 anos/maço, nódulo pulmonar periférico, espiculado, escavado, de 1,8 cm no segmento lateral do lobo médio. Foi submetido a PET-CT que mostrou captação anômala no nódulo e em linfonodo hilar direito, SUV de 7 e 6,4, respectivamente. Sobre os métodos de diagnóstico para a lesão descrita, assinale a alternativa correta.

(A) A broncoscopia flexível com biopsia transbrônquica apresenta rendimento satisfatório para o diagnóstico.
(B) O fato de ser lesão escavada é altamente sugestiva de doença granulomatosa, podendo ser iniciado tratamento específico com os dados apresentados.
(C) A biopsia percutânea orientada por tomografia computadorizada tem rendimento superior à broncoscopia no diagnóstico de lesões pulmonares periféricas.
(D) A ultrassonografia endoscópica não serve como método auxiliar no diagnóstico para esse caso.
(E) A citologia de escarro tem eficácia equivalente à broncoscopia nesse contexto.

27

Ainda com relação ao caso da questão anterior, durante reunião multidisciplinar, as seguintes afirmações foram feitas:

I. Caso o diagnóstico de câncer de pulmão seja confirmado o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico com lobectomia pulmonar.
II. O diagnóstico clínico mais provável é de câncer pulmonar, com estadiamento cT1bN1M0.
III. O estadiamento mediastinal invasivo é mandatório para o caso em questão.
IV. Não há necessidade de provas de função pulmonar, uma vez que o lobo médio tem pouca representatividade na fisiologia respiratória.

Com base nas informações desse caso, são corretas apenas as afirmações:

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

28

Paciente, 72 anos, ex-tabagista 34 anos/maço, que parou há 10 anos, apresenta nódulo pulmonar de 2,1 cm no ápice esquerdo, descoberto durante internação devido à isquemia cardíaca aguda. Foi submetido à biopsia percutânea orientada por tomografia que revelou adenocarcinoma pulmonar. O PET-CT apresentou captação na lesão pulmonar e, em linfonodo hilar, com SUV semelhantes. Após videomediastinoscopia, encontrou-se foco de micrometástase de 0,5 mm em linfonodo da cadeia paratraqueal baixa esquerda. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o caso descrito.

(A) O foco de 0,5 mm deve ser considerado com foco isolado por causa do tamanho e não deve ser considerado no estadiamento. Assim, o estadiamento é T1cN0 e o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico.
(B) Trata-se de estadiamento N2 de cadeia única e o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico, uma vez que o prognóstico. Nesses casos, é melhor.
(C) Trata-se de estadiamento N2 e não há indicação de tratamento cirúrgico. O paciente deve ser encaminhado para tratamento paliativo com quimio e radioterapia.
(D) O paciente deve ser levado para videotoracoscopia e o linfonodo hilar biopsiado. Caso seja negativo, estaremos diante de tumor de prognóstico mais favorável e a ressecção deve ser indicada.
(E) Não há indicação de tratamento operatório, uma vez que o paciente tem cardiopatia isquêmica e a sobrevida, nesses casos, é mais limitada.

29

Em relação aos critérios utilizados para avaliar a ressecção pulmonar nos casos de neoplasia primária, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A ressecção R0 considera o não acometimento microscópico das margens pulmonares e seis cadeias linfonodais livres de neoplasia: 3 mediastinais, sendo uma delas obrigatoriamente a cadeia 7, e 3 hilares ou intrapulmonares.
(B) A ressecção R1 considera o acometimento microscópico das margens pulmonares.
(C) A ressecção R2 considera o acometimento macroscópico das margens pulmonares e/ou a não ressecção de linfonodos positivos durante o procedimento.
(D) A ressecção incerta (R0un) considera margens microscópicas livres, porém com uma quantidade de linfonodos ressecados inferior à recomendada ou acometimento da cadeia mais elevada retirada na ressecção.
(E) A citologia do lavado pleural no transoperatório é recurso auxiliar na definição da qualidade da ressecção.

30

São contraindicações à traqueostomia percutânea, EXCETO

(A) paciente com tireoidite.
(B) limitação importante da extensão cervical.
(C) coagulopatia.
(D) necessidade de parâmetros elevados na ventilação mecânica.
(E) infecção de tecidos moles no pescoço.

31

Paciente feminina, 88 anos, internada devido à descompensação de insuficiência cardíaca, já em uso de medicação adequada. Radiografia de tórax mostra derrame pleural bilateral, pequeno à esquerda e moderado à direita. A paciente encontra-se eupneica em repouso, acinaótica, sem tosse ou dor torácica. Queixa-se sibilância discreta à noite. Preocupados com os achados da radiografia, 3 estudantes do internato de clínica médica procuram o médico responsável para discutir o caso com as seguintes colocações:

I. Gostaria de fazer a drenagem do derrame pleural para aliviar por completo o desconforto respiratório da paciente.
II. Gostaria de realizar pleuroscopia à direita, uma vez que o derrame maior pode ser devido a outro diagnóstico presente.
III. Gostaria de realizar punção pleural à direita para avaliar bioquimicamente o liquido pleural para determinar a necessidade de tratamento mais invasivo.

Considerando o caso apresentado, é/são pertinente(s) a(s) colocação(ões):

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

32

Sobre as causas de quilotórax, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A principal causa está relacionada às neoplasias do sistema linfático.
(B) Dentre as causas iatrogênicas as mais comuns estão relacionadas às cirurgias esofágicas.
(C) Em recém-nascidos, o quilotórax está mais relacionado a complicações pós- operatórias do que a tocotraumatismos.
(D) O quilotórax pode ser espontâneo, com ruptura do ducto após acessos de tosse ou vômitos após refeições.
(E) Doenças infecciosas podem cursar com linfonodomegalias e obstrução do ducto torácico.

33

Na avaliação do paciente com hiperidrose, são fatores que sugerem hiperidrose secundária os seguintes, EXCETO

(A) início dos sintomas na idade adulta.
(B) história familiar negativa para hiperidrose.
(C) suor excessivo durante o sono.
(D) sudorese difusa durante o exercício.
(E) obesidade mórbida.

34

As fraturas de costela são lesões comuns em vários tipos de trauma torácico, ocorrendo em 10% de todos os pacientes traumatizados. Sobre as fraturas de costela, assinale a alternativa correta.

(A) A grande maioria dos casos de fratura está associada a iatrogenias, como massagem cardíaca e traumas diretos em cirurgia torácica.
(B) As complicações das fraturas de costela são mais comuns em pacientes jovens, uma vez que o trauma tende a ser de maior energia.
(C) São mecanismos que podem levar à fratura costal: tosse crônica e movimentos repetitivos em atividade física.
(D) Apesar de causar dor importante, não há complicações graves associadas às fraturas de costela.
(E) As fraturas dos primeiros arcos tendem a ser melhor toleradas, uma vez que há menor movimentação destes durante o movimento respiratório.

35

Paciente de 37 anos, diabética desde a infância, sofreu acidente automobilístico enquanto dirigia para casa após pegar a filha de 11 anos no colégio (colisão frontal contra poste de luz após perda súbita de consciência). Ambas estavam com cinto de segurança no momento do trauma. A mulher deu entrada no pronto-socorro com dispneia moderada, confusão mental e queixando-se de muita dor torácica anterior esquerda, com equimose correspondente ao local do cinto de segurança. A radiografia de tórax revelou derrame pleural pequeno, com fraturas do terceiro ao nono arcos costais à esquerda, anterolaterais e com desvio importante, além de fratura esternal do terço médio, alinhada, e fratura da clavícula esquerda.

A criança estava estável e queixava dor moderada no hemitórax direito, com radiografia de tórax mostrando fratura do quarto arco lateral, sem desvio. Quanto à fisiopatologia do trauma torácico, assinale a alternativa correta.

(A) Não há indicação de propedêutica adicional para a mulher, que deve ser encaminhada para tratamento operatório imediato das fraturas de costela.
(B) Deve-se investigar doença óssea subjacente, uma vez que o padrão das fraturas costais na mulher estão em desacordo com o esperado pela cinemática do trauma envolvido.
(C) A presença de “air bags” no carro não mudaria o desfecho dos achados no caso em questão.
(D) A fratura da criança denota posição incorreta do cinto de segurança.
(E) Apesar da estabilidade da criança, há vários indícios de trauma de alta energia no caso e ambas devem ser avaliadas com relação a lesões subjacentes intratorácicas e adequadamente observadas.

36

Em relação às deformidades congênitas da parede torácica, considere as seguintes afirmativas:

I. Crescimento irregular das cartilagens condrais afastando o esterno do eixo do corpo.
II. Fusão incompleta das lâminas do esterno.
III. Alterações unilaterais de gravidade variável que envolvem agenesia ou hipogenesia de arcos costais superiores, glândula mamária, grupos musculares e defeitos nos membros superiores.
IV. Crescimento irregular das cartilagens costais aproximando o esterno da coluna vertebral.

As afirmativas apresentadas referem-se, respectivamente, a:

(A) pectus excavatum, síndrome de Poland, fenda esternal e pectus carinatum.
(B) síndrome de Poland, fenda esternal, pectus carinatum e pectus excavatum.
(C) pectus condromanubrial, síndrome de Poland, Pentalogia de Cantrell e fenda esternal.
(D) pectus cariantum, fenda esternal, síndrome de Poland e pectus excavatum.
(E) pentalogia de Cantrell, pectus carinatum, síndrome de Poland e pectus carinatum.

Paciente, sexo feminino, 33 anos, policial militar, relata surgimento de abaulamento na parede torácica anteroinferior direita há 6 meses, pouco tempo após o parto da segunda filha. Queixa-se deconforto local leve, sem sintomas respiratórios. Relata queda de moto há 4 anos com trauma torácico contuso no local, sem necessidade de procedimentos invasivos e com melhora completa após analgesia e repouso. Ao exame, nota-se deformidade leve com abaulamento na região do rebordo costal direito, abaixo do sulco mamário, imóvel, levemente doloroso à palpação, com pele local normal. Não há outros problemas prévios, nem sinais relevantes ao exame clínico.

O caso clínico apresentado refere-se às próximas três questões.

37

A respeito da propedêutica de imagem em lesões da parede torácica, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O PET/CT pode ser utilizado com finalidade diagnóstica e para estadiamento de tumores da parede torácica.
(B) O rx de tórax é utilizado para avaliação inicial, permitindo avaliação das estruturas ósseas e cavidade pleural.
(C) A tomografia computadorizada fornece detalhes da lesão, permitindo diferenciar áreas císticas sólidas, detectar os limites e a exata localização.
(D) A ressonância magnética é usada principalmente para avaliar invasão de estruturas adjacentes, principalmente partes moles e canal vertebral.
(E) A cintilografia óssea pode auxiliar na investigação de todo o esqueleto em busca de lesões extratorácicas.

38

Sobre a indicação de biopsia em lesões de parede torácica, assinale a alternativa correta.

(A) As lesões de parede devem ser biopsiadas antes de programar tratamento definitivo.
(B) Na maior parte dos casos, o exame clínico e a propedêutica de imagem são suficientes para fechar o diagnóstico e programar o melhor tratamento.
(C) Quando indicada, a biopsia deve ser realizada no ponto de menor distância entre a pele adjacente e a lesão.
(D) Tumores próximos a estruturas nobres devem ser prontamente ressecados visando impedir a rápida disseminação de potencial doença neoplásica.
(E) Tumores menores que permitam ressecção completa sem necessidade de reconstrução com prótese ou grandes retalhos musculares devem ser submetidos à biopsia excisional.

39

Em relação às técnicas de reconstrução da parede torácica, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A reconstrução deve ser feita nos casos em que forem ressecadas mais de 4 costelas ou um defeito maior que 5 cm na parede torácica.
(B) Um dos princípios da reconstrução é favorecer o uso de tecidos autólogos em relação às próteses sintéticas.
(C) Tumores envolvendo os 3 primeiros ou os últimos arcos geralmente não necessitam de reconstrução.
(D) O tipo histológico pode favorecer a indicação de determinados materiais, como o titânio, na reconstrução da parede torácica.
(E) Lesões posteriores e craniais podem ser ressecadas e a escápula utilizada para estabilizar a parede torácica sem necessidade de próteses.

40

Quanto ao tratamento cirúrgico da hemoptise, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A cirurgia de urgência deve ser indicada quando a embolização não conseguir erradicar adequadamente o sangramento.
(B) Quando a fonte de sangramento estiver bem evidente e outras modalidades terapêuticas não forem eficientes, pode-se lançar mão da ressecção pulmonar.
(C) A invasão de estruturas mediastinais (coração e grandes vasos) por tumores pulmonares contraindica a ressecção no caso de hemoptise.
(D) Pacientes com sequela de tuberculose e sangramento importante devem ser imediatamente operados para evitar complicações cardiovasculares maiores.
(E) Lesões visíveis na via aérea principal podem ser abordadas com uso de broncoscopia e controladas com várias formas de energia disponível.

Pneumologia

41

Sobre a vacinação contra a Covid-19, assinale a alternativa correta.

(A) A OMS recomenda a vacinação de adolescentes acima dos 17 anos sem comorbidades, desde que obedecida a priorização da imunização de outros grupos mais vulneráveis. Não há recomendações até o momento para menores de 17 anos.
(B) Recomenda-se a dosagem de anticorpos neutralizantes específicos ou anticorpos totais, para avaliar o nível de imunidade ou proteção individual contra a Covid-19 em pacientes de grupo de risco.
(C) São consideradas pneumopatias de risco, com indicação de vacinação para Covid-19: Asma brônquica e Rinite alérgica, Hipertensão Arterial Pulmonar e Síndrome de Apneia Obstrutiva do sono.
(D) Diferentes tecnologias vêm sendo empregadas: das clássicas (como as vacinas de vírus inteiros inativados), subunitárias proteicas, recombinantes e VLP, às novas plataformas de ácidos nucleicos (DNA e mRNA) e de vetores virais. Em todos os casos, o alvo dos imunizantes é a proteína S (spike), responsável pela ligação do vírus SARS-CoV-2 com as células humanas.
(E) A tecnologia de RNA mensageiro (mRNA) é empregada em vacinas como Fiocruz/Oxford/AstraZeneca e Janssen.

42

A fibrose pulmonar idiopática (FPI) representa uma das doenças pulmonares intersticiais (DPI) mais comuns, definida como uma pneumonia intersticial fibrosante crônica de causa desconhecida e caracterizada pelo padrão de pneumonia intersticial usual tanto na tomografia computadorizada quanto no exame anatomopatológico. Um consenso endossado por várias entidades internacionais sugere que, em pacientes com suspeita clínica de FPI, a TCAR seja estratificada classificando-os de acordo com os níveis de probabilidade em relação ao padrão PIU. Em relação à tomografia de tórax e à interpretação dos padrões radiológicos da doença, é correto afirmar que

(A) o padrão provável para PIU é caracterizado por reticulação bilateral e faveolamento, com bronquiectasias e bronquiolectasias de tração periférica, predominantemente basais e subpleural.
(B) o padrão indeterminado para PIU caracteriza-se por presença de opacidades reticulares e bronquiolectasias de tração distribuídas perifericamente no plano axial e com gradiente apicobasal no eixo longitudinal, mas que não apresentam faveolamento.
(C) o padrão tomográfico Típico de PIU é acurado para diagnosticar a FPI sem a necessidade de biópsia.
(D) o termo faveolamento refere-se a um agrupamento de cistos com conteúdo aéreo, geralmente medindo de 10-30 mm, com paredes finas e pouco definidas.
(E) o padrão tomográfico de PIU caracteriza-se por atenuação em vidro fosco, opacidades reticulares e bronquiolectasias de tração, com distribuição.

43

Paciente procura atendimento com queixa de episódios de dispneia associados à sibilância, sensação de pressão torácica e tosse seca. Refere episódios desencadeados por exposição à poeira e outras situações como fumaça e cheiros fortes. Nega ter apresentado despertares noturnos devido a esses sintomas, e as "crises" acontecem com a frequência de, aproximadamente, uma vez ao mês. Nunca fez tratamento ou uso de medicações inalatórias. Realizou espirometria a qual apresentava VEF1 e a relação VEF1/CVF estava dentro dos limites da normalidade. A melhor estratégia terapêutica na hipótese de Asma seria:

(A) Corticoide Inalatório + Formoterol dose baixa diário associado a beta2-agonista de curta duração se necessário.
(B) Corticoide Inalatório + Formoterol dose moderada diário associado a Beta2-agonista de curta duração se necessário.
(C) Corticoide Inalatório + Formoterol dose baixa se necessário.
(D) Corticoide Inalatório dose baixa se necessário.
(E) Beta2-agonista de curta duração se necessário.

44

Paciente feminina, 69 anos, tabagista de longa data 50maços/ano, procura atendimento com queixa de dispneia aos esforços, como quando caminha depressa no plano ou quando precisa subir uma ladeira suave. Refere início dos sintomas há mais de 01 ano, mas vem sentindo piora progressiva desde então. Refere também tosse produtiva e pigarro matinal mas acredita ser devido ao cigarro, sendo que, há 02 meses, necessitou de internação hospitalar devido a quadro de piora da tosse e da dispneia. Após avaliação inicial, a paciente realizou espirometria que demonstrou relação VEF1/CVF 0,6 pós BD, com prova broncodilatadora negativa. Para essa paciente, a melhor opção terapêutica seria

(A) Antagonista Muscarínico de longa duração de ação.
(B) Corticosteroides Inalados+ Agonista β2 de longa duração de ação.
(C) Corticosteroides Inalados+Agonista β2 de longa duração de ação + Antagonista muscarínico de longa duração de ação.
(D) Agonista β2 de longa duração de ação.
(E) Agonista β2 de curta duração de ação.

45

Paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, agricultor, procurou atendimento médico por queixa de tosse produtiva, hemoptise e dispneia progressiva de início há cerca de 90 dias, associadas a quadro de febre irregular, emagrecimento de 4 quilos no período. Ao exame físico, apresenta lesão granulomatosa na comissura labial direita. Foi realizada Tomografia Computadorizada de Tórax que evidenciou importante distorção arquitetural, extensos focos de consolidações subpleurais, nódulos escavados, espessamento de septos interlobulares, bandas parenquimatosas, focos esparsos de atenuação em vidro fosco, opacidades nodulares de espaço aéreo e algumas áreas de sinal do halo invertido nos lobos inferiores. Foi realizada broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia endobrônquica. Na biópsia, há presença de células gigantes multinucleadas englobando estruturas arredondadas com membrana birrefringente, além de figura típica em "roda de leme" Qual seria a conduta mais adequada para esse caso?

(A) Esquema RIPE: Rifampicina, Etambutol, Isoniazida e Pirazinamida por 6 meses.
(B) Itraconazol 200 mg/dia VO por 9-18 meses.
(C) Iniciar a corticoterapia imediatamente com prednisona 60 mg, associada à profilaxia com isoniazida.
(D) Anfotericina B 1mg/kg/dia endovenosa.
(E) Sulfametoxazol 160mg +Trimetroprim 800 mg VO de 12/12horas por 3 a 6 meses.

46

Paciente feminina, 28 anos, apresenta-se com queixa de tosse produtiva, com escarro amarelado e alguns episódios de hemoptoicos com início há 04 semanas. Refere, associados ao quadro, episódios de febre principalmente no final da tarde, adinamia, anorexia, emagrecimento de 10kg no período e sudorese noturna. Diante da suspeita levantada nesse caso e sobre o diagnóstico bacteriológico de Tuberculose, assinale a alternativa correta.

(A) A pesquisa de BAAR é um método rápido e de baixo custo, contudo apresenta menor sensibilidade em pacientes com a coinfecção por HIV, sendo de aproximadamente 20-60%.
(B) A indução de escarro com solução salina hipertônica é uma técnica útil em indivíduos que são incapazes de produzir escarro, entretanto não possui um rendimento diagnóstico satisfatório quando comparada à broncoscopia com LBA.
(C) A realização de cultura em meios sólidos e/ou líquidos não é mais considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de tuberculose pela OMS.
(D) O Xpert MTB/RIF recebeu a denominação de teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) e está indicado para o diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar em adultos e adolescentes, podendo ser utilizado com amostras de sangue.
(E) Outro tipo de teste molecular aprovado e recomendado para uso pela OMS em material respiratório é o line probe assay, contudo esse teste não identifica resistência à rifampicina.

47

A espirometria é a medida do ar que entra e sai dos pulmões, sendo um teste que auxilia na prevenção e permite o diagnóstico e a quantificação dos distúrbios ventilatórios. A espirometria é um exame peculiar em medicina, posto que exige compreensão e colaboração do paciente, equipamentos exatos e emprego de técnicas padronizadas aplicadas por pessoal especialmente treinado. Assinale a alternativa que engloba critérios para espirometria de boa qualidade.

(A) Pelo menos três testes aceitáveis; Inspiração máxima antes do início do teste e Volume retroextrapolado < 15% da CVF ou 0,25L.
(B) Diferença entre os três maiores valores do PFE < 10% ou 0,5L/s; Duração satisfatória do teste em geral > 3s.
(C) Término Platô no último segundo; Artefatos ausentes como Tosse no 1º segundo e resultados reprodutíveis para CVF e VEF1 (os dois maiores valores devem diferir < 0,3L).
(D) Resultados reprodutíveis (para CVF e VEF1 os dois maiores valores devem diferir < 0,15L) e Duração satisfatória do teste em geral > 6s.
(E) Pelo menos dois testes aceitáveis e Volume retroextrapolado < 5% da CVF ou 0,15L, o que for maior.

48

Paciente, 19 anos, sexo masculino apresenta-se à emergência com queixa de dor torácica, de início súbito, localizada no hemitórax direito e associada à dispneia. Realizou Rx de Tórax que evidenciou pneumotórax espontâneo à direita. A melhor descrição para o exame físico do tórax acometido pelo pneumotórax seria

(A) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal diminuído, macicez à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(B) expansibilidade aumentada, frêmito tóraco-vocal aumentado, macicez à percussão, murmúrio vesicular normal.
(C) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal diminuído, timpanismo à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(D) expansibilidade aumentada, frêmito tóraco-vocal aumentado, macicez à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(E) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal aumentado, timpanismo à percussão, murmúrio vesicular normal.

49

Em relação ao tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), são fatores a considerar ao se iniciar tratamento com corticoide inalatório em combinação com um ou dois broncodilatadores de longa duração de ação, EXCETO

(A) eosinófilos sanguíneos >300 células/μL.
(B) eventos de pneumonia frequentes.
(C) ≥2 exacerbações moderadas de DPOC por ano.
(D) história de asma, ou asma concomitante.
(E) história de hospitalização por exacerbações de DPOC apesar de terapêutica de manutenção apropriada com broncodilator de longa duração de ação.

50

A classificação atual de Hipertensão Pulmonar considera dados da apresentação clínica, fisiopatologia, achados anatomopatológicos e parâmetros hemodinâmicos e propõe a divisão em 5 grupos distintos. Quais das comorbidades a seguir são consideradas do grupo 1 (Hipertensão Arterial Pulmonar)?

(A) Sarcoidose e Infecção pelo HIV.
(B) Esquistossomose e Hemangiomatose Capilar Pulmonar.
(C) Anemia Hemolítica Crônica e Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática.
(D) Doença de Gaucher e Hipertensão Arterial Pulmonar Hereditária.
(E) Neurofibromatose e Doenças do Tecido Conectivo.

51

Paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, trabalha como auxiliar de serviços gerais. Procura atendimento médico com queixa de que, há três anos, durante o trabalho, apresentou quadro de dispneia, sibilância e tosse seca, além de rinorreia, espirros e lesão em mucosa nasal. Na ocasião, procurou atendimento médico, sendo diagnosticadas asma e rinite alérgica. Durante esses três anos, apresentou vários episódios de exacerbações dos sintomas respiratórios, incluindo uso de corticoide injetável por conta própria. Procura atendimento médico devido à nova piora clínica, dessa vez com quadro de tosse produtiva com expectoração purulenta e raias de sangue, o que o preocupou muito. Realizou ciclo de antibióticos sem melhora dessa vez. Evoluiu com adenopatia cervical, disfagia e emagrecimento de 10kg desde o início do quadro. Optou-se por internamento para melhor investigação. Foram realizados hemograma, que revelou eosinofilia de 24% e anticorpo ANCAp positivo; tomografia computadorizada dos seios da face, que demonstrou sinusopatia maxilo-etmoidal bilateral e polipose nasal; e tomografia computadorizada de tórax, que apresentou múltiplos nódulos pulmonares, além de consolidação e opacidades em vidro fosco. Foi realizada biópsia transtorácica do nódulo em lobo inferior esquerdo, que demonstrou infiltrado eosinofílico intenso e vasculite de pequenos vasos. Diante do caso, o provável diagnóstico é

(A) Síndrome de Churg-Strauss ou Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (EGPA).
(B) Granulomatose com Poliangeíte (GPA).
(C) Síndrome de Wegener.
(D) Síndrome de Goodpasture.
(E) Aspergilose broncopulmonar alérgica.

52

O termo bronquiectasia se refere à evidência de dilatação brônquica irreversível, usualmente notada em uma Tomografia de tórax. Existem muitas condições congênitas e adquiridas relacionadas ao aparecimento de bronquiectasias. São causas de bronquiectasias, EXCETO

(A) Síndrome de Caplan.
(B) Síndrome de Mounier-Kuhn.
(C) Síndrome de Williams-Campbell.
(D) Síndrome de Young.
(E) Síndrome de Sjögren.

53

Os sintomas não controlados de asma são importantes fatores de risco para futuras exacerbações. Além do não controle dos sintomas, existem outros fatores de risco adicionais potencialmente modificáveis para exacerbações, até mesmo em pacientes pouco sintomáticos. São fatores de risco para exacerbações, EXCETO

(A) utilização de altas doses de broncodilatador de curta duração (SABA).
(B) comorbidades como obesidade e doença do refluxo gastroesofágico.
(C) VEF1 baixo, especialmente abaixo de 80% do previsto e ausência de resposta broncodilatadora na espirometria.
(D) presença de exacerbações anteriores nos últimos 12 meses, história de internações em UTI ou necessidade de intubação orotraqueal devido à asma.
(E) contexto com problemas socioeconômicos ou psicológicos maiores.

54

Paciente, 35 anos, branco, procura atendimento com queixa de quadro de astenia e adinamia há 2 meses, associadas a edema de membros inferiores bilateral. Há 30 dias, relata surgimento de nódulos em pernas associado à febre não aferida, sudorese noturna intensa e tosse não produtiva esporádica. Foi realizado RX de tórax sugerindo alargamento mediastinal. Prosseguiu-se investigação com TC de tórax a qual identificou discreto infiltrado intersticial e linfonodos de tamanho aumentado peri-hilar bilateral. Foi realizado Lavado Broncoalveolar o qual demonstrou aumento de linfócitos, com a presença de relação CD4/CD8: 4,0. Assinale a principal hipótese diagnóstica nesse caso.

(A) Sarcoidose.
(B) Tuberculose.
(C) Linfoma.
(D) Churg-Strauss.
(E) Histoplasmose.

55

Paciente, com diagnóstico de asma há mais de cinco anos, procura atendimento com queixa de episódios frequentes de dispneia associados à sibilância e tosse seca. Refere episódios diários com despertares noturnos, mais de dois episódios por semana. Fazia uso de medicação inalatória, mas parou há mais ou menos 60 dias. Realizou espirometria, a qual apresentava redução do VEF1 e da relação VEF1/CVF de forma leve, com prova broncodilatadora positiva. Qual seria o esquema terapêutico melhor indicado nesse caso?

(A) Formoterol+Budesonida 12/400mcg de 12/12 horas associado à dose extra se necessário.
(B) Formoterol+Budesonida 6/200 mcg de 12/12horas associado à dose extra se necessário.
(C) Beclometasona+Fomoterol 200/6mcg de 12/12horas e SABA se necessário.
(D) P. Fluticasona+Salmeterol 50/250 mcg de 12/12horas e SABA se necessário.
(E) F.Fluticasona+ T.Vilanterol 200/25 mcg uma vez ao dia associado à dose extra se necessário.

56

Mulher de 42 anos de idade, previamente hipertensa e com sobrepeso, chegou ao pronto atendimento com quadro de dispneia há 6 horas associada à dor torácica. Nega outros sintomas associados como tosse ou febre. Nega outras comorbidades, cirurgias ou alergias prévias. Ao exame: BEG, corada, afebril, acianótica, orientada. Ausculta Pulmonar sem alterações, FR=30 ipm, saturando 92%, Ausculta Cardíaca com RCR em 2T, BNF, FC=120 bpm, PA= 120/70 mmHg, membros inferiores sem edemas. Diante da suspeita de Tromboembolismo Pulmonar, qual é a investigação mais adequada nesse momento?

(A) Solicitar Angiotomografia de tórax.
(B) Solicitar Dosagem de D-dímero.
(C) Solicitar Cintilografia ventilação-perfusão.
(D) Solicitar Ecocardiograma, troponina e BNP.
(E) Não há necessidade de investigar porque é de baixa probabilidade.

57

Homem de 50 anos com queixa de febre há 25 dias de 38°C associada à tosse produtiva com secreção purulenta. Refere também início de dispneia aos médios esforços há 72h. Antecedente de hepatite C, sem outras comorbidades. Ao exame físico, bom estado geral, lúcido, orientado, consciente, corado, hidratado, emagrecido. À ausculta, murmúrio vesicular diminuído em base esquerda e estertores distribuídos por todo o hemitórax esquerdo. Radiografia e tomografia computadorizada de tórax evidenciam derrame pleural à esquerda de volume moderado, que se estende da base ao terço médio do hemitórax, com sinais de septação, caracterizados pela presença de coleção líquida na região anterior ao pulmão. Opta-se por internamento e realização de toracocentese. Sobre a toracocentese, é correto afirmar que

(A) trata-se de um procedimento pouco seguro e invasivo.
(B) deve-se atentar às contraindicações absolutas, dentre elas, pacientes em uso de ventilação mecânica devido a alto risco de pneumotórax.
(C) atualmente não é recomendado o uso do ultrassom para guiar o exame em tempo real de forma rotineira, uma vez que resulta em procedimento mais efetivo, porém com maior custo e sem alterar a probabilidade de complicações.
(D) deve-se sempre procurar tangenciar a borda inferior do arco costal para reduzir o risco de lesões de vasos intercostais.
(E) devido ao risco de edema de reexpansão, os sistemas de pressão negativa, quando utilizados, devem ser utilizados com cautela. Sabe-se que a retirada de volumes superiores a 1.500 ml de líquido por sessão aumenta o risco de edema pulmonar de reexpansão.

58

Sobre o tratamento dos casos leves de Covid-19 (não hospitalizados), assinale a alternativa correta.

(A) O uso de antibióticos na profilaxia de Covid-19 ou tratamento de pacientes com Covid-19 leve não é recomendado, exceto a azitromicina por seu efeito anti-inflamatório.
(B) Há redução no risco de evolução para quadro respiratório grave com o uso de plasma convalescente (IV) em pacientes idosos (idade > de 75 anos ou com idade entre 65 e 74 anos associado a comorbidades) não hospitalizados com quadro de Covid-19 leve.
(C) O uso de esteroide em pacientes com quadro de Covid-19 leve deve ocorrer já nas fases iniciais da doença para evitar o agravamento do quadro respiratório.
(D) O uso de anticoagulantes na Covid-19 deve ser feito na dose de profilaxia , mas não se recomenda o tratamento com doses anticoagulantes para pacientes com Covid-19.
(E) O uso de antiviral em pacientes com quadro de Covid-19 leve não é recomendado devido à ausência de estudos científicos a respeito. Não há evidências de produzir benefício nem de produzir danos.

59

Sobre a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono, assinale a alternativa correta.

(A) Existe relação direta entre a prevalência de SAHOS e o índice de massa corporal. Além da obesidade, a circunferência cervical maior que 30 cm também tem relação direta com a prevalência da doença.
(B) Fatores de risco incluem retro/micrognatia, macroglossia, hipertrofia adenoamigdaliana, obesidade, obstrução nasal, tabagismo, hipotireoidismo e fatores hereditários. A doença é agravada por medicamentos sedativos e ingesta de álcool.
(C) A polissonografia é o exame complementar que confirma o diagnóstico e avalia objetivamente a gravidade da SAHOS. O critério diagnóstico em pacientes sintomáticos é de quinze ou mais eventos de apneia/hipopneia por hora.
(D) Classifica-se o distúrbio como leve na observação de 15 a 20 eventos/hora; moderado de 21 a 30 eventos/hora e grave se mais de 30 eventos/hora.
(E) Em relação ao tratamento, o paciente deve ser aconselhado a evitar a posição de decúbito lateral ao dormir. Pessoas em uso de próteses dentárias totais devem ser aconselhadas a dormir sem as próteses.

60

Em relação às vacinas pneumocócicas, assinale a alternativa correta.

(A) Existem duas vacinas seguras e eficazes para proteger adultos da doença pneumocócica: a VPP23 e a VPC13. A vacinação é eficaz na prevenção das formas invasivas da infecção pneumocócica e há evidências de proteção também para a pneumonia adquirida na comunidade.
(B) Embora persistam algumas controvérsias, a VPP23 fornece proteção para a infecção pneumocócica invasiva de 30% em adultos, e sua indicação se mantém para pessoas com alguma condição de risco para a infecção.
(C) Recomenda-se como rotina, para todas as pessoas com mais de 65 anos de idade, independente da situação de saúde, uma dose da VPC13 seguida de uma dose da VPP23 com intervalo de 2 meses.
(D) Para aqueles que antes receberam uma dose de VPP23, é necessário respeitar o intervalo de 30 dias para aplicar a VPC13 e agendar uma segunda dose de VPP23 para cinco anos após a primeira VPP23.
(E) Para grupos de risco, independentemente da idade, recomenda-se o uso sequencial de VPC13 e VPP23 com intervalo de 2 semanas entre elas.

61

Assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O tabagismo sob forma de cigarros tem sido continuadamente identificado como o fator de risco mais importante associado ao surgimento de câncer de pulmão.
(B) Dentre os carcinomas brônquicos o que ocorre com maior frequência é o carcinoma escamoso.
(C) Existem síndromes paraneoplásicas ligadas ao câncer de pulmão, dentre elas podemos destacar a síndrome de Schwatz-Barter; síndrome de Cushing e Síndrome de Trosseau.
(D) A lobectomia é a modalidade terapêutica de escolha para pacientes portadores de carcinoma de células pequenas.
(E) O carcinoma bronquioalveolar pode tanto apresentar-se como pequena lesão nodular periférica como assumir o aspecto de extensas lesões pulmonares, uni ou bilaterais, sob a forma de consolidação alveoloductal, podendo ser confundido com pneumonia.

62

A asma é uma doença crônica que acomete tanto crianças quanto adultos. Ela é caracterizada clinicamente por episódios de tosse e dispneia, principalmente noturna. Em relação à asma, assinale a alternativa correta.

(A) O raio-x de tórax não é útil no estadiamento e nas avaliações de conduta na asma.
(B) O tratamento da asma é puramente medicamentoso.
(C) Os broncodilatadores inalatórios são o tratamento de manutenção de primeira linha para a asma.
(D) O uso isolado de beta agonistas de longa duração tem uma resposta boa durante o tratamento de manutenção.
(E) A aminofilina intravenosa pode ser usa para reverter uma crise de asma.

63

F.J.S., 35 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro com queixa de dispneia súbita e dor em hemitórax à direita. Nega comorbidades. Refere artroplastia de tornozelo direito há 10 dias. Sinais vitais PA: 140/90mmHg; FC: 108; FR: 24; SPO2: 98%; T: 36,3°C. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, corada, hidratada, comunicativa. Sem sinais de turgência jugular; ac: bcrnf 2t sem sopro audível; ap: mv+, bilateralmente, diminuído em base direita. Abd: globoso, rha+, timpânico, indolor à palpação sem massas palpáveis. Sinais de empastamento em membro inferior direito. Diante desse quadro clínico, qual é hipótese diagnóstica?

(A) Tamponamento cardíaco.
(B) Insuficiência mitral grave.
(C) Insuficiência aórtica grave.
(D) Tromboembolismo pulmonar.
(E) Dissecção de aorta.

64

H.V.N., 49 anos, masculino, procura UBS por quadro de tosse produtiva com raias de sangue há 2 meses, febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal de 10kgs nos últimos 2 meses. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, hipocorado 2+/4+, desidratado 1+/4+, comunicativo. Ac: bcrnf 2t sem sopro audível; ap: mv+, bilateralmente, diminuídos em terço superior esquerdo, estertores crepitantes em terço superior esquerdo. Abd: globoso, rha+, timpânico, indolor à palpação sem massas palpáveis. Foram realizados exames complementares: HB:9,7, HT:29,9, LEUCO:5000, BAST:0%, SEG:60% e PCR:17. Rx de tórax: presença de pequenos nódulos periféricos em ápice esquerdo. Diante do quadro clínico, qual é a hipótese diagnóstica e qual exame é considerado padrão-ouro pela OMS para a confirmação diagnóstica?

(A) Tuberculose pulmonar, teste rápido molecular.
(B) Covid, RT-PCR sar-cov-2.
(C) Tuberculose pulmonar, cultura para micobactérias em material pulmonar.
(D) Covid, tomografia de tórax.
(E) Tuberculose pulmonar, baciloscopia 2-3 amostras.

65

C.C.F., 23 anos, feminina, procura ajuda em pronto-socorro por dispneia e tosse seca após correr por 1 hora. É previamente sedentária. Nega comorbidades e alergias medicamentosas. Ao exame físico: SPO2: 89%, FR:27, FC:112, PA:140/90MMHG, T:36,5°C, REG, corada, hidratada, comunicativa, orientada. AC: BCRNF 2T sem sopro audível. AP: mv+, bilateralmente, sibilos difusos, frêmito toracovocal diminuído. Foram realizados os seguintes exames: leuco: 5.200; bastonetes 0%; segmentados 50%; eosinófilos 6%; PCR: 12; desidrogenase láctica 270. Quais são a hipótese diagnóstica e a conduta pertinente para o tratamento desse caso clínico?

(A) Pneumonia bacteriana – oxigênio, iniciar antimicrobiano de amplo espectro e glicocorticoides.
(B) Tuberculose – oxigênio e glicocorticoides.
(C) Pneumonia bacteriana – iniciar corticosteroides.
(D) Asma – oxigenoterapia, glicocorticoides, beta-2 agonista de longa duração e anticolinérgico.
(E) Asma – oxigênio, beta-2 agonista de curta duração, anticolinérgico e glicocorticoide.

66

J.P.C, 31 anos, masculino, realiza consulta ambulatorial com pneumologista, pois tem grande desejo de parar de fumar. Refere que é tabagista há 15 anos, cerca de 2 maços/dia. Não apresenta comorbidades. Foi realizado teste de Fargerström igual a 7. Levando em consideração o tratamento do tabagismo, qual é a melhor abordagem para esse paciente?

(A) Terapia cognitivo-comportamental reforçada com psiquiatra, associada à bupropiona.
(B) Terapia cognitivo-comportamental individualizada, associada à terapia de reposição de nicotina e/ou vareniclina.
(C) Terapia cognitivo-comportamental individualizada, associada à amitriptilina e à terapia de reposição de nicotina.
(D) Bupropiona associada à vareniclina.
(E) Terapia cognitivo-comportamental reforçada com psiquiatra associada à terapia de reposição de nicotina.

67

J.M.F, 90 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro por tosse produtiva e confusão mental há 2 dias. Faz tratamento para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Sinais vitais TAC: 38,5°C; spo2:90%; FR:16; FC:112; PA:80/60mmhg. Ao exame físico, apresenta-se em mau estado geral, hipocorada 1+/4+, desidratada 2+/4+, comunicativa, com confusão mental e sonolência. AC: bcrnf 2t sem sopro audível; AP: mv+, bilateralmente, estertores crepitantes em base esquerda, frêmito toracovocal aumentado em base esquerda, macicez a percussão em base esquerda. Aos exames, apresenta leuco: 17.980; bastonetes:10%; segmentados 63%; proteína C reativa 40; ureia 55; dímero-D:150. Diante desse quadro clínico, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Monitorização, oxigenoterapia, hidratação, hemocultura, antibiótico de amplo espectro, solicitar vaga em unidade de terapia intensiva.
(B) Hidratação, oxigenoterapia, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em unidade de terapia intensiva.
(C) Monitorização, oxigenoterapia, hidratação, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.
(D) Monitorização, hidratação, oxigenoterapia, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.
(E) Monitorização, hidratação, oxigenoterapia, antibiótico de amplo espectro, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.

68

S.C.R, 33 anos, masculino, tabagista de longa data, deu entrada em pronto-socorro com queixa de leve dispneia há 03 dias. Nega quadros semelhantes prévios. Sinais vitais PA:130/80mmhg; TAX: 36,5°C; Spo2:95%; FC:80; FR:14. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, comunicativo, corado, hidratado. AC: bcrnf 2t sem sopro audível, AP: mv+, bilateralmente, diminuído em terço médio à esquerda. Foi realizado raio-X de tórax evidenciando pneumotórax em hemitórax à esquerda, distância de 0,3 cm entre a pleura visceral e a parede torácica lateral na altura do hilo pulmonar. Qual é a melhora conduta para esse paciente?

(A) Tratamento conservador.
(B) Aspiração por agulha.
(C) Drenagem pleural fechada.
(D) Pleurodese química.
(E) Tratamento cirúrgico.

69

D.D.P., 57 anos, feminina, está internada em unidade de terapia intensiva por quadro de pneumonia aspirativa há 3 dias. A paciente está acamada há 5 anos, após acidente cerebral vascular isquêmico. Evoluiu com dispneia e tosse produtiva há 1 dia. Sinais vitais: TAX:38,5°C; SpO2: 88%; FC: 114; FR:18; PA:100/70mmHg. Ao exame físico, mau estado geral, hipocorada 1+/4+, hidratada, comunicativa. AC: bcrnf 2t sem sopro audível, AP: MV+, bilateralmente, diminuído em base esquerda, estertores crepitantes em terço médio esquerdo. Foram realizados os seguintes exames: raio-X de tórax: presença de derrame pleural volumoso em base esquerda e parte inferior de terço médio esquerdo, consolidação em terço médio à esquerda; toracocentese diagnóstica: líquido esverdeado, ph:6,7; gli:40; ldh:1300; presença de *S. aureus*. Quais são o diagnóstico e a conduta mais condizentes com o caso?

(A) Transudato, broncoscopia.
(B) Empiema, drenagem pleural fechada.
(C) Quilotórax, pleurodese.
(D) Hemotórax, lobectomia.
(E) Pneumotórax, conduta expectante.

70

P.D.P., 19 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro por dor em ápice de hemitórax à direita, associada a desconforto respiratório súbito. Histórico de tabagismo e uso de anticoncepcional hormonal oral. Sinais vitais: TAX: 36,5°, FR: 20irpm, FC:120bpm, Spo2: 89%. Ao exame físico, regular estado geral, corada, hidratada, comunicativa. Ausculta cardíaca: bulhas cardíacas rítmicas normofonéticas em 2 tempos sem sopros audíveis; ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente abolido em ápice direito. Diante desse quadro clínico, quais são a hipótese diagnóstica e a melhor conduta?

(A) Insuficiência aórtica grave, tratamento cirúrgico de emergência.
(B) Dissecção de aorta, toracotomia de emergência.
(C) Insuficiência mitral grave, administração de diuréticos.
(D) Tromboembolismo, anticoagulação plena.
(E) Tamponamento cardíaco, pericardiocentese.

71

E.R.S., feminina, 97 anos, em tratamento para câncer de pulmão de pequenas células, com metástase em fígado, fêmur e crânio. Dá entrada em pronto-socorro com insuficiência respiratória grave, cianose de extremidades e febre. Sinais vitais TAX:38,5°C, Spo2: 79%, FR: 32, FC: 130; PA: 110/80 mmhg. AC: bcrnf 2t sem sopros audíveis. AP: mv+ bilateralmente, estertores creptantes em base direita. O médico plantonista inicia oxigenoterapia com máscara de alto fluxo e a paciente apresenta compensação respiratória. Spo2: 95% após início de máscara de alto fluxo. Qual é a melhor conduta nesse caso?

(A) Alta com oxigênio domiciliar.
(B) Iniciar antibiótico de amplo espectro e hidratação, além de solicitar exames para investigação clínica.
(C) Conversar com paciente e familiares para iniciar tratamento paliativo. Não solicitar exames, pois traria malefício para a paciente.
(D) Solicitar exames para elucidação clínica, conversar com familiares e paciente orientando sobre a gravidade do quadro clínico, para traçar um melhor tratamento, com o objetivo de causar o bem, sem causar o mal para a paciente.
(E) Solicitar exames, intubação orotraqueal, antibiótico de amplo espectro e solicitar vaga de UTI.

72

N.M.G, 23 anos, feminina, procura pneumologista ambulatorial, pois tem desejo de parar de fumar. Refere que precisa de uma prescrição de sedativos para a cessação do tabagismo, que é a única forma de conter sua ansiedade. Qual é a melhor conduta nesse caso?

(A) Prescrever os sedativos, pois devemos respeitar, antes de qualquer objetivo, a autonomia da paciente.
(B) Não prescrever os sedativos e encaminhar a paciente ao psiquiatra.
(C) Criar vínculo com a paciente, orientá-la e traçar plano terapêutico individual que melhor a atenda, respeitando os quatro princípios da bioética.
(D) Prescrever sedativo e associar a vareniclina.
(E) Não prescrever os sedativos, solicitar internação em centro de desintoxicação.

73

São achados radiológicos de doença pulmonar obstrutiva crônica grave, EXCETO

(A) espaço claro retroesternal aumentado.
(B) pulmões hiperinsuflados.
(C) retificação do diafragma.
(D) regiões de hipertransparência.
(E) opacidades em favo de mel.

74

A tosse está entre as principais causas de procura de atendimento médico. Está presente em quadros infecciosos, alérgicos, obstrutivos e outros. Em relação à tosse, assinale a alternativa correta.

(A) A DRGE não é uma causa comum de tosse crônica.
(B) A asma é a causa mais frequente de tosse pós-infecciosa.
(C) A tosse que persiste por até de 9 semanas é definida como tosse aguda.
(D) O uso de iECA é uma causa comum de tosse crônica.
(E) A Pertussis não é uma causa comum de tosse aguda.

75

Em relação às pneumonias adquiridas na comunidade, assinale a alternativa correta.

(A) A bactéria H. influenza é o agente mais frequente.
(B) A hipotensão arterial, relação Pa02/FiO2 <250; PA sistólica <90mmHg não são indicadores de gravidade.
(C) A pneumonia causada por anaeróbios pode estar relacionada com infecções da cavidade oral.
(D) Comorbidades como neoplasias, insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca não são levadas em consideração para a estratificação de gravidade.
(E) A *Legionella sp* e a *Chlamydia sp* não causam pneumonia.

76

Em relação à fisiologia pulmonar, assinale a alternativa correta.

(A) A capacidade vital é definida pela elasticidade pulmonar. Na capacidade vital, as fibras musculares inspiratórias apresentam encurtamento máximo.
(B) A capacidade inspiratória é o volume de ar presente nos pulmões, após uma expiração forçada e completa.
(C) A capacidade pulmonar total é a soma da capacidade vital e do volume residual.
(D) O volume residual é o ar presente nos pulmões após uma inspiração forçada e completa.
(E) As duas variáveis mais importantes para as definições dos volumes pulmonares são a capacidade vital e o volume residual.

77

Em relação à fibrose cística, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) É uma doença genética de padrão de hereditariedade autossômico recessivo.
(B) É uma doença multissistêmica, além do pulmão pode acometer fígado, e pâncreas.
(C) O teste do suor é considerado padrão ouro para diagnóstico.
(D) O tratamento é multidisciplinar e se baseia em tratar as diversas alterações orgânicas.
(E) A análise das mutações para confirmar o diagnóstico de fibrose cística tem baixa especificidade, porém alta sensibilidade.

78

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica, de causa desconhecida, que acomete principalmente adultos de 20 a 50 anos, numa mesma proporção entre homens e mulheres. Em relação à sarcoidose, assinale a alternativa correta.

(A) A tomografia é exame padrão ouro para o diagnóstico de sarcoidose.
(B) A azitromicina é utilizada com primeira linha para o tratamento farmacológico.
(C) O tipo radiológico IV corresponde à fase fibrótica em que a doença está curada e inativa.
(D) Tem alta taxa de mortalidade.
(E) A biópsia não é importante para auxílio do diagnóstico.

79

O tabagismo é uma doença crônica que acomete cerca de um terço da população mundial com mais de 15 anos. No Brasil aproximadamente 200.000 pessoas morrem por doenças relacionadas ao fumo. Em relação ao tabagismo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O tabagismo predispõe ao câncer de endométrio.
(B) A mudança comportamental é uma das estratégias para conseguir cessar com o tabagismo.
(C) A terapia de reposição de nicotina é indicada quando o paciente tem alta dependência de nicotina.
(D) A vareniclina é um agonista parcial do receptor nicotínico. Ela ajuda a diminuir a fissura pela droga por meio da estimulação dopaminérgica.
(E) O tratamento em grupo é uma das estratégias para o tratamento.

80

A doença pulmonar obstrutiva crônica é uma resposta inflamatória anormal do pulmão. É caracterizada por limitação progressiva do fluxo aéreo. Em relação à doença pulmonar obstrutiva crônica, assinale a alternativa correta.

(A) Fumantes asmáticos não apresentam maior risco de DPOC do que asmáticos não fumantes.
(B) A exposição ocupacional a químicos irritantes, vapores, cachimbo, charutos, poluição é considerada fator de risco.
(C) É considerada uma doença prevenível, já que fatores genéticos não são considerados fatores de risco.
(D) Para realizar o diagnóstico é necessária a realização de biópsia pulmonar.
(E) A condensação é o achado mais comum no raio-x de tórax.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

T3191027N

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA
EDITAL Nº 1/2021 - RESIDÊNCIA MÉDICA REDE EBSERH 2021/2022

PRM - ÁREA DE ATUAÇÃO - ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

NOME DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

Nível
SUPERIOR

PROVA
03

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

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

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

Sobre o material recebido pelo candidato

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

Sobre o material a ser devolvido pelo candidato

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

Sobre a duração do exame e a permanência na sala

- ✓ O prazo de realização do exame é de 4 horas, incluindo a marcação da Folha de Respostas.
- ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início do exame, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar o Caderno de Questões e nenhum tipo de anotação de suas respostas.
- ✓ O candidato poderá levar consigo o Caderno de Questões somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização do exame estabelecido em edital.
- ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno.

Sobre a divulgação dos Cadernos de Questões e dos Gabaritos

- ✓ Os Cadernos de Questões e os Gabaritos Preliminares estarão disponíveis no site do **Enare** no endereço eletrônico **https://enare.ebserh.gov.br,** conforme previsto em Edital.

Cirurgia Torácica

Paciente, sexo feminino, 33 anos, policial militar, relata surgimento de abaulamento na parede torácica anteroinferior direita há 6 meses, pouco tempo após o parto da segunda filha. Queixa-se deconforto local leve, sem sintomas respiratórios. Relata queda de moto há 4 anos com trauma torácico contuso no local, sem necessidade de procedimentos invasivos e com melhora completa após analgesia e repouso. Ao exame, nota-se deformidade leve com abaulamento na região do rebordo costal direito, abaixo do sulco mamário, imóvel, levemente doloroso à palpação, com pele local normal. Não há outros problemas prévios, nem sinais relevantes ao exame clínico.

O caso clínico apresentado refere-se às próximas três questões.

1

A respeito da propedêutica de imagem em lesões da parede torácica, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O PET/CT pode ser utilizado com finalidade diagnóstica e para estadiamento de tumores da parede torácica.
(B) O rx de tórax é utilizado para avaliação inicial, permitindo avaliação das estruturas ósseas e cavidade pleural.
(C) A tomografia computadorizada fornece detalhes da lesão, permitindo diferenciar áreas císticas sólidas, detectar os limites e a exata localização.
(D) A ressonância magnética é usada principalmente para avaliar invasão de estruturas adjacentes, principalmente partes moles e canal vertebral.
(E) A cintilografia óssea pode auxiliar na investigação de todo o esqueleto em busca de lesões extratorácicas.

2

Sobre a indicação de biopsia em lesões de parede torácica, assinale a alternativa correta.

(A) As lesões de parede devem ser biopsiadas antes de programar tratamento definitivo.
(B) Na maior parte dos casos, o exame clínico e a propedêutica de imagem são suficientes para fechar o diagnóstico e programar o melhor tratamento.
(C) Quando indicada, a biopsia deve ser realizada no ponto de menor distância entre a pele adjacente e a lesão.
(D) Tumores próximos a estruturas nobres devem ser prontamente ressecados visando impedir a rápida disseminação de potencial doença neoplásica.
(E) Tumores menores que permitam ressecção completa sem necessidade de reconstrução com prótese ou grandes retalhos musculares devem ser submetidos à biopsia excisional.

3

Em relação às técnicas de reconstrução da parede torácica, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A reconstrução deve ser feita nos casos em que forem ressecadas mais de 4 costelas ou um defeito maior que 5 cm na parede torácica.
(B) Um dos princípios da reconstrução é favorecer o uso de tecidos autólogos em relação às próteses sintéticas.
(C) Tumores envolvendo os 3 primeiros ou os últimos arcos geralmente não necessitam de reconstrução.
(D) O tipo histológico pode favorecer a indicação de determinados materiais, como o titânio, na reconstrução da parede torácica.
(E) Lesões posteriores e craniais podem ser ressecadas e a escápula utilizada para estabilizar a parede torácica sem necessidade de próteses.

4

Paciente, 40 anos, masculino, é encaminhado para o serviço de cirurgia torácica para avaliação de sudorese craniofacial de início recente. Ao exame físico, notam-se obesidade grau I e sudorese leve facial acompanhada de rubor, mais intensa no lado esquerdo. Na história pregressa, foi submetido à parotidectomia total esquerda para tratamento de adenoma pleomórfico há 3 anos, sem intercorrências. Queixa-se de maior intensidade dos sintomas no início da tarde e à noite, e piora nos fins de semana, sobretudo em eventos sociais familiares (participa quase semanalmente de churrasco na casa dos pais). São sinais de hiperidrose secundária nesse caso, EXCETO

(A) início recente dos sintomas.
(B) obesidade.
(C) presença de rubor facial associado.
(D) idade do paciente.
(E) cirurgia crânio facial prévia.

5

Ainda em relação ao paciente da questão anterior, assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico e sua fisiopatologia.

(A) Síndrome de Frey (síndrome auriculotemporal); migração de fibras parassimpáticas lesadas para fibras pós-ganglionares simpáticas das glândulas sudoríparas e vasos sanguíneos na região pré-auricular.
(B) Síndrome de Eaton Lambert; lesão direta das fibras pós-ganglionares parassimpáticas da região auriculotemporal durante a parotidectomia.
(C) Síndrome de Landry; lesão das fibras pós-ganglionares parassimpáticas pela extrusão de secreção da parótida durante a parotidectomia.
(D) Sudorese gustatória; reinervação das glândulas sudoríparas da pele da região auriculotemporal após parotidectomia com descontrole do mecanismo de feedback termorregulatório.
(E) Síndrome de Pancoast, invasão tumoral dos ramos craniais do tronco simpático e plexo braquial decorrente de metástase do tumor de parótida.

Paciente de 84 anos, masculino, ex-tabagista (fumou dois maços de cigarro por dia dos 18 aos 70 anos), independente, está internado devido à dispneia grau III, chieira e tosse persistente seca. A tc de tórax mostra nódulo sólido irregular medindo 1,8 cm de diâmetro no segmento lingular superior, a 1,4 cm da parede torácica. Dados da história clínica mostram irmão falecido há 3 anos por neoplasia pulmonar, hipertensão arterial sistêmica controlada, dislipidemia e uso de broncodilatador de longa duração.

Tem duas tomografias, que não mostravam alterações, feitas há um e três anos respectivamente, em um programa de rastreamento de câncer pulmonar. Com base nesse caso clínico, responda às próximas quatro questões.

6

Você foi chamado pelo clínico assistente para avaliar a realização de uma broncoscopia com biópsia transbrônquica para propedêutica no caso em questão. Assinale a alternativa correta sobre a melhor conduta a ser tomada.

(A) A broncoscopia não é o melhor exame para o caso. Deve ser realizada baciloscopia no escarro.
(B) A broncoscopia está bem indicada e tem alto rendimento para o caso em questão.
(C) A broncoscopia está bem indicada no caso e deve ser complementada com baciloscopia no escarro para melhorar a acurácia diagnóstica.
(D) A broncoscopia não é o melhor exame devido ao tamanho e à localização periférica da lesão.
(E) A broncoscopia não tem indicação na propedêutica de nódulos pulmonares.

7

Nesse caso clínico, são fatores citados que direcionam para suspeita de neoplasia pulmonar, EXCETO

(A) idade do paciente.
(B) carga tabágica do paciente.
(C) localização periférica do nódulo.
(D) história familiar do paciente.
(E) densidade e forma do nódulo.

8

Quanto ao rastreamento de câncer de pulmão, com base no caso relatado, assinale a alternativa correta.

(A) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da sua idade.
(B) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da carga tabágica.
(C) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa do tempo de cessação do tabagismo.
(D) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da presença do nódulo.
(E) O paciente foi adequadamente colocado no programa e deve permanecer após o tratamento do nódulo.

9

São procedimentos/exames indispensáveis à condução do caso clínico apresentado:

(A) PET-CT e cintilografia pulmonar.
(B) espirometria e PET-CT.
(C) EBUS e biópsia líquida.
(D) PPD e espirometria.
(E) PET-CT e mediastinoscopia.

10

A broncoscopia é um recurso versátil na propedêutica em medicina respiratória. Dentre os procedimentos listados a seguir, quais NÃO podem ser feitos por broncoscopia?

(A) Biopsia de massas pulmonares periféricas; retirada de corpo estranho; intubação traqueal.
(B) Punção de linfonodos mediastinais paraesofágicos; dilatação de estenose traqueal; debridamento de papilomas traqueais.
(C) Criobiopsia pulmonar; colocação de válvulas para tratamento de enfisema; inserção de bloqueador brônquico.
(D) Lavado broncoalveolar; biópsia transbrônquica; escovado brônquico.
(E) Punção de linfonodos subcarinais; colocação de prótese traqueal; traqueostomia percutânea.

Paciente, 56 anos, tabagista ativo, teve câncer de próstata operado há 6 anos sem intercorrências. Apresenta dois nódulos pulmonares, um no lobo superior direito, medindo 2,2 cm de diâmetro médio, e outro no lobo superior esquerdo, medindo 1,9 cm de diâmetro médio. Ambos são irregulares com densidade sólida. O PET-CT mostra captação nas duas lesões, no LSD com suv 7,6 e no LSE suv de 4,8. Com base nesses dados, responda às próximas três questões.

11

Qual é o melhor método para diagnóstico nesse caso?

(A) Biópsia percutânea orientada por TC.
(B) Broncoscopia flexível com biópsia transbrônquica.
(C) Biopsia líquida.
(D) Apenas o PET-CT já fecha diagnóstico de doença neoplásica, uma vez que o suv é menor que 10.
(E) Ultrassom endobrônquico.

12

Confirmado o diagnóstico de neoplasia maligna nas duas lesões, qual é a melhor conduta?

(A) Encaminhar para quimioterapia por se tratar de doença avançada (estágio IV).
(B) Radioterapia estereotáxica nas lesões.
(C) Diagnóstico molecular de cada lesão para definir se são tumores sincrônicos ou doença metastática.
(D) Ressecção sublobar bilateral para poupar função pulmonar.
(E) Lobectomia pulmonar bilateral para ressecção completa das lesões.

13

Sobre a indicação de estadiamento mediastinal no caso, assinale a alternativa correta.

(A) Não está indicado se forem tumores sincrônicos, uma vez que ambos são menores que 3 cm.
(B) Não está indicado se forem tumores metastáticos, uma vez que o tratamento deve ser paliativo.
(C) Deve ser feito nesse caso, uma vez que, independentemente da origem dos tumores, há possibilidade de tratamento operatório e o status mediastinal pode ser definidor.
(D) Deve ser feito sempre em casos de múltiplas lesões pulmonares.
(E) Não deve ser feito se, apesar de linfonodos aumentados no mediastino, o PET-CT for negativo.

14

São características comuns aos pacientes com pneumotórax espontâneo primário:

(A) jovem, masculino, longilíneo, hígido.
(B) jovem, feminino, normolíneo, asmático.
(C) idoso, masculino, normolíneo, com DPOC.
(D) idoso, masculino, longilíneo, tabagista.
(E) jovem, feminino, longilíneo, hígido.

15

São critérios de inclusão no programa de rastreamento de câncer pulmonar:

(A) idade e exposição ocupacional.
(B) carga tabágica e história familiar.
(C) neoplasia prévia e DPOC.
(D) idade e história familiar.
(E) carga tabágica e idade.

16

Paciente, 58 anos, previamente hígido, maratonista, apresentando queda de rendimento progressivo na corrida nos últimos 2 meses, está agora com dispneia aos pequenos esforços e dor torácica atípica à direita nas últimas 3 semanas. Tomografia de tórax mostra derrame pleural à direita, acometendo metade do hemitórax, com espessamento difuso da pleura parietal. Foi submetido à punção e à biópsia percutânea de pleura com agulha, que revelou adenocarcinoma. Sobre a conduta a ser tomada, assinale a alternativa correta.

(A) Como se trata de paciente com bom performance status, deve ser submetido à pleuroscopia para pleurodese paliativa e emcaminhado para tratamento quimioterápico.
(B) Deve ser realizado PET-CT para completar o estadiamento antes de iniciar tratamento paliativo.
(C) Deve ser feito estudo imuno-histoquímico para definir sítio primário da lesão antes de indicar qualquer modalidade terapêutica.
(D) O paciente em questão tem tumor pulmonar avançado e deve ser submetido a estadiamento mediastinal invasivo.
(E) Por se tratar de paciente oligossintomático, deve-se apenas acompanhar o quadro inicialmente, sem indicar nenhuma modalidade terapêutica nesse momento.

17

Paciente do sexo feminino, 61 anos, hipertensa e dislipidêmica, apresenta dispneia progressiva nos últimos 2 meses e dor torácica atípica à direita nas últimas 3 semanas. A tomografia de tórax mostra derrame pleural à direita, acomentendo metade do hemitórax, com espessamento difuso da pleura parietal e adenomegalia mediastinal paratraqueal baixa à direita. Foi submetida à pleuroscopia que revelou mesotelioma epitelioide, com acometimento do linfonodo paratraqueal. Foi submetida à PET-CT que mostrou captação somente na pleura do hemitórax direito. Sobre a conduta a ser tomada, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Trata-se de doença localmente avançada e o paciente pode ser encaminhado para quimioterapia neoadjuvante e avaliar posterior ressecção.
(B) A quimioterapia intraoperatória pode ser usada no tratamento adjuvante.
(C) Trata-se de doença avançada e não há indicação de tratamento operatório para esse caso.
(D) A ressecção de todo o tumor macroscópico é a base do tratamento cirúrgico do mesotelioma pleural.
(E) Não há indicação de radioterapia neoadjuvante para tratamento de mesotelioma pleural.

18

Em relação ao tratamento da hiperidrose, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).

I. A simpatectomia no nível de R2 tem resultados expressivos para hiperidrose palmar, porém associados à maior incidência de sudorese compensatória.
II. Os níveis R3 ou R4 são os mais recomendados para simpatectomia no tratamento da hiperidrose primária palmar.
III. A ablação da cadeia simpática com clipagem favorece a possibilidade de reversão do procedimento na grande maioria dos pacientes.

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

19

Sobre as patologias diafragmáticas, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A eventração diafragmática é caracterizada por uma diminuição das fibras musculares em todas as porções do músculo.
(B) Na paralisia frênica, ocorre atrofia muscular das fibras presentes no músculo.
(C) A eventração é mais comum em homens e do lado esquerdo, sendo usualmente um diagnóstico por exclusão.
(D) A paralisia frênica pode ocorrer após cirurgias cardíacas ou por tumores que acometam o nervo frênico.
(E) As patologias frênicas são mais sintomáticas em neonatos, uma vez que a musculatura respiratória acessória ainda é pouco desenvolvida.

20

Considerando as modalidades de controle da dor no pós-operatório de cirurgias torácicas, sobre Bloqueio Peridural (BPD), Bloqueio Paravertebral (BPV), Bloqueio Paraespinhal (ESP) e Bloqueio Intercostal (BIC), analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).

I. O ESP tem eficácia analgésica semelhante ao BPD e menor risco de complicações.
II. BPD e BPV são os métodos mais eficazes de controle de dor pós-operatória no paciente submetido à toracotomia.
III. O BIC deve ser reservado para pacientes anticoagulados, fator que contraindica outras modalidades de analgesia.

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

21

Em relação às bases do manejo dos tumores mediastinais, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Timomas e linfomas são comuns no mediastino anterior; tumores neurogênicos são exclusivos do compartimento posterior.
(B) A ressecção cirúrgica de cistos benignos deve ser reservada para os broncogênicos e esofágicos; cistos pericárdicos podem ser manejados de maneira não operatória.
(C) Raramente observam-se aderências e processo inflamatório intenso na ressecção de cistos broncogênicos.
(D) Complicações possíveis da ressecção de tumores mediastinais são paralisia frênica, quilotórax e fístula esofágica.
(E) A tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm papel crucial na avaliação e no planejamento do tratamento dos tumores mediastinais.

22

Paciente masculino, 22 anos, relata desconforto torácico há 4 semanas com dispneia aos médios esforços. Tomografia de tórax mostrando volumosa massa no mediastino anterior, irregular, sem plano de clivagem nítido com os vasos da base. Nos exames laboratoriais, notam-se alfafetoproteína muito elevada e beta HCG moderadamente elevado, com anemia discreta. Assinale a alternativa correta sobre a análise do caso e a melhor conduta a ser empregada.

(A) O diagnóstico provável é de linfoma não HODGKIN. Deve ser feita biopsia da lesão para confirmação e PET-CT para concluir o estadiamento. Não há indicação de tratamento cirúrgico.
(B) O diagnóstico provável é de teratoma maduro. Deve ser solicitada ressonância magnética para definir melhor o plano de clivagem da lesão com vasos da base e programar tratamento operatório.
(C) O diagnóstico provável é de timoma localmente avançado. Deve ser feita avaliação neuromuscular para excluir miastenia gravis. O paciente deve fazer tratamento neoadjuvante com quimioterapia, seguido de ressecção cirúrgica.
(D) O diagnóstico provável é de seminoma. O paciente deve ser submetido à biopsia aspirativa guiada por tomografia para confirmar o diagnóstico e ser encaminhado para tratamento sistêmico.
(E) O diagnóstico provável é de tumor não seminomatoso. Deve ser encaminhado para tratamento sistêmico e avaliar ressecção cirúrgica se houver lesão residual após o tratamento.

23

Sobre os cistos broncogênicos, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) São formados a partir de erros de brotamento da árvore brônquica, frequentemente com abertura de drenagem visível à broncoscopia.
(B) São as lesões císticas mais comuns do mediastino médio.
(C) Podem causar compressão e erosão de estruturas adjacentes e eventuamente podem infectar.
(D) Devem ser sempre ressecados pelo risco de infecção e complicações locais.
(E) A localização mais frequente está relacionada à carina principal.

24

São fatores prognósticos de sobrevida e recorrência nos timomas:

(A) estadiamento (Massaoka) e idade.
(B) estadiamento (Massaoka) e ressecção completa.
(C) miastenia gravis e idade.
(D) ressecção completa e miastenia.
(E) tamanho do tumor e idade.

25

Paciente, 30 anos, sexo masculino, policial militar operacional do batalhão de operações especiais, queixa-se dor súbita no hemitórax direito há 3 dias, acompanhada de tosse seca persistente e sensação de pressão no peito no mesmo lado da dor. Foi atendido no pronto-socorro e a radiografia de tórax mostrou pneumotórax moderado à direita, com pequeno derrame pleural. O caso foi apresentado na reunião clínica e os residentes deram as seguintes opiniões:

R1: Esse paciente deve ser imediatamente submetido à drenagem pleural do pneumotórax para alívio dos sintomas. Não há indicação de tratamento cirúrgico nesse momento, por se tratar do primeiro episódio de pneumotórax espontâneo.

R2: O paciente deve ser submetido à drenagem pleural imediata e ser avaliado de acordo com a evolução do quadro. Se apresentar escape aéreo prolongado, deve ser submetido a tratamento cirúrgico.

R3: o paciente deve ser submetido à tomografia de tórax para avaliar presença de bolhas pulmonares e a seguir encaminhado para tratamento cirúrgico imediato.

Qual(is) residente(s) apresentou(aram) uma conduta equivocada de acordo com as bases do tratamento do pneumotórax espontâneo?

(A) Apenas R1.
(B) Apenas R1 e R3.
(C) Apenas R2 e R3.
(D) Apenas R1 e R2.
(E) R1, R2 e R3.

26

São indicações de traqueostomia, EXCETO

(A) obstrução de via aérea.
(B) necessidade de ventilação mecânica de longo prazo.
(C) falha no desmame da ventilação mecânica.
(D) via aérea difícil identificada no pré-operatório de grandes cirurgias.
(E) toalete brônquica.

27

Dissertando a respeito da traqueostomia em uma aula de técnica operatória, o professor enfatizou a necessidade de se realizar a abertura traqueal na altura dos primeiros 3 anéis traqueais. Assinale a alternativa que apresenta a justificativa para a ênfase que o professor deu a essa recomendação.

(A) É a região onde há menor vascularização cervical, portanto menos propensa a complicações vasculares.
(B) Traqueostomias muito próximas às pregas vocais podem provocar estenose subglótica, lesão de maior dificuldade no tratamento; traqueostomias mais caudais ficam próximas ao tronco arterial braquicefálico e podem formar fístula traqueoarterial.
(C) É o ponto de maior superficialidade da traqueia, sendo mais fácil o acesso cirúrgico.
(D) A vascularização traqueal, nesse ponto, é mais rica, favorecendo cicatrização adequada e menor chance de estenose após decanulação.
(E) A cartilagem traqueal no início da estrutura é mais maleável e facilita a abertura e a confecção da traqueostomia.

28

Paciente de 58 anos, índice performance status ECOG 0, ex-tabagista 50 anos/maço, tem passado de carcinoma escamocelular de laringe T1N0M0 há 8 anos, tratado adequadamente na época. A tomografia computadorizada de tórax revela nódulo pulmonar sólido de 0,9 cm no segmento lateral do lobo médio, sem adenomegalias mediastinais ou outros achados relevantes. Foi submetido à segmentectomia pulmonar não anatômica para diagnóstico, que revelou carcinoma de pequenas células, confirmado por imuno-histoquímica. Sobre a melhor conduta nesse momento, assinale a alternativa correta.

(A) Deve ser encaminhado para radioterapia e quimioterapia para completar o tratamento.
(B) Deve ser acompanhado com tomografia de tórax e abdome a cada 3 meses para controle.
(C) Deve ser submetido a estadiamento invasivo do mediastino antes de indicar tratamento cirúrgico.
(D) Deve ser submetido a lobectomia média para completar a ressecção e posteriormente, tratado com quimioterapia adjuvante.
(E) Deve ser submetido à 3 ciclos de quimioterapia neoadjuvante baseada em platina e encaminhado à ressecção cirúrgica.

29

Paciente do sexo masculino, 63 anos, tabagista 15 anos/maço, nódulo pulmonar periférico, espiculado, escavado, de 1,8 cm no segmento lateral do lobo médio. Foi submetido a PET-CT que mostrou captação anômala no nódulo e em linfonodo hilar direito, SUV de 7 e 6,4, respectivamente. Sobre os métodos de diagnóstico para a lesão descrita, assinale a alternativa correta.

(A) A broncoscopia flexível com biopsia transbrônquica apresenta rendimento satisfatório para o diagnóstico.
(B) O fato de ser lesão escavada é altamente sugestiva de doença granulomatosa, podendo ser iniciado tratamento específico com os dados apresentados.
(C) A biopsia percutânea orientada por tomografia computadorizada tem rendimento superior à broncoscopia no diagnóstico de lesões pulmonares periféricas.
(D) A ultrassonografia endoscópica não serve como método auxiliar no diagnóstico para esse caso.
(E) A citologia de escarro tem eficácia equivalente à broncoscopia nesse contexto.

30

Ainda com relação ao caso da questão anterior, durante reunião multidisciplinar, as seguintes afirmações foram feitas:

I. Caso o diagnóstico de câncer de pulmão seja confirmado o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico com lobectomia pulmonar.
II. O diagnóstico clínico mais provável é de câncer pulmonar, com estadiamento cT1bN1M0.
III. O estadiamento mediastinal invasivo é mandatório para o caso em questão.
IV. Não há necessidade de provas de função pulmonar, uma vez que o lobo médio tem pouca representatividade na fisiologia respiratória.

Com base nas informações desse caso, são corretas apenas as afirmações:

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

31

Paciente, 72 anos, ex-tabagista 34 anos/maço, que parou há 10 anos, apresenta nódulo pulmonar de 2,1 cm no ápice esquerdo, descoberto durante internação devido à isquemia cardíaca aguda. Foi submetido à biopsia percutânea orientada por tomografia que revelou adenocarcinoma pulmonar. O PET-CT apresentou captação na lesão pulmonar e, em linfonodo hilar, com SUV semelhantes. Após videomediastinoscopia, encontrou-se foco de micrometástase de 0,5 mm em linfonodo da cadeia paratraqueal baixa esquerda. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o caso descrito.

(A) O foco de 0,5 mm deve ser considerado com foco isolado por causa do tamanho e não deve ser considerado no estadiamento. Assim, o estadiamento é T1cN0 e o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico.
(B) Trata-se de estadiamento N2 de cadeia única e o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico, uma vez que o prognóstico. Nesses casos, é melhor.
(C) Trata-se de estadiamento N2 e não há indicação de tratamento cirúrgico. O paciente deve ser encaminhado para tratamento paliativo com quimio e radioterapia.
(D) O paciente deve ser levado para videotoracoscopia e o linfonodo hilar biopsiado. Caso seja negativo, estaremos diante de tumor de prognóstico mais favorável e a ressecção deve ser indicada.
(E) Não há indicação de tratamento operatório, uma vez que o paciente tem cardiopatia isquêmica e a sobrevida, nesses casos, é mais limitada.

32

Em relação aos critérios utilizados para avaliar a ressecção pulmonar nos casos de neoplasia primária, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A ressecção R0 considera o não acometimento microscópico das margens pulmonares e seis cadeias linfonodais livres de neoplasia: 3 mediastinais, sendo uma delas obrigatoriamente a cadeia 7, e 3 hilares ou intrapulmonares.
(B) A ressecção R1 considera o acometimento microscópico das margens pulmonares.
(C) A ressecção R2 considera o acometimento macroscópico das margens pulmonares e/ou a não ressecção de linfonodos positivos durante o procedimento.
(D) A ressecção incerta (R0un) considera margens microscópicas livres, porém com uma quantidade de linfonodos ressecados inferior à recomendada ou acometimento da cadeia mais elevada retirada na ressecção.
(E) A citologia do lavado pleural no transoperatório é recurso auxiliar na definição da qualidade da ressecção.

33

São contraindicações à traqueostomia percutânea, EXCETO

(A) paciente com tireoidite.
(B) limitação importante da extensão cervical.
(C) coagulopatia.
(D) necessidade de parâmetros elevados na ventilação mecânica.
(E) infecção de tecidos moles no pescoço.

34

Paciente feminina, 88 anos, internada devido à descompensação de insuficiência cardíaca, já em uso de medicação adequada. Radiografia de tórax mostra derrame pleural bilateral, pequeno à esquerda e moderado à direita. A paciente encontra-se eupneica em repouso, acinaótica, sem tosse ou dor torácica. Queixa-se sibilância discreta à noite. Preocupados com os achados da radiografia, 3 estudantes do internato de clínica médica procuram o médico responsável para discutir o caso com as seguintes colocações:

I. Gostaria de fazer a drenagem do derrame pleural para aliviar por completo o desconforto respiratório da paciente.
II. Gostaria de realizar pleuroscopia à direita, uma vez que o derrame maior pode ser devido a outro diagnóstico presente.
III. Gostaria de realizar punção pleural à direita para avaliar bioquimicamente o liquido pleural para determinar a necessidade de tratamento mais invasivo.

Considerando o caso apresentado, é/são pertinente(s) a(s) colocação(ões):

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

35

Sobre as causas de quilotórax, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A principal causa está relacionada às neoplasias do sistema linfático.
(B) Dentre as causas iatrogênicas as mais comuns estão relacionadas às cirurgias esofágicas.
(C) Em recém-nascidos, o quilotórax está mais relacionado a complicações pós- operatórias do que a tocotraumatismos.
(D) O quilotórax pode ser espontâneo, com ruptura do ducto após acessos de tosse ou vômitos após refeições.
(E) Doenças infecciosas podem cursar com linfonodomegalias e obstrução do ducto torácico.

36

Na avaliação do paciente com hiperidrose, são fatores que sugerem hiperidrose secundária os seguintes, EXCETO

(A) início dos sintomas na idade adulta.
(B) história familiar negativa para hiperidrose.
(C) suor excessivo durante o sono.
(D) sudorese difusa durante o exercício.
(E) obesidade mórbida.

37

As fraturas de costela são lesões comuns em vários tipos de trauma torácico, ocorrendo em 10% de todos os pacientes traumatizados. Sobre as fraturas de costela, assinale a alternativa correta.

(A) A grande maioria dos casos de fratura está associada a iatrogenias, como massagem cardíaca e traumas diretos em cirurgia torácica.
(B) As complicações das fraturas de costela são mais comuns em pacientes jovens, uma vez que o trauma tende a ser de maior energia.
(C) São mecanismos que podem levar à fratura costal: tosse crônica e movimentos repetitivos em atividade física.
(D) Apesar de causar dor importante, não há complicações graves associadas às fraturas de costela.
(E) As fraturas dos primeiros arcos tendem a ser melhor toleradas, uma vez que há menor movimentação destes durante o movimento respiratório.

38

Paciente de 37 anos, diabética desde a infância, sofreu acidente automobilístico enquanto dirigia para casa após pegar a filha de 11 anos no colégio (colisão frontal contra poste de luz após perda súbita de consciência). Ambas estavam com cinto de segurança no momento do trauma. A mulher deu entrada no pronto-socorro com dispneia moderada, confusão mental e queixando-se de muita dor torácica anterior esquerda, com equimose correspondente ao local do cinto de segurança. A radiografia de tórax revelou derrame pleural pequeno, com fraturas do terceiro ao nono arcos costais à esquerda, anterolaterais e com desvio importante, além de fratura esternal do terço médio, alinhada, e fratura da clavícula esquerda.

A criança estava estável e queixava dor moderada no hemitórax direito, com radiografia de tórax mostrando fratura do quarto arco lateral, sem desvio. Quanto à fisiopatologia do trauma torácico, assinale a alternativa correta.

(A) Não há indicação de propedêutica adicional para a mulher, que deve ser encaminhada para tratamento operatório imediato das fraturas de costela.
(B) Deve-se investigar doença óssea subjacente, uma vez que o padrão das fraturas costais na mulher estão em desacordo com o esperado pela cinemática do trauma envolvido.
(C) A presença de “air bags” no carro não mudaria o desfecho dos achados no caso em questão.
(D) A fratura da criança denota posição incorreta do cinto de segurança.
(E) Apesar da estabilidade da criança, há vários indícios de trauma de alta energia no caso e ambas devem ser avaliadas com relação a lesões subjacentes intratorácicas e adequadamente observadas.

39

Em relação às deformidades congênitas da parede torácica, considere as seguintes afirmativas:

I. Crescimento irregular das cartilagens condrais afastando o esterno do eixo do corpo.
II. Fusão incompleta das lâminas do esterno.
III. Alterações unilaterais de gravidade variável que envolvem agenesia ou hipogenesia de arcos costais superiores, glândula mamária, grupos musculares e defeitos nos membros superiores.
IV. Crescimento irregular das cartilagens costais aproximando o esterno da coluna vertebral.

As afirmativas apresentadas referem-se, respectivamente, a:

(A) pectus excavatum, síndrome de Poland, fenda esternal e pectus carinatum.
(B) síndrome de Poland, fenda esternal, pectus carinatum e pectus excavatum.
(C) pectus condromanubrial, síndrome de Poland, Pentalogia de Cantrell e fenda esternal.
(D) pectus cariantum, fenda esternal, síndrome de Poland e pectus excavatum.
(E) pentalogia de Cantrell, pectus carinatum, síndrome de Poland e pectus carinatum.

40

Quanto ao tratamento cirúrgico da hemoptise, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A cirurgia de urgência deve ser indicada quando a embolização não conseguir erradicar adequadamente o sangramento.
(B) Quando a fonte de sangramento estiver bem evidente e outras modalidades terapêuticas não forem eficientes, pode-se lançar mão da ressecção pulmonar.
(C) A invasão de estruturas mediastinais (coração e grandes vasos) por tumores pulmonares contraindica a ressecção no caso de hemoptise.
(D) Pacientes com sequela de tuberculose e sangramento importante devem ser imediatamente operados para evitar complicações cardiovasculares maiores.
(E) Lesões visíveis na via aérea principal podem ser abordadas com uso de broncoscopia e controladas com várias formas de energia disponível.

Pneumologia

41

O termo bronquiectasia se refere à evidência de dilatação brônquica irreversível, usualmente notada em uma Tomografia de tórax. Existem muitas condições congênitas e adquiridas relacionadas ao aparecimento de bronquiectasias. São causas de bronquiectasias, EXCETO

(A) Síndrome de Caplan.
(B) Síndrome de Mounier-Kuhn.
(C) Síndrome de Williams-Campbell.
(D) Síndrome de Young.
(E) Síndrome de Sjögren.

42

Os sintomas não controlados de asma são importantes fatores de risco para futuras exacerbações. Além do não controle dos sintomas, existem outros fatores de risco adicionais potencialmente modificáveis para exacerbações, até mesmo em pacientes pouco sintomáticos. São fatores de risco para exacerbações, EXCETO

(A) utilização de altas doses de broncodilatador de curta duração (SABA).
(B) comorbidades como obesidade e doença do refluxo gastroesofágico.
(C) VEF1 baixo, especialmente abaixo de 80% do previsto e ausência de resposta broncodilatadora na espirometria.
(D) presença de exacerbações anteriores nos últimos 12 meses, história de internações em UTI ou necessidade de intubação orotraqueal devido à asma.
(E) contexto com problemas socioeconômicos ou psicológicos maiores.

43

Sobre a vacinação contra a Covid-19, assinale a alternativa correta.

(A) A OMS recomenda a vacinação de adolescentes acima dos 17 anos sem comorbidades, desde que obedecida a priorização da imunização de outros grupos mais vulneráveis. Não há recomendações até o momento para menores de 17 anos.
(B) Recomenda-se a dosagem de anticorpos neutralizantes específicos ou anticorpos totais, para avaliar o nível de imunidade ou proteção individual contra a Covid-19 em pacientes de grupo de risco.
(C) São consideradas pneumopatias de risco, com indicação de vacinação para Covid-19: Asma brônquica e Rinite alérgica, Hipertensão Arterial Pulmonar e Síndrome de Apneia Obstrutiva do sono.
(D) Diferentes tecnologias vêm sendo empregadas: das clássicas (como as vacinas de vírus inteiros inativados), subunitárias proteicas, recombinantes e VLP, às novas plataformas de ácidos nucleicos (DNA e mRNA) e de vetores virais. Em todos os casos, o alvo dos imunizantes é a proteína S (spike), responsável pela ligação do vírus SARS-CoV-2 com as células humanas.
(E) A tecnologia de RNA mensageiro (mRNA) é empregada em vacinas como Fiocruz/Oxford/AstraZeneca e Janssen.

44

A fibrose pulmonar idiopática (FPI) representa uma das doenças pulmonares intersticiais (DPI) mais comuns, definida como uma pneumonia intersticial fibrosante crônica de causa desconhecida e caracterizada pelo padrão de pneumonia intersticial usual tanto na tomografia computadorizada quanto no exame anatomopatológico. Um consenso endossado por várias entidades internacionais sugere que, em pacientes com suspeita clínica de FPI, a TCAR seja estratificada classificando-os de acordo com os níveis de probabilidade em relação ao padrão PIU. Em relação à tomografia de tórax e à interpretação dos padrões radiológicos da doença, é correto afirmar que

(A) o padrão provável para PIU é caracterizado por reticulação bilateral e faveolamento, com bronquiectasias e bronquiolectasias de tração periférica, predominantemente basais e subpleural.
(B) o padrão indeterminado para PIU caracteriza-se por presença de opacidades reticulares e bronquiolectasias de tração distribuídas perifericamente no plano axial e com gradiente apicobasal no eixo longitudinal, mas que não apresentam faveolamento.
(C) o padrão tomográfico Típico de PIU é acurado para diagnosticar a FPI sem a necessidade de biópsia.
(D) o termo faveolamento refere-se a um agrupamento de cistos com conteúdo aéreo, geralmente medindo de 10-30 mm, com paredes finas e pouco definidas.
(E) o padrão tomográfico de PIU caracteriza-se por atenuação em vidro fosco, opacidades reticulares e bronquiolectasias de tração, com distribuição.

45

Paciente procura atendimento com queixa de episódios de dispneia associados à sibilância, sensação de pressão torácica e tosse seca. Refere episódios desencadeados por exposição à poeira e outras situações como fumaça e cheiros fortes. Nega ter apresentado despertares noturnos devido a esses sintomas, e as "crises" acontecem com a frequência de, aproximadamente, uma vez ao mês. Nunca fez tratamento ou uso de medicações inalatórias. Realizou espirometria a qual apresentava VEF1 e a relação VEF1/CVF estava dentro dos limites da normalidade. A melhor estratégia terapêutica na hipótese de Asma seria:

(A) Corticoide Inalatório + Formoterol dose baixa diário associado a beta2-agonista de curta duração se necessário.
(B) Corticoide Inalatório + Formoterol dose moderada diário associado a Beta2-agonista de curta duração se necessário.
(C) Corticoide Inalatório + Formoterol dose baixa se necessário.
(D) Corticoide Inalatório dose baixa se necessário.
(E) Beta2-agonista de curta duração se necessário.

46

Paciente feminina, 69 anos, tabagista de longa data 50maços/ano, procura atendimento com queixa de dispneia aos esforços, como quando caminha depressa no plano ou quando precisa subir uma ladeira suave. Refere início dos sintomas há mais de 01 ano, mas vem sentindo piora progressiva desde então. Refere também tosse produtiva e pigarro matinal mas acredita ser devido ao cigarro, sendo que, há 02 meses, necessitou de internação hospitalar devido a quadro de piora da tosse e da dispneia. Após avaliação inicial, a paciente realizou espirometria que demonstrou relação VEF1/CVF 0,6 pós BD, com prova broncodilatadora negativa. Para essa paciente, a melhor opção terapêutica seria

(A) Antagonista Muscarínico de longa duração de ação.
(B) Corticosteroides Inalados+ Agonista β2 de longa duração de ação.
(C) Corticosteroides Inalados+Agonista β2 de longa duração de ação + Antagonista muscarínico de longa duração de ação.
(D) Agonista β2 de longa duração de ação.
(E) Agonista β2 de curta duração de ação.

47

Paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, agricultor, procurou atendimento médico por queixa de tosse produtiva, hemoptise e dispneia progressiva de início há cerca de 90 dias, associadas a quadro de febre irregular, emagrecimento de 4 quilos no período. Ao exame físico, apresenta lesão granulomatosa na comissura labial direita. Foi realizada Tomografia Computadorizada de Tórax que evidenciou importante distorção arquitetural, extensos focos de consolidações subpleurais, nódulos escavados, espessamento de septos interlobulares, bandas parenquimatosas, focos esparsos de atenuação em vidro fosco, opacidades nodulares de espaço aéreo e algumas áreas de sinal do halo invertido nos lobos inferiores. Foi realizada broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia endobrônquica. Na biópsia, há presença de células gigantes multinucleadas englobando estruturas arredondadas com membrana birrefringente, além de figura típica em "roda de leme" Qual seria a conduta mais adequada para esse caso?

(A) Esquema RIPE: Rifampicina, Etambutol, Isoniazida e Pirazinamida por 6 meses.
(B) Itraconazol 200 mg/dia VO por 9-18 meses.
(C) Iniciar a corticoterapia imediatamente com prednisona 60 mg, associada à profilaxia com isoniazida.
(D) Anfotericina B 1mg/kg/dia endovenosa.
(E) Sulfametoxazol 160mg +Trimetroprim 800 mg VO de 12/12horas por 3 a 6 meses.

48

Paciente feminina, 28 anos, apresenta-se com queixa de tosse produtiva, com escarro amarelado e alguns episódios de hemoptoicos com início há 04 semanas. Refere, associados ao quadro, episódios de febre principalmente no final da tarde, adinamia, anorexia, emagrecimento de 10kg no período e sudorese noturna. Diante da suspeita levantada nesse caso e sobre o diagnóstico bacteriológico de Tuberculose, assinale a alternativa correta.

(A) A pesquisa de BAAR é um método rápido e de baixo custo, contudo apresenta menor sensibilidade em pacientes com a coinfecção por HIV, sendo de aproximadamente 20-60%.
(B) A indução de escarro com solução salina hipertônica é uma técnica útil em indivíduos que são incapazes de produzir escarro, entretanto não possui um rendimento diagnóstico satisfatório quando comparada à broncoscopia com LBA.
(C) A realização de cultura em meios sólidos e/ou líquidos não é mais considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de tuberculose pela OMS.
(D) O Xpert MTB/RIF recebeu a denominação de teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) e está indicado para o diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar em adultos e adolescentes, podendo ser utilizado com amostras de sangue.
(E) Outro tipo de teste molecular aprovado e recomendado para uso pela OMS em material respiratório é o line probe assay, contudo esse teste não identifica resistência à rifampicina.

49

A espirometria é a medida do ar que entra e sai dos pulmões, sendo um teste que auxilia na prevenção e permite o diagnóstico e a quantificação dos distúrbios ventilatórios. A espirometria é um exame peculiar em medicina, posto que exige compreensão e colaboração do paciente, equipamentos exatos e emprego de técnicas padronizadas aplicadas por pessoal especialmente treinado. Assinale a alternativa que engloba critérios para espirometria de boa qualidade.

(A) Pelo menos três testes aceitáveis; Inspiração máxima antes do início do teste e Volume retroextrapolado < 15% da CVF ou 0,25L.
(B) Diferença entre os três maiores valores do PFE < 10% ou 0,5L/s; Duração satisfatória do teste em geral > 3s.
(C) Término Platô no último segundo; Artefatos ausentes como Tosse no 1º segundo e resultados reprodutíveis para CVF e VEF1 (os dois maiores valores devem diferir < 0,3L).
(D) Resultados reprodutíveis (para CVF e VEF1 os dois maiores valores devem diferir < 0,15L) e Duração satisfatória do teste em geral > 6s.
(E) Pelo menos dois testes aceitáveis e Volume retroextrapolado < 5% da CVF ou 0,15L, o que for maior.

50

Paciente, 19 anos, sexo masculino apresenta-se à emergência com queixa de dor torácica, de início súbito, localizada no hemitórax direito e associada à dispneia. Realizou Rx de Tórax que evidenciou pneumotórax espontâneo à direita. A melhor descrição para o exame físico do tórax acometido pelo pneumotórax seria

(A) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal diminuído, macicez à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(B) expansibilidade aumentada, frêmito tóraco-vocal aumentado, macicez à percussão, murmúrio vesicular normal.
(C) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal diminuído, timpanismo à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(D) expansibilidade aumentada, frêmito tóraco-vocal aumentado, macicez à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(E) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal aumentado, timpanismo à percussão, murmúrio vesicular normal.

51

Em relação ao tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), são fatores a considerar ao se iniciar tratamento com corticoide inalatório em combinação com um ou dois broncodilatadores de longa duração de ação, EXCETO

(A) eosinófilos sanguíneos >300 células/μL.
(B) eventos de pneumonia frequentes.
(C) ≥2 exacerbações moderadas de DPOC por ano.
(D) história de asma, ou asma concomitante.
(E) história de hospitalização por exacerbações de DPOC apesar de terapêutica de manutenção apropriada com broncodilator de longa duração de ação.

52

A classificação atual de Hipertensão Pulmonar considera dados da apresentação clínica, fisiopatologia, achados anatomopatológicos e parâmetros hemodinâmicos e propõe a divisão em 5 grupos distintos. Quais das comorbidades a seguir são consideradas do grupo 1 (Hipertensão Arterial Pulmonar)?

(A) Sarcoidose e Infecção pelo HIV.
(B) Esquistossomose e Hemangiomatose Capilar Pulmonar.
(C) Anemia Hemolítica Crônica e Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática.
(D) Doença de Gaucher e Hipertensão Arterial Pulmonar Hereditária.
(E) Neurofibromatose e Doenças do Tecido Conectivo.

53

Paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, trabalha como auxiliar de serviços gerais. Procura atendimento médico com queixa de que, há três anos, durante o trabalho, apresentou quadro de dispneia, sibilância e tosse seca, além de rinorreia, espirros e lesão em mucosa nasal. Na ocasião, procurou atendimento médico, sendo diagnosticadas asma e rinite alérgica. Durante esses três anos, apresentou vários episódios de exacerbações dos sintomas respiratórios, incluindo uso de corticoide injetável por conta própria. Procura atendimento médico devido à nova piora clínica, dessa vez com quadro de tosse produtiva com expectoração purulenta e raias de sangue, o que o preocupou muito. Realizou ciclo de antibióticos sem melhora dessa vez. Evoluiu com adenopatia cervical, disfagia e emagrecimento de 10kg desde o início do quadro. Optou-se por internamento para melhor investigação. Foram realizados hemograma, que revelou eosinofilia de 24% e anticorpo ANCAp positivo; tomografia computadorizada dos seios da face, que demonstrou sinusopatia maxilo-etmoidal bilateral e polipose nasal; e tomografia computadorizada de tórax, que apresentou múltiplos nódulos pulmonares, além de consolidação e opacidades em vidro fosco. Foi realizada biópsia transtorácica do nódulo em lobo inferior esquerdo, que demonstrou infiltrado eosinofílico intenso e vasculite de pequenos vasos. Diante do caso, o provável diagnóstico é

(A) Síndrome de Churg-Strauss ou Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (EGPA).
(B) Granulomatose com Poliangeíte (GPA).
(C) Síndrome de Wegener.
(D) Síndrome de Goodpasture.
(E) Aspergilose broncopulmonar alérgica.

54

Em relação às vacinas pneumocócicas, assinale a alternativa correta.

(A) Existem duas vacinas seguras e eficazes para proteger adultos da doença pneumocócica: a VPP23 e a VPC13. A vacinação é eficaz na prevenção das formas invasivas da infecção pneumocócica e há evidências de proteção também para a pneumonia adquirida na comunidade.
(B) Embora persistam algumas controvérsias, a VPP23 fornece proteção para a infecção pneumocócica invasiva de 30% em adultos, e sua indicação se mantém para pessoas com alguma condição de risco para a infecção.
(C) Recomenda-se como rotina, para todas as pessoas com mais de 65 anos de idade, independente da situação de saúde, uma dose da VPC13 seguida de uma dose da VPP23 com intervalo de 2 meses.
(D) Para aqueles que antes receberam uma dose de VPP23, é necessário respeitar o intervalo de 30 dias para aplicar a VPC13 e agendar uma segunda dose de VPP23 para cinco anos após a primeira VPP23.
(E) Para grupos de risco, independentemente da idade, recomenda-se o uso sequencial de VPC13 e VPP23 com intervalo de 2 semanas entre elas.

55

Paciente, 35 anos, branco, procura atendimento com queixa de quadro de astenia e adinamia há 2 meses, associadas a edema de membros inferiores bilateral. Há 30 dias, relata surgimento de nódulos em pernas associado à febre não aferida, sudorese noturna intensa e tosse não produtiva esporádica. Foi realizado RX de tórax sugerindo alargamento mediastinal. Prosseguiu-se investigação com TC de tórax a qual identificou discreto infiltrado intersticial e linfonodos de tamanho aumentado peri-hilar bilateral. Foi realizado Lavado Broncoalveolar o qual demonstrou aumento de linfócitos, com a presença de relação CD4/CD8: 4,0. Assinale a principal hipótese diagnóstica nesse caso.

(A) Sarcoidose.
(B) Tuberculose.
(C) Linfoma.
(D) Churg-Strauss.
(E) Histoplasmose.

56

Paciente, com diagnóstico de asma há mais de cinco anos, procura atendimento com queixa de episódios frequentes de dispneia associados à sibilância e tosse seca. Refere episódios diários com despertares noturnos, mais de dois episódios por semana. Fazia uso de medicação inalatória, mas parou há mais ou menos 60 dias. Realizou espirometria, a qual apresentava redução do VEF1 e da relação VEF1/CVF de forma leve, com prova broncodilatadora positiva. Qual seria o esquema terapêutico melhor indicado nesse caso?

(A) Formoterol+Budesonida 12/400mcg de 12/12 horas associado à dose extra se necessário.
(B) Formoterol+Budesonida 6/200 mcg de 12/12horas associado à dose extra se necessário.
(C) Beclometasona+Fomoterol 200/6mcg de 12/12horas e SABA se necessário.
(D) P. Fluticasona+Salmeterol 50/250 mcg de 12/12horas e SABA se necessário.
(E) F.Fluticasona+ T.Vilanterol 200/25 mcg uma vez ao dia associado à dose extra se necessário.

57

Mulher de 42 anos de idade, previamente hipertensa e com sobrepeso, chegou ao pronto atendimento com quadro de dispneia há 6 horas associada à dor torácica. Nega outros sintomas associados como tosse ou febre. Nega outras comorbidades, cirurgias ou alergias prévias. Ao exame: BEG, corada, afebril, acianótica, orientada. Ausculta Pulmonar sem alterações, FR=30 ipm, saturando 92%, Ausculta Cardíaca com RCR em 2T, BNF, FC=120 bpm, PA= 120/70 mmHg, membros inferiores sem edemas. Diante da suspeita de Tromboembolismo Pulmonar, qual é a investigação mais adequada nesse momento?

(A) Solicitar Angiotomografia de tórax.
(B) Solicitar Dosagem de D-dímero.
(C) Solicitar Cintilografia ventilação-perfusão.
(D) Solicitar Ecocardiograma, troponina e BNP.
(E) Não há necessidade de investigar porque é de baixa probabilidade.

58

Homem de 50 anos com queixa de febre há 25 dias de 38°C associada à tosse produtiva com secreção purulenta. Refere também início de dispneia aos médios esforços há 72h. Antecedente de hepatite C, sem outras comorbidades. Ao exame físico, bom estado geral, lúcido, orientado, consciente, corado, hidratado, emagrecido. À ausculta, murmúrio vesicular diminuído em base esquerda e estertores distribuídos por todo o hemitórax esquerdo. Radiografia e tomografia computadorizada de tórax evidenciam derrame pleural à esquerda de volume moderado, que se estende da base ao terço médio do hemitórax, com sinais de septação, caracterizados pela presença de coleção líquida na região anterior ao pulmão. Opta-se por internamento e realização de toracocentese. Sobre a toracocentese, é correto afirmar que

(A) trata-se de um procedimento pouco seguro e invasivo.
(B) deve-se atentar às contraindicações absolutas, dentre elas, pacientes em uso de ventilação mecânica devido a alto risco de pneumotórax.
(C) atualmente não é recomendado o uso do ultrassom para guiar o exame em tempo real de forma rotineira, uma vez que resulta em procedimento mais efetivo, porém com maior custo e sem alterar a probabilidade de complicações.
(D) deve-se sempre procurar tangenciar a borda inferior do arco costal para reduzir o risco de lesões de vasos intercostais.
(E) devido ao risco de edema de reexpansão, os sistemas de pressão negativa, quando utilizados, devem ser utilizados com cautela. Sabe-se que a retirada de volumes superiores a 1.500 ml de líquido por sessão aumenta o risco de edema pulmonar de reexpansão.

59

Sobre o tratamento dos casos leves de Covid-19 (não hospitalizados), assinale a alternativa correta.

(A) O uso de antibióticos na profilaxia de Covid-19 ou tratamento de pacientes com Covid-19 leve não é recomendado, exceto a azitromicina por seu efeito anti-inflamatório.
(B) Há redução no risco de evolução para quadro respiratório grave com o uso de plasma convalescente (IV) em pacientes idosos (idade > de 75 anos ou com idade entre 65 e 74 anos associado a comorbidades) não hospitalizados com quadro de Covid-19 leve.
(C) O uso de esteroide em pacientes com quadro de Covid-19 leve deve ocorrer já nas fases iniciais da doença para evitar o agravamento do quadro respiratório.
(D) O uso de anticoagulantes na Covid-19 deve ser feito na dose de profilaxia , mas não se recomenda o tratamento com doses anticoagulantes para pacientes com Covid-19.
(E) O uso de antiviral em pacientes com quadro de Covid-19 leve não é recomendado devido à ausência de estudos científicos a respeito. Não há evidências de produzir benefício nem de produzir danos.

60

Sobre a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono, assinale a alternativa correta.

(A) Existe relação direta entre a prevalência de SAHOS e o índice de massa corporal. Além da obesidade, a circunferência cervical maior que 30 cm também tem relação direta com a prevalência da doença.
(B) Fatores de risco incluem retro/micrognatia, macroglossia, hipertrofia adenoamigdaliana, obesidade, obstrução nasal, tabagismo, hipotireoidismo e fatores hereditários. A doença é agravada por medicamentos sedativos e ingesta de álcool.
(C) A polissonografia é o exame complementar que confirma o diagnóstico e avalia objetivamente a gravidade da SAHOS. O critério diagnóstico em pacientes sintomáticos é de quinze ou mais eventos de apneia/hipopneia por hora.
(D) Classifica-se o distúrbio como leve na observação de 15 a 20 eventos/hora; moderado de 21 a 30 eventos/hora e grave se mais de 30 eventos/hora.
(E) Em relação ao tratamento, o paciente deve ser aconselhado a evitar a posição de decúbito lateral ao dormir. Pessoas em uso de próteses dentárias totais devem ser aconselhadas a dormir sem as próteses.

61

O tabagismo é uma doença crônica que acomete cerca de um terço da população mundial com mais de 15 anos. No Brasil aproximadamente 200.000 pessoas morrem por doenças relacionadas ao fumo. Em relação ao tabagismo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O tabagismo predispõe ao câncer de endométrio.
(B) A mudança comportamental é uma das estratégias para conseguir cessar com o tabagismo.
(C) A terapia de reposição de nicotina é indicada quando o paciente tem alta dependência de nicotina.
(D) A vareniclina é um agonista parcial do receptor nicotínico. Ela ajuda a diminuir a fissura pela droga por meio da estimulação dopaminérgica.
(E) O tratamento em grupo é uma das estratégias para o tratamento.

62

A doença pulmonar obstrutiva crônica é uma resposta inflamatória anormal do pulmão. É caracterizada por limitação progressiva do fluxo aéreo. Em relação à doença pulmonar obstrutiva crônica, assinale a alternativa correta.

(A) Fumantes asmáticos não apresentam maior risco de DPOC do que asmáticos não fumantes.
(B) A exposição ocupacional a químicos irritantes, vapores, cachimbo, charutos, poluição é considerada fator de risco.
(C) É considerada uma doença prevenível, já que fatores genéticos não são considerados fatores de risco.
(D) Para realizar o diagnóstico é necessária a realização de biópsia pulmonar.
(E) A condensação é o achado mais comum no raio-x de tórax.

63

Assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O tabagismo sob forma de cigarros tem sido continuadamente identificado como o fator de risco mais importante associado ao surgimento de câncer de pulmão.
(B) Dentre os carcinomas brônquicos o que ocorre com maior frequência é o carcinoma escamoso.
(C) Existem síndromes paraneoplásicas ligadas ao câncer de pulmão, dentre elas podemos destacar a síndrome de Schwatz-Barter; síndrome de Cushing e Síndrome de Trosseau.
(D) A lobectomia é a modalidade terapêutica de escolha para pacientes portadores de carcinoma de células pequenas.
(E) O carcinoma bronquioalveolar pode tanto apresentar-se como pequena lesão nodular periférica como assumir o aspecto de extensas lesões pulmonares, uni ou bilaterais, sob a forma de consolidação alveoloductal, podendo ser confundido com pneumonia.

64

A asma é uma doença crônica que acomete tanto crianças quanto adultos. Ela é caracterizada clinicamente por episódios de tosse e dispneia, principalmente noturna. Em relação à asma, assinale a alternativa correta.

(A) O raio-x de tórax não é útil no estadiamento e nas avaliações de conduta na asma.
(B) O tratamento da asma é puramente medicamentoso.
(C) Os broncodilatadores inalatórios são o tratamento de manutenção de primeira linha para a asma.
(D) O uso isolado de beta agonistas de longa duração tem uma resposta boa durante o tratamento de manutenção.
(E) A aminofilina intravenosa pode ser usa para reverter uma crise de asma.

65

F.J.S., 35 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro com queixa de dispneia súbita e dor em hemitórax à direita. Nega comorbidades. Refere artroplastia de tornozelo direito há 10 dias. Sinais vitais PA: 140/90mmHg; FC: 108; FR: 24; SPO2: 98%; T: 36,3°C. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, corada, hidratada, comunicativa. Sem sinais de turgência jugular; ac: bcrnf 2t sem sopro audível; ap: mv+, bilateralmente, diminuído em base direita. Abd: globoso, rha+, timpânico, indolor à palpação sem massas palpáveis. Sinais de empastamento em membro inferior direito. Diante desse quadro clínico, qual é hipótese diagnóstica?

(A) Tamponamento cardíaco.
(B) Insuficiência mitral grave.
(C) Insuficiência aórtica grave.
(D) Tromboembolismo pulmonar.
(E) Dissecção de aorta.

66

H.V.N., 49 anos, masculino, procura UBS por quadro de tosse produtiva com raias de sangue há 2 meses, febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal de 10kgs nos últimos 2 meses. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, hipocorado 2+/4+, desidratado 1+/4+, comunicativo. Ac: bcrnf 2t sem sopro audível; ap: mv+, bilateralmente, diminuídos em terço superior esquerdo, estertores crepitantes em terço superior esquerdo. Abd: globoso, rha+, timpânico, indolor à palpação sem massas palpáveis. Foram realizados exames complementares: HB:9,7, HT:29,9, LEUCO:5000, BAST:0%, SEG:60% e PCR:17. Rx de tórax: presença de pequenos nódulos periféricos em ápice esquerdo. Diante do quadro clínico, qual é a hipótese diagnóstica e qual exame é considerado padrão-ouro pela OMS para a confirmação diagnóstica?

(A) Tuberculose pulmonar, teste rápido molecular.
(B) Covid, RT-PCR sar-cov-2.
(C) Tuberculose pulmonar, cultura para micobactérias em material pulmonar.
(D) Covid, tomografia de tórax.
(E) Tuberculose pulmonar, baciloscopia 2-3 amostras.

67

C.C.F., 23 anos, feminina, procura ajuda em pronto-socorro por dispneia e tosse seca após correr por 1 hora. É previamente sedentária. Nega comorbidades e alergias medicamentosas. Ao exame físico: SPO2: 89%, FR:27, FC:112, PA:140/90MMHG, T:36,5°C, REG, corada, hidratada, comunicativa, orientada. AC: BCRNF 2T sem sopro audível. AP: mv+, bilateralmente, sibilos difusos, frêmito toracovocal diminuído. Foram realizados os seguintes exames: leuco: 5.200; bastonetes 0%; segmentados 50%; eosinófilos 6%; PCR: 12; desidrogenase láctica 270. Quais são a hipótese diagnóstica e a conduta pertinente para o tratamento desse caso clínico?

(A) Pneumonia bacteriana – oxigênio, iniciar antimicrobiano de amplo espectro e glicocorticoides.
(B) Tuberculose – oxigênio e glicocorticoides.
(C) Pneumonia bacteriana – iniciar corticosteroides.
(D) Asma – oxigenoterapia, glicocorticoides, beta-2 agonista de longa duração e anticolinérgico.
(E) Asma – oxigênio, beta-2 agonista de curta duração, anticolinérgico e glicocorticoide.

68

J.P.C, 31 anos, masculino, realiza consulta ambulatorial com pneumologista, pois tem grande desejo de parar de fumar. Refere que é tabagista há 15 anos, cerca de 2 maços/dia. Não apresenta comorbidades. Foi realizado teste de Fargerström igual a 7. Levando em consideração o tratamento do tabagismo, qual é a melhor abordagem para esse paciente?

(A) Terapia cognitivo-comportamental reforçada com psiquiatra, associada à bupropiona.
(B) Terapia cognitivo-comportamental individualizada, associada à terapia de reposição de nicotina e/ou vareniclina.
(C) Terapia cognitivo-comportamental individualizada, associada à amitriptilina e à terapia de reposição de nicotina.
(D) Bupropiona associada à vareniclina.
(E) Terapia cognitivo-comportamental reforçada com psiquiatra associada à terapia de reposição de nicotina.

69

J.M.F, 90 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro por tosse produtiva e confusão mental há 2 dias. Faz tratamento para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Sinais vitais TAC: 38,5°C; spo2:90%; FR:16; FC:112; PA:80/60mmhg. Ao exame físico, apresenta-se em mau estado geral, hipocorada 1+/4+, desidratada 2+/4+, comunicativa, com confusão mental e sonolência. AC: bcrnf 2t sem sopro audível; AP: mv+, bilateralmente, estertores crepitantes em base esquerda, frêmito toracovocal aumentado em base esquerda, macicez a percussão em base esquerda. Aos exames, apresenta leuco: 17.980; bastonetes:10%; segmentados 63%; proteína C reativa 40; ureia 55; dímero-D:150. Diante desse quadro clínico, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Monitorização, oxigenoterapia, hidratação, hemocultura, antibiótico de amplo espectro, solicitar vaga em unidade de terapia intensiva.
(B) Hidratação, oxigenoterapia, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em unidade de terapia intensiva.
(C) Monitorização, oxigenoterapia, hidratação, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.
(D) Monitorização, hidratação, oxigenoterapia, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.
(E) Monitorização, hidratação, oxigenoterapia, antibiótico de amplo espectro, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.

70

S.C.R, 33 anos, masculino, tabagista de longa data, deu entrada em pronto-socorro com queixa de leve dispneia há 03 dias. Nega quadros semelhantes prévios. Sinais vitais PA:130/80mmhg; TAX: 36,5°C; Spo2:95%; FC:80; FR:14. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, comunicativo, corado, hidratado. AC: bcrnf 2t sem sopro audível, AP: mv+, bilateralmente, diminuído em terço médio à esquerda. Foi realizado raio-X de tórax evidenciando pneumotórax em hemitórax à esquerda, distância de 0,3 cm entre a pleura visceral e a parede torácica lateral na altura do hilo pulmonar. Qual é a melhora conduta para esse paciente?

(A) Tratamento conservador.
(B) Aspiração por agulha.
(C) Drenagem pleural fechada.
(D) Pleurodese química.
(E) Tratamento cirúrgico.

71

D.D.P., 57 anos, feminina, está internada em unidade de terapia intensiva por quadro de pneumonia aspirativa há 3 dias. A paciente está acamada há 5 anos, após acidente cerebral vascular isquêmico. Evoluiu com dispneia e tosse produtiva há 1 dia. Sinais vitais: TAX:38,5°C; SpO2: 88%; FC: 114; FR:18; PA:100/70mmHg. Ao exame físico, mau estado geral, hipocorada 1+/4+, hidratada, comunicativa. AC: bcrnf 2t sem sopro audível, AP: MV+, bilateralmente, diminuído em base esquerda, estertores crepitantes em terço médio esquerdo. Foram realizados os seguintes exames: raio-X de tórax: presença de derrame pleural volumoso em base esquerda e parte inferior de terço médio esquerdo, consolidação em terço médio à esquerda; toracocentese diagnóstica: líquido esverdeado, ph:6,7; gli:40; ldh:1300; presença de *S. aureus*. Quais são o diagnóstico e a conduta mais condizentes com o caso?

(A) Transudato, broncoscopia.
(B) Empiema, drenagem pleural fechada.
(C) Quilotórax, pleurodese.
(D) Hemotórax, lobectomia.
(E) Pneumotórax, conduta expectante.

72

P.D.P., 19 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro por dor em ápice de hemitórax à direita, associada a desconforto respiratório súbito. Histórico de tabagismo e uso de anticoncepcional hormonal oral. Sinais vitais: TAX: 36,5°, FR: 20irpm, FC:120bpm, Spo2: 89%. Ao exame físico, regular estado geral, corada, hidratada, comunicativa. Ausculta cardíaca: bulhas cardíacas rítmicas normofonéticas em 2 tempos sem sopros audíveis; ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente abolido em ápice direito. Diante desse quadro clínico, quais são a hipótese diagnóstica e a melhor conduta?

(A) Insuficiência aórtica grave, tratamento cirúrgico de emergência.
(B) Dissecção de aorta, toracotomia de emergência.
(C) Insuficiência mitral grave, administração de diuréticos.
(D) Tromboembolismo, anticoagulação plena.
(E) Tamponamento cardíaco, pericardiocentese.

73

E.R.S., feminina, 97 anos, em tratamento para câncer de pulmão de pequenas células, com metástase em fígado, fêmur e crânio. Dá entrada em pronto-socorro com insuficiência respiratória grave, cianose de extremidades e febre. Sinais vitais TAX:38,5°C, Spo2: 79%, FR: 32, FC: 130; PA: 110/80 mmhg. AC: bcrnf 2t sem sopros audíveis. AP: mv+ bilateralmente, estertores creptantes em base direita. O médico plantonista inicia oxigenoterapia com máscara de alto fluxo e a paciente apresenta compensação respiratória. Spo2: 95% após início de máscara de alto fluxo. Qual é a melhor conduta nesse caso?

(A) Alta com oxigênio domiciliar.
(B) Iniciar antibiótico de amplo espectro e hidratação, além de solicitar exames para investigação clínica.
(C) Conversar com paciente e familiares para iniciar tratamento paliativo. Não solicitar exames, pois traria malefício para a paciente.
(D) Solicitar exames para elucidação clínica, conversar com familiares e paciente orientando sobre a gravidade do quadro clínico, para traçar um melhor tratamento, com o objetivo de causar o bem, sem causar o mal para a paciente.
(E) Solicitar exames, intubação orotraqueal, antibiótico de amplo espectro e solicitar vaga de UTI.

74

N.M.G, 23 anos, feminina, procura pneumologista ambulatorial, pois tem desejo de parar de fumar. Refere que precisa de uma prescrição de sedativos para a cessação do tabagismo, que é a única forma de conter sua ansiedade. Qual é a melhor conduta nesse caso?

(A) Prescrever os sedativos, pois devemos respeitar, antes de qualquer objetivo, a autonomia da paciente.
(B) Não prescrever os sedativos e encaminhar a paciente ao psiquiatra.
(C) Criar vínculo com a paciente, orientá-la e traçar plano terapêutico individual que melhor a atenda, respeitando os quatro princípios da bioética.
(D) Prescrever sedativo e associar a vareniclina.
(E) Não prescrever os sedativos, solicitar internação em centro de desintoxicação.

75

São achados radiológicos de doença pulmonar obstrutiva crônica grave, EXCETO

(A) espaço claro retroesternal aumentado.
(B) pulmões hiperinsuflados.
(C) retificação do diafragma.
(D) regiões de hipertransparência.
(E) opacidades em favo de mel.

76

A tosse está entre as principais causas de procura de atendimento médico. Está presente em quadros infecciosos, alérgicos, obstrutivos e outros. Em relação à tosse, assinale a alternativa correta.

(A) A DRGE não é uma causa comum de tosse crônica.
(B) A asma é a causa mais frequente de tosse pós-infecciosa.
(C) A tosse que persiste por até de 9 semanas é definida como tosse aguda.
(D) O uso de iECA é uma causa comum de tosse crônica.
(E) A Pertussis não é uma causa comum de tosse aguda.

77

Em relação às pneumonias adquiridas na comunidade, assinale a alternativa correta.

(A) A bactéria H. influenza é o agente mais frequente.
(B) A hipotensão arterial, relação Pa02/FiO2 <250; PA sistólica <90mmHg não são indicadores de gravidade.
(C) A pneumonia causada por anaeróbios pode estar relacionada com infecções da cavidade oral.
(D) Comorbidades como neoplasias, insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca não são levadas em consideração para a estratificação de gravidade.
(E) A *Legionella sp* e a *Chlamydia sp* não causam pneumonia.

78

Em relação à fisiologia pulmonar, assinale a alternativa correta.

(A) A capacidade vital é definida pela elasticidade pulmonar. Na capacidade vital, as fibras musculares inspiratórias apresentam encurtamento máximo.
(B) A capacidade inspiratória é o volume de ar presente nos pulmões, após uma expiração forçada e completa.
(C) A capacidade pulmonar total é a soma da capacidade vital e do volume residual.
(D) O volume residual é o ar presente nos pulmões após uma inspiração forçada e completa.
(E) As duas variáveis mais importantes para as definições dos volumes pulmonares são a capacidade vital e o volume residual.

79

Em relação à fibrose cística, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) É uma doença genética de padrão de hereditariedade autossômico recessivo.
(B) É uma doença multissistêmica, além do pulmão pode acometer fígado, e pâncreas.
(C) O teste do suor é considerado padrão ouro para diagnóstico.
(D) O tratamento é multidisciplinar e se baseia em tratar as diversas alterações orgânicas.
(E) A análise das mutações para confirmar o diagnóstico de fibrose cística tem baixa especificidade, porém alta sensibilidade.

80

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica, de causa desconhecida, que acomete principalmente adultos de 20 a 50 anos, numa mesma proporção entre homens e mulheres. Em relação à sarcoidose, assinale a alternativa correta.

(A) A tomografia é exame padrão ouro para o diagnóstico de sarcoidose.
(B) A azitromicina é utilizada com primeira linha para o tratamento farmacológico.
(C) O tipo radiológico IV corresponde à fase fibrótica em que a doença está curada e inativa.
(D) Tem alta taxa de mortalidade.
(E) A biópsia não é importante para auxílio do diagnóstico.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

T4191027N

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA
EDITAL Nº 1/2021 - RESIDÊNCIA MÉDICA REDE EBSERH 2021/2022

PRM - ÁREA DE ATUAÇÃO - ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

NOME DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

Nível
SUPERIOR

PROVA

04

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

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

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

Sobre o material recebido pelo candidato

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

Sobre o material a ser devolvido pelo candidato

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

Sobre a duração do exame e a permanência na sala

- ✓ O prazo de realização do exame é de 4 horas, incluindo a marcação da Folha de Respostas.
- ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início do exame, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar o Caderno de Questões e nenhum tipo de anotação de suas respostas.
- ✓ O candidato poderá levar consigo o Caderno de Questões somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização do exame estabelecido em edital.
- ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno.

Sobre a divulgação dos Cadernos de Questões e dos Gabaritos

- ✓ Os Cadernos de Questões e os Gabaritos Preliminares estarão disponíveis no site do **Enare** no endereço eletrônico **https://enare.ebserh.gov.br,** conforme previsto em Edital.

Cirurgia Torácica

1

Em relação às deformidades congênitas da parede torácica, considere as seguintes afirmativas:

I. Crescimento irregular das cartilagens condrais afastando o esterno do eixo do corpo.
II. Fusão incompleta das lâminas do esterno.
III. Alterações unilaterais de gravidade variável que envolvem agenesia ou hipogenesia de arcos costais superiores, glândula mamária, grupos musculares e defeitos nos membros superiores.
IV. Crescimento irregular das cartilagens costais aproximando o esterno da coluna vertebral.

As afirmativas apresentadas referem-se, respectivamente, a:

(A) pectus excavatum, síndrome de Poland, fenda esternal e pectus carinatum.
(B) síndrome de Poland, fenda esternal, pectus carinatum e pectus excavatum.
(C) pectus condromanubrial, síndrome de Poland, Pentalogia de Cantrell e fenda esternal.
(D) pectus cariantum, fenda esternal, síndrome de Poland e pectus excavatum.
(E) pentalogia de Cantrell, pectus carinatum, síndrome de Poland e pectus carinatum.

2

Quanto ao tratamento cirúrgico da hemoptise, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A cirurgia de urgência deve ser indicada quando a embolização não conseguir erradicar adequadamente o sangramento.
(B) Quando a fonte de sangramento estiver bem evidente e outras modalidades terapêuticas não forem eficientes, pode-se lançar mão da ressecção pulmonar.
(C) A invasão de estruturas mediastinais (coração e grandes vasos) por tumores pulmonares contraindica a ressecção no caso de hemoptise.
(D) Pacientes com sequela de tuberculose e sangramento importante devem ser imediatamente operados para evitar complicações cardiovasculares maiores.
(E) Lesões visíveis na via aérea principal podem ser abordadas com uso de broncoscopia e controladas com várias formas de energia disponível.

Paciente, sexo feminino, 33 anos, policial militar, relata surgimento de abaulamento na parede torácica anteroinferior direita há 6 meses, pouco tempo após o parto da segunda filha. Queixa-se deconforto local leve, sem sintomas respiratórios. Relata queda de moto há 4 anos com trauma torácico contuso no local, sem necessidade de procedimentos invasivos e com melhora completa após analgesia e repouso. Ao exame, nota-se deformidade leve com abaulamento na região do rebordo costal direito, abaixo do sulco mamário, imóvel, levemente doloroso à palpação, com pele local normal. Não há outros problemas prévios, nem sinais relevantes ao exame clínico.

O caso clínico apresentado refere-se às próximas três questões.

3

A respeito da propedêutica de imagem em lesões da parede torácica, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O PET/CT pode ser utilizado com finalidade diagnóstica e para estadiamento de tumores da parede torácica.
(B) O rx de tórax é utilizado para avaliação inicial, permitindo avaliação das estruturas ósseas e cavidade pleural.
(C) A tomografia computadorizada fornece detalhes da lesão, permitindo diferenciar áreas císticas sólidas, detectar os limites e a exata localização.
(D) A ressonância magnética é usada principalmente para avaliar invasão de estruturas adjacentes, principalmente partes moles e canal vertebral.
(E) A cintilografia óssea pode auxiliar na investigação de todo o esqueleto em busca de lesões extratorácicas.

4

Sobre a indicação de biopsia em lesões de parede torácica, assinale a alternativa correta.

(A) As lesões de parede devem ser biopsiadas antes de programar tratamento definitivo.
(B) Na maior parte dos casos, o exame clínico e a propedêutica de imagem são suficientes para fechar o diagnóstico e programar o melhor tratamento.
(C) Quando indicada, a biopsia deve ser realizada no ponto de menor distância entre a pele adjacente e a lesão.
(D) Tumores próximos a estruturas nobres devem ser prontamente ressecados visando impedir a rápida disseminação de potencial doença neoplásica.
(E) Tumores menores que permitam ressecção completa sem necessidade de reconstrução com prótese ou grandes retalhos musculares devem ser submetidos à biopsia excisional.

5

Em relação às técnicas de reconstrução da parede torácica, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A reconstrução deve ser feita nos casos em que forem ressecadas mais de 4 costelas ou um defeito maior que 5 cm na parede torácica.
(B) Um dos princípios da reconstrução é favorecer o uso de tecidos autólogos em relação às próteses sintéticas.
(C) Tumores envolvendo os 3 primeiros ou os últimos arcos geralmente não necessitam de reconstrução.
(D) O tipo histológico pode favorecer a indicação de determinados materiais, como o titânio, na reconstrução da parede torácica.
(E) Lesões posteriores e craniais podem ser ressecadas e a escápula utilizada para estabilizar a parede torácica sem necessidade de próteses.

6

Paciente, 40 anos, masculino, é encaminhado para o serviço de cirurgia torácica para avaliação de sudorese craniofacial de início recente. Ao exame físico, notam-se obesidade grau I e sudorese leve facial acompanhada de rubor, mais intensa no lado esquerdo. Na história pregressa, foi submetido à parotidectomia total esquerda para tratamento de adenoma pleomórfico há 3 anos, sem intercorrências. Queixa-se de maior intensidade dos sintomas no início da tarde e à noite, e piora nos fins de semana, sobretudo em eventos sociais familiares (participa quase semanalmente de churrasco na casa dos pais). São sinais de hiperidrose secundária nesse caso, EXCETO

(A) início recente dos sintomas.
(B) obesidade.
(C) presença de rubor facial associado.
(D) idade do paciente.
(E) cirurgia crânio facial prévia.

7

Ainda em relação ao paciente da questão anterior, assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico e sua fisiopatologia.

(A) Síndrome de Frey (síndrome auriculotemporal); migração de fibras parassimpáticas lesadas para fibras pós-ganglionares simpáticas das glândulas sudoríparas e vasos sanguíneos na região pré-auricular.
(B) Síndrome de Eaton Lambert; lesão direta das fibras pós-ganglionares parassimpáticas da região auriculotemporal durante a parotidectomia.
(C) Síndrome de Landry; lesão das fibras pós-ganglionares parassimpáticas pela extrusão de secreção da parótida durante a parotidectomia.
(D) Sudorese gustatória; reinervação das glândulas sudoríparas da pele da região auriculotemporal após parotidectomia com descontrole do mecanismo de feedback termorregulatório.
(E) Síndrome de Pancoast, invasão tumoral dos ramos craniais do tronco simpático e plexo braquial decorrente de metástase do tumor de parótida.

Paciente de 84 anos, masculino, ex-tabagista (fumou dois maços de cigarro por dia dos 18 aos 70 anos), independente, está internado devido à dispneia grau III, chieira e tosse persistente seca. A tc de tórax mostra nódulo sólido irregular medindo 1,8 cm de diâmetro no segmento lingular superior, a 1,4 cm da parede torácica. Dados da história clínica mostram irmão falecido há 3 anos por neoplasia pulmonar, hipertensão arterial sistêmica controlada, dislipidemia e uso de broncodilatador de longa duração.

Tem duas tomografias, que não mostravam alterações, feitas há um e três anos respectivamente, em um programa de rastreamento de câncer pulmonar. Com base nesse caso clínico, responda às próximas quatro questões.

8

Você foi chamado pelo clínico assistente para avaliar a realização de uma broncoscopia com biópsia transbrônquica para propedêutica no caso em questão. Assinale a alternativa correta sobre a melhor conduta a ser tomada.

(A) A broncoscopia não é o melhor exame para o caso. Deve ser realizada baciloscopia no escarro.
(B) A broncoscopia está bem indicada e tem alto rendimento para o caso em questão.
(C) A broncoscopia está bem indicada no caso e deve ser complementada com baciloscopia no escarro para melhorar a acurácia diagnóstica.
(D) A broncoscopia não é o melhor exame devido ao tamanho e à localização periférica da lesão.
(E) A broncoscopia não tem indicação na propedêutica de nódulos pulmonares.

9

Nesse caso clínico, são fatores citados que direcionam para suspeita de neoplasia pulmonar, EXCETO

(A) idade do paciente.
(B) carga tabágica do paciente.
(C) localização periférica do nódulo.
(D) história familiar do paciente.
(E) densidade e forma do nódulo.

10

Quanto ao rastreamento de câncer de pulmão, com base no caso relatado, assinale a alternativa correta.

(A) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da sua idade.
(B) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da carga tabágica.
(C) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa do tempo de cessação do tabagismo.
(D) O paciente foi erroneamente colocado no programa por causa da presença do nódulo.
(E) O paciente foi adequadamente colocado no programa e deve permanecer após o tratamento do nódulo.

11

São procedimentos/exames indispensáveis à condução do caso clínico apresentado:

(A) PET-CT e cintilografia pulmonar.
(B) espirometria e PET-CT.
(C) EBUS e biópsia líquida.
(D) PPD e espirometria.
(E) PET-CT e mediastinoscopia.

12

A broncoscopia é um recurso versátil na propedêutica em medicina respiratória. Dentre os procedimentos listados a seguir, quais NÃO podem ser feitos por broncoscopia?

(A) Biopsia de massas pulmonares periféricas; retirada de corpo estranho; intubação traqueal.
(B) Punção de linfonodos mediastinais paraesofágicos; dilatação de estenose traqueal; debridamento de papilomas traqueais.
(C) Criobiopsia pulmonar; colocação de válvulas para tratamento de enfisema; inserção de bloqueador brônquico.
(D) Lavado broncoalveolar; biópsia transbrônquica; escovado brônquico.
(E) Punção de linfonodos subcarinais; colocação de prótese traqueal; traqueostomia percutânea.

Paciente, 56 anos, tabagista ativo, teve câncer de próstata operado há 6 anos sem intercorrências. Apresenta dois nódulos pulmonares, um no lobo superior direito, medindo 2,2 cm de diâmetro médio, e outro no lobo superior esquerdo, medindo 1,9 cm de diâmetro médio. Ambos são irregulares com densidade sólida. O PET-CT mostra captação nas duas lesões, no LSD com suv 7,6 e no LSE suv de 4,8. Com base nesses dados, responda às próximas três questões.

13

Qual é o melhor método para diagnóstico nesse caso?

(A) Biópsia percutânea orientada por TC.
(B) Broncoscopia flexível com biópsia transbrônquica.
(C) Biopsia líquida.
(D) Apenas o PET-CT já fecha diagnóstico de doença neoplásica, uma vez que o suv é menor que 10.
(E) Ultrassom endobrônquico.

14

Confirmado o diagnóstico de neoplasia maligna nas duas lesões, qual é a melhor conduta?

(A) Encaminhar para quimioterapia por se tratar de doença avançada (estágio IV).
(B) Radioterapia estereotáxica nas lesões.
(C) Diagnóstico molecular de cada lesão para definir se são tumores sincrônicos ou doença metastática.
(D) Ressecção sublobar bilateral para poupar função pulmonar.
(E) Lobectomia pulmonar bilateral para ressecção completa das lesões.

15

Sobre a indicação de estadiamento mediastinal no caso, assinale a alternativa correta.

(A) Não está indicado se forem tumores sincrônicos, uma vez que ambos são menores que 3 cm.
(B) Não está indicado se forem tumores metastáticos, uma vez que o tratamento deve ser paliativo.
(C) Deve ser feito nesse caso, uma vez que, independentemente da origem dos tumores, há possibilidade de tratamento operatório e o status mediastinal pode ser definidor.
(D) Deve ser feito sempre em casos de múltiplas lesões pulmonares.
(E) Não deve ser feito se, apesar de linfonodos aumentados no mediastino, o PET-CT for negativo.

16

São características comuns aos pacientes com pneumotórax espontâneo primário:

(A) jovem, masculino, longilíneo, hígido.
(B) jovem, feminino, normolíneo, asmático.
(C) idoso, masculino, normolíneo, com DPOC.
(D) idoso, masculino, longilíneo, tabagista.
(E) jovem, feminino, longilíneo, hígido.

17

São critérios de inclusão no programa de rastreamento de câncer pulmonar:

(A) idade e exposição ocupacional.
(B) carga tabágica e história familiar.
(C) neoplasia prévia e DPOC.
(D) idade e história familiar.
(E) carga tabágica e idade.

18

Paciente, 58 anos, previamente hígido, maratonista, apresentando queda de rendimento progressivo na corrida nos últimos 2 meses, está agora com dispneia aos pequenos esforços e dor torácica atípica à direita nas últimas 3 semanas. Tomografia de tórax mostra derrame pleural à direita, acometendo metade do hemitórax, com espessamento difuso da pleura parietal. Foi submetido à punção e à biópsia percutânea de pleura com agulha, que revelou adenocarcinoma. Sobre a conduta a ser tomada, assinale a alternativa correta.

(A) Como se trata de paciente com bom performance status, deve ser submetido à pleuroscopia para pleurodese paliativa e emcaminhado para tratamento quimioterápico.
(B) Deve ser realizado PET-CT para completar o estadiamento antes de iniciar tratamento paliativo.
(C) Deve ser feito estudo imuno-histoquímico para definir sítio primário da lesão antes de indicar qualquer modalidade terapêutica.
(D) O paciente em questão tem tumor pulmonar avançado e deve ser submetido a estadiamento mediastinal invasivo.
(E) Por se tratar de paciente oligossintomático, deve-se apenas acompanhar o quadro inicialmente, sem indicar nenhuma modalidade terapêutica nesse momento.

19

Paciente do sexo feminino, 61 anos, hipertensa e dislipidêmica, apresenta dispneia progressiva nos últimos 2 meses e dor torácica atípica à direita nas últimas 3 semanas. A tomografia de tórax mostra derrame pleural à direita, acomentendo metade do hemitórax, com espessamento difuso da pleura parietal e adenomegalia mediastinal paratraqueal baixa à direita. Foi submetida à pleuroscopia que revelou mesotelioma epitelioide, com acometimento do linfonodo paratraqueal. Foi submetida à PET-CT que mostrou captação somente na pleura do hemitórax direito. Sobre a conduta a ser tomada, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Trata-se de doença localmente avançada e o paciente pode ser encaminhado para quimioterapia neoadjuvante e avaliar posterior ressecção.
(B) A quimioterapia intraoperatória pode ser usada no tratamento adjuvante.
(C) Trata-se de doença avançada e não há indicação de tratamento operatório para esse caso.
(D) A ressecção de todo o tumor macroscópico é a base do tratamento cirúrgico do mesotelioma pleural.
(E) Não há indicação de radioterapia neoadjuvante para tratamento de mesotelioma pleural.

20

Em relação ao tratamento da hiperidrose, analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).

I. A simpatectomia no nível de R2 tem resultados expressivos para hiperidrose palmar, porém associados à maior incidência de sudorese compensatória.
II. Os níveis R3 ou R4 são os mais recomendados para simpatectomia no tratamento da hiperidrose primária palmar.
III. A ablação da cadeia simpática com clipagem favorece a possibilidade de reversão do procedimento na grande maioria dos pacientes.

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

21

Sobre as patologias diafragmáticas, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A eventração diafragmática é caracterizada por uma diminuição das fibras musculares em todas as porções do músculo.
(B) Na paralisia frênica, ocorre atrofia muscular das fibras presentes no músculo.
(C) A eventração é mais comum em homens e do lado esquerdo, sendo usualmente um diagnóstico por exclusão.
(D) A paralisia frênica pode ocorrer após cirurgias cardíacas ou por tumores que acometam o nervo frênico.
(E) As patologias frênicas são mais sintomáticas em neonatos, uma vez que a musculatura respiratória acessória ainda é pouco desenvolvida.

22

Considerando as modalidades de controle da dor no pós-operatório de cirurgias torácicas, sobre Bloqueio Peridural (BPD), Bloqueio Paravertebral (BPV), Bloqueio Paraespinhal (ESP) e Bloqueio Intercostal (BIC), analise as assertivas e assinale a alternativa que aponta a(s) correta(s).

I. O ESP tem eficácia analgésica semelhante ao BPD e menor risco de complicações.
II. BPD e BPV são os métodos mais eficazes de controle de dor pós-operatória no paciente submetido à toracotomia.
III. O BIC deve ser reservado para pacientes anticoagulados, fator que contraindica outras modalidades de analgesia.

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

23

Em relação às bases do manejo dos tumores mediastinais, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Timomas e linfomas são comuns no mediastino anterior; tumores neurogênicos são exclusivos do compartimento posterior.
(B) A ressecção cirúrgica de cistos benignos deve ser reservada para os broncogênicos e esofágicos; cistos pericárdicos podem ser manejados de maneira não operatória.
(C) Raramente observam-se aderências e processo inflamatório intenso na ressecção de cistos broncogênicos.
(D) Complicações possíveis da ressecção de tumores mediastinais são paralisia frênica, quilotórax e fístula esofágica.
(E) A tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm papel crucial na avaliação e no planejamento do tratamento dos tumores mediastinais.

24

Paciente masculino, 22 anos, relata desconforto torácico há 4 semanas com dispneia aos médios esforços. Tomografia de tórax mostrando volumosa massa no mediastino anterior, irregular, sem plano de clivagem nítido com os vasos da base. Nos exames laboratoriais, notam-se alfafetoproteína muito elevada e beta HCG moderadamente elevado, com anemia discreta. Assinale a alternativa correta sobre a análise do caso e a melhor conduta a ser empregada.

(A) O diagnóstico provável é de linfoma não HODGKIN. Deve ser feita biopsia da lesão para confirmação e PET-CT para concluir o estadiamento. Não há indicação de tratamento cirúrgico.
(B) O diagnóstico provável é de teratoma maduro. Deve ser solicitada ressonância magnética para definir melhor o plano de clivagem da lesão com vasos da base e programar tratamento operatório.
(C) O diagnóstico provável é de timoma localmente avançado. Deve ser feita avaliação neuromuscular para excluir miastenia gravis. O paciente deve fazer tratamento neoadjuvante com quimioterapia, seguido de ressecção cirúrgica.
(D) O diagnóstico provável é de seminoma. O paciente deve ser submetido à biopsia aspirativa guiada por tomografia para confirmar o diagnóstico e ser encaminhado para tratamento sistêmico.
(E) O diagnóstico provável é de tumor não seminomatoso. Deve ser encaminhado para tratamento sistêmico e avaliar ressecção cirúrgica se houver lesão residual após o tratamento.

25

Sobre os cistos broncogênicos, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) São formados a partir de erros de brotamento da árvore brônquica, frequentemente com abertura de drenagem visível à broncoscopia.
(B) São as lesões císticas mais comuns do mediastino médio.
(C) Podem causar compressão e erosão de estruturas adjacentes e eventuamente podem infectar.
(D) Devem ser sempre ressecados pelo risco de infecção e complicações locais.
(E) A localização mais frequente está relacionada à carina principal.

26

São fatores prognósticos de sobrevida e recorrência nos timomas:

(A) estadiamento (Massaoka) e idade.
(B) estadiamento (Massaoka) e ressecção completa.
(C) miastenia gravis e idade.
(D) ressecção completa e miastenia.
(E) tamanho do tumor e idade.

27

Paciente, 30 anos, sexo masculino, policial militar operacional do batalhão de operações especiais, queixa-se dor súbita no hemitórax direito há 3 dias, acompanhada de tosse seca persistente e sensação de pressão no peito no mesmo lado da dor. Foi atendido no pronto-socorro e a radiografia de tórax mostrou pneumotórax moderado à direita, com pequeno derrame pleural. O caso foi apresentado na reunião clínica e os residentes deram as seguintes opiniões:

R1: Esse paciente deve ser imediatamente submetido à drenagem pleural do pneumotórax para alívio dos sintomas. Não há indicação de tratamento cirúrgico nesse momento, por se tratar do primeiro episódio de pneumotórax espontâneo.

R2: O paciente deve ser submetido à drenagem pleural imediata e ser avaliado de acordo com a evolução do quadro. Se apresentar escape aéreo prolongado, deve ser submetido a tratamento cirúrgico.

R3: o paciente deve ser submetido à tomografia de tórax para avaliar presença de bolhas pulmonares e a seguir encaminhado para tratamento cirúrgico imediato.

Qual(is) residente(s) apresentou(aram) uma conduta equivocada de acordo com as bases do tratamento do pneumotórax espontâneo?

(A) Apenas R1.
(B) Apenas R1 e R3.
(C) Apenas R2 e R3.
(D) Apenas R1 e R2.
(E) R1, R2 e R3.

28

São indicações de traqueostomia, EXCETO

(A) obstrução de via aérea.
(B) necessidade de ventilação mecânica de longo prazo.
(C) falha no desmame da ventilação mecânica.
(D) via aérea difícil identificada no pré-operatório de grandes cirurgias.
(E) toalete brônquica.

29

Dissertando a respeito da traqueostomia em uma aula de técnica operatória, o professor enfatizou a necessidade de se realizar a abertura traqueal na altura dos primeiros 3 anéis traqueais. Assinale a alternativa que apresenta a justificativa para a ênfase que o professor deu a essa recomendação.

(A) É a região onde há menor vascularização cervical, portanto menos propensa a complicações vasculares.
(B) Traqueostomias muito próximas às pregas vocais podem provocar estenose subglótica, lesão de maior dificuldade no tratamento; traqueostomias mais caudais ficam próximas ao tronco arterial braquicefálico e podem formar fístula traqueoarterial.
(C) É o ponto de maior superficialidade da traqueia, sendo mais fácil o acesso cirúrgico.
(D) A vascularização traqueal, nesse ponto, é mais rica, favorecendo cicatrização adequada e menor chance de estenose após decanulação.
(E) A cartilagem traqueal no início da estrutura é mais maleável e facilita a abertura e a confecção da traqueostomia.

30

Paciente de 58 anos, índice performance status ECOG 0, ex-tabagista 50 anos/maço, tem passado de carcinoma escamocelular de laringe T1N0M0 há 8 anos, tratado adequadamente na época. A tomografia computadorizada de tórax revela nódulo pulmonar sólido de 0,9 cm no segmento lateral do lobo médio, sem adenomegalias mediastinais ou outros achados relevantes. Foi submetido à segmentectomia pulmonar não anatômica para diagnóstico, que revelou carcinoma de pequenas células, confirmado por imuno-histoquímica. Sobre a melhor conduta nesse momento, assinale a alternativa correta.

(A) Deve ser encaminhado para radioterapia e quimioterapia para completar o tratamento.
(B) Deve ser acompanhado com tomografia de tórax e abdome a cada 3 meses para controle.
(C) Deve ser submetido a estadiamento invasivo do mediastino antes de indicar tratamento cirúrgico.
(D) Deve ser submetido a lobectomia média para completar a ressecção e posteriormente, tratado com quimioterapia adjuvante.
(E) Deve ser submetido à 3 ciclos de quimioterapia neoadjuvante baseada em platina e encaminhado à ressecção cirúrgica.

31

Paciente do sexo masculino, 63 anos, tabagista 15 anos/maço, nódulo pulmonar periférico, espiculado, escavado, de 1,8 cm no segmento lateral do lobo médio. Foi submetido a PET-CT que mostrou captação anômala no nódulo e em linfonodo hilar direito, SUV de 7 e 6,4, respectivamente. Sobre os métodos de diagnóstico para a lesão descrita, assinale a alternativa correta.

(A) A broncoscopia flexível com biopsia transbrônquica apresenta rendimento satisfatório para o diagnóstico.
(B) O fato de ser lesão escavada é altamente sugestiva de doença granulomatosa, podendo ser iniciado tratamento específico com os dados apresentados.
(C) A biopsia percutânea orientada por tomografia computadorizada tem rendimento superior à broncoscopia no diagnóstico de lesões pulmonares periféricas.
(D) A ultrassonografia endoscópica não serve como método auxiliar no diagnóstico para esse caso.
(E) A citologia de escarro tem eficácia equivalente à broncoscopia nesse contexto.

32

Ainda com relação ao caso da questão anterior, durante reunião multidisciplinar, as seguintes afirmações foram feitas:

I. Caso o diagnóstico de câncer de pulmão seja confirmado o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico com lobectomia pulmonar.
II. O diagnóstico clínico mais provável é de câncer pulmonar, com estadiamento cT1bN1M0.
III. O estadiamento mediastinal invasivo é mandatório para o caso em questão.
IV. Não há necessidade de provas de função pulmonar, uma vez que o lobo médio tem pouca representatividade na fisiologia respiratória.

Com base nas informações desse caso, são corretas apenas as afirmações:

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

33

Paciente, 72 anos, ex-tabagista 34 anos/maço, que parou há 10 anos, apresenta nódulo pulmonar de 2,1 cm no ápice esquerdo, descoberto durante internação devido à isquemia cardíaca aguda. Foi submetido à biopsia percutânea orientada por tomografia que revelou adenocarcinoma pulmonar. O PET-CT apresentou captação na lesão pulmonar e, em linfonodo hilar, com SUV semelhantes. Após videomediastinoscopia, encontrou-se foco de micrometástase de 0,5 mm em linfonodo da cadeia paratraqueal baixa esquerda. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o caso descrito.

(A) O foco de 0,5 mm deve ser considerado com foco isolado por causa do tamanho e não deve ser considerado no estadiamento. Assim, o estadiamento é T1cN0 e o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico.
(B) Trata-se de estadiamento N2 de cadeia única e o paciente deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico, uma vez que o prognóstico. Nesses casos, é melhor.
(C) Trata-se de estadiamento N2 e não há indicação de tratamento cirúrgico. O paciente deve ser encaminhado para tratamento paliativo com quimio e radioterapia.
(D) O paciente deve ser levado para videotoracoscopia e o linfonodo hilar biopsiado. Caso seja negativo, estaremos diante de tumor de prognóstico mais favorável e a ressecção deve ser indicada.
(E) Não há indicação de tratamento operatório, uma vez que o paciente tem cardiopatia isquêmica e a sobrevida, nesses casos, é mais limitada.

34

Em relação aos critérios utilizados para avaliar a ressecção pulmonar nos casos de neoplasia primária, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A ressecção R0 considera o não acometimento microscópico das margens pulmonares e seis cadeias linfonodais livres de neoplasia: 3 mediastinais, sendo uma delas obrigatoriamente a cadeia 7, e 3 hilares ou intrapulmonares.
(B) A ressecção R1 considera o acometimento microscópico das margens pulmonares.
(C) A ressecção R2 considera o acometimento macroscópico das margens pulmonares e/ou a não ressecção de linfonodos positivos durante o procedimento.
(D) A ressecção incerta (R0un) considera margens microscópicas livres, porém com uma quantidade de linfonodos ressecados inferior à recomendada ou acometimento da cadeia mais elevada retirada na ressecção.
(E) A citologia do lavado pleural no transoperatório é recurso auxiliar na definição da qualidade da ressecção.

35

São contraindicações à traqueostomia percutânea, EXCETO

(A) paciente com tireoidite.
(B) limitação importante da extensão cervical.
(C) coagulopatia.
(D) necessidade de parâmetros elevados na ventilação mecânica.
(E) infecção de tecidos moles no pescoço.

36

Paciente feminina, 88 anos, internada devido à descompensação de insuficiência cardíaca, já em uso de medicação adequada. Radiografia de tórax mostra derrame pleural bilateral, pequeno à esquerda e moderado à direita. A paciente encontra-se eupneica em repouso, acinaótica, sem tosse ou dor torácica. Queixa-se sibilância discreta à noite. Preocupados com os achados da radiografia, 3 estudantes do internato de clínica médica procuram o médico responsável para discutir o caso com as seguintes colocações:

I. Gostaria de fazer a drenagem do derrame pleural para aliviar por completo o desconforto respiratório da paciente.
II. Gostaria de realizar pleuroscopia à direita, uma vez que o derrame maior pode ser devido a outro diagnóstico presente.
III. Gostaria de realizar punção pleural à direita para avaliar bioquimicamente o liquido pleural para determinar a necessidade de tratamento mais invasivo.

Considerando o caso apresentado, é/são pertinente(s) a(s) colocação(ões):

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

37

Sobre as causas de quilotórax, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A principal causa está relacionada às neoplasias do sistema linfático.
(B) Dentre as causas iatrogênicas as mais comuns estão relacionadas às cirurgias esofágicas.
(C) Em recém-nascidos, o quilotórax está mais relacionado a complicações pós- operatórias do que a tocotraumatismos.
(D) O quilotórax pode ser espontâneo, com ruptura do ducto após acessos de tosse ou vômitos após refeições.
(E) Doenças infecciosas podem cursar com linfonodomegalias e obstrução do ducto torácico.

38

Na avaliação do paciente com hiperidrose, são fatores que sugerem hiperidrose secundária os seguintes, EXCETO

(A) início dos sintomas na idade adulta.
(B) história familiar negativa para hiperidrose.
(C) suor excessivo durante o sono.
(D) sudorese difusa durante o exercício.
(E) obesidade mórbida.

39

As fraturas de costela são lesões comuns em vários tipos de trauma torácico, ocorrendo em 10% de todos os pacientes traumatizados. Sobre as fraturas de costela, assinale a alternativa correta.

(A) A grande maioria dos casos de fratura está associada a iatrogenias, como massagem cardíaca e traumas diretos em cirurgia torácica.
(B) As complicações das fraturas de costela são mais comuns em pacientes jovens, uma vez que o trauma tende a ser de maior energia.
(C) São mecanismos que podem levar à fratura costal: tosse crônica e movimentos repetitivos em atividade física.
(D) Apesar de causar dor importante, não há complicações graves associadas às fraturas de costela.
(E) As fraturas dos primeiros arcos tendem a ser melhor toleradas, uma vez que há menor movimentação destes durante o movimento respiratório.

40

Paciente de 37 anos, diabética desde a infância, sofreu acidente automobilístico enquanto dirigia para casa após pegar a filha de 11 anos no colégio (colisão frontal contra poste de luz após perda súbita de consciência). Ambas estavam com cinto de segurança no momento do trauma. A mulher deu entrada no pronto-socorro com dispneia moderada, confusão mental e queixando-se de muita dor torácica anterior esquerda, com equimose correspondente ao local do cinto de segurança. A radiografia de tórax revelou derrame pleural pequeno, com fraturas do terceiro ao nono arcos costais à esquerda, anterolaterais e com desvio importante, além de fratura esternal do terço médio, alinhada, e fratura da clavícula esquerda.

A criança estava estável e queixava dor moderada no hemitórax direito, com radiografia de tórax mostrando fratura do quarto arco lateral, sem desvio. Quanto à fisiopatologia do trauma torácico, assinale a alternativa correta.

(A) Não há indicação de propedêutica adicional para a mulher, que deve ser encaminhada para tratamento operatório imediato das fraturas de costela.
(B) Deve-se investigar doença óssea subjacente, uma vez que o padrão das fraturas costais na mulher estão em desacordo com o esperado pela cinemática do trauma envolvido.
(C) A presença de “air bags” no carro não mudaria o desfecho dos achados no caso em questão.
(D) A fratura da criança denota posição incorreta do cinto de segurança.
(E) Apesar da estabilidade da criança, há vários indícios de trauma de alta energia no caso e ambas devem ser avaliadas com relação a lesões subjacentes intratorácicas e adequadamente observadas.

Pneumologia

41

A classificação atual de Hipertensão Pulmonar considera dados da apresentação clínica, fisiopatologia, achados anatomopatológicos e parâmetros hemodinâmicos e propõe a divisão em 5 grupos distintos. Quais das comorbidades a seguir são consideradas do grupo 1 (Hipertensão Arterial Pulmonar)?

(A) Sarcoidose e Infecção pelo HIV.
(B) Esquistossomose e Hemangiomatose Capilar Pulmonar.
(C) Anemia Hemolítica Crônica e Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática.
(D) Doença de Gaucher e Hipertensão Arterial Pulmonar Hereditária.
(E) Neurofibromatose e Doenças do Tecido Conectivo.

42

Paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, trabalha como auxiliar de serviços gerais. Procura atendimento médico com queixa de que, há três anos, durante o trabalho, apresentou quadro de dispneia, sibilância e tosse seca, além de rinorreia, espirros e lesão em mucosa nasal. Na ocasião, procurou atendimento médico, sendo diagnosticadas asma e rinite alérgica. Durante esses três anos, apresentou vários episódios de exacerbações dos sintomas respiratórios, incluindo uso de corticoide injetável por conta própria. Procura atendimento médico devido à nova piora clínica, dessa vez com quadro de tosse produtiva com expectoração purulenta e raias de sangue, o que o preocupou muito. Realizou ciclo de antibióticos sem melhora dessa vez. Evoluiu com adenopatia cervical, disfagia e emagrecimento de 10kg desde o início do quadro. Optou-se por internamento para melhor investigação. Foram realizados hemograma, que revelou eosinofilia de 24% e anticorpo ANCAp positivo; tomografia computadorizada dos seios da face, que demonstrou sinusopatia maxilo-etmoidal bilateral e polipose nasal; e tomografia computadorizada de tórax, que apresentou múltiplos nódulos pulmonares, além de consolidação e opacidades em vidro fosco. Foi realizada biópsia transtorácica do nódulo em lobo inferior esquerdo, que demonstrou infiltrado eosinofílico intenso e vasculite de pequenos vasos. Diante do caso, o provável diagnóstico é

(A) Síndrome de Churg-Strauss ou Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (EGPA).
(B) Granulomatose com Poliangeíte (GPA).
(C) Síndrome de Wegener.
(D) Síndrome de Goodpasture.
(E) Aspergilose broncopulmonar alérgica.

43

O termo bronquiectasia se refere à evidência de dilatação brônquica irreversível, usualmente notada em uma Tomografia de tórax. Existem muitas condições congênitas e adquiridas relacionadas ao aparecimento de bronquiectasias. São causas de bronquiectasias, EXCETO

(A) Síndrome de Caplan.
(B) Síndrome de Mounier-Kuhn.
(C) Síndrome de Williams-Campbell.
(D) Síndrome de Young.
(E) Síndrome de Sjögren.

44

Os sintomas não controlados de asma são importantes fatores de risco para futuras exacerbações. Além do não controle dos sintomas, existem outros fatores de risco adicionais potencialmente modificáveis para exacerbações, até mesmo em pacientes pouco sintomáticos. São fatores de risco para exacerbações, EXCETO

(A) utilização de altas doses de broncodilatador de curta duração (SABA).
(B) comorbidades como obesidade e doença do refluxo gastroesofágico.
(C) VEF1 baixo, especialmente abaixo de 80% do previsto e ausência de resposta broncodilatadora na espirometria.
(D) presença de exacerbações anteriores nos últimos 12 meses, história de internações em UTI ou necessidade de intubação orotraqueal devido à asma.
(E) contexto com problemas socioeconômicos ou psicológicos maiores.

45

Sobre a vacinação contra a Covid-19, assinale a alternativa correta.

(A) A OMS recomenda a vacinação de adolescentes acima dos 17 anos sem comorbidades, desde que obedecida a priorização da imunização de outros grupos mais vulneráveis. Não há recomendações até o momento para menores de 17 anos.
(B) Recomenda-se a dosagem de anticorpos neutralizantes específicos ou anticorpos totais, para avaliar o nível de imunidade ou proteção individual contra a Covid-19 em pacientes de grupo de risco.
(C) São consideradas pneumopatias de risco, com indicação de vacinação para Covid-19: Asma brônquica e Rinite alérgica, Hipertensão Arterial Pulmonar e Síndrome de Apneia Obstrutiva do sono.
(D) Diferentes tecnologias vêm sendo empregadas: das clássicas (como as vacinas de vírus inteiros inativados), subunitárias proteicas, recombinantes e VLP, às novas plataformas de ácidos nucleicos (DNA e mRNA) e de vetores virais. Em todos os casos, o alvo dos imunizantes é a proteína S (spike), responsável pela ligação do vírus SARS-CoV-2 com as células humanas.
(E) A tecnologia de RNA mensageiro (mRNA) é empregada em vacinas como Fiocruz/Oxford/AstraZeneca e Janssen.

46

A fibrose pulmonar idiopática (FPI) representa uma das doenças pulmonares intersticiais (DPI) mais comuns, definida como uma pneumonia intersticial fibrosante crônica de causa desconhecida e caracterizada pelo padrão de pneumonia intersticial usual tanto na tomografia computadorizada quanto no exame anatomopatológico. Um consenso endossado por várias entidades internacionais sugere que, em pacientes com suspeita clínica de FPI, a TCAR seja estratificada classificando-os de acordo com os níveis de probabilidade em relação ao padrão PIU. Em relação à tomografia de tórax e à interpretação dos padrões radiológicos da doença, é correto afirmar que

(A) o padrão provável para PIU é caracterizado por reticulação bilateral e faveolamento, com bronquiectasias e bronquiolectasias de tração periférica, predominantemente basais e subpleural.
(B) o padrão indeterminado para PIU caracteriza-se por presença de opacidades reticulares e bronquiolectasias de tração distribuídas perifericamente no plano axial e com gradiente apicobasal no eixo longitudinal, mas que não apresentam faveolamento.
(C) o padrão tomográfico Típico de PIU é acurado para diagnosticar a FPI sem a necessidade de biópsia.
(D) o termo faveolamento refere-se a um agrupamento de cistos com conteúdo aéreo, geralmente medindo de 10-30 mm, com paredes finas e pouco definidas.
(E) o padrão tomográfico de PIU caracteriza-se por atenuação em vidro fosco, opacidades reticulares e bronquiolectasias de tração, com distribuição.

47

Paciente procura atendimento com queixa de episódios de dispneia associados à sibilância, sensação de pressão torácica e tosse seca. Refere episódios desencadeados por exposição à poeira e outras situações como fumaça e cheiros fortes. Nega ter apresentado despertares noturnos devido a esses sintomas, e as "crises" acontecem com a frequência de, aproximadamente, uma vez ao mês. Nunca fez tratamento ou uso de medicações inalatórias. Realizou espirometria a qual apresentava VEF1 e a relação VEF1/CVF estava dentro dos limites da normalidade. A melhor estratégia terapêutica na hipótese de Asma seria:

(A) Corticoide Inalatório + Formoterol dose baixa diário associado a beta2-agonista de curta duração se necessário.
(B) Corticoide Inalatório + Formoterol dose moderada diário associado a Beta2-agonista de curta duração se necessário.
(C) Corticoide Inalatório + Formoterol dose baixa se necessário.
(D) Corticoide Inalatório dose baixa se necessário.
(E) Beta2-agonista de curta duração se necessário.

48

Paciente feminina, 69 anos, tabagista de longa data 50maços/ano, procura atendimento com queixa de dispneia aos esforços, como quando caminha depressa no plano ou quando precisa subir uma ladeira suave. Refere início dos sintomas há mais de 01 ano, mas vem sentindo piora progressiva desde então. Refere também tosse produtiva e pigarro matinal mas acredita ser devido ao cigarro, sendo que, há 02 meses, necessitou de internação hospitalar devido a quadro de piora da tosse e da dispneia. Após avaliação inicial, a paciente realizou espirometria que demonstrou relação VEF1/CVF 0,6 pós BD, com prova broncodilatadora negativa. Para essa paciente, a melhor opção terapêutica seria

(A) Antagonista Muscarínico de longa duração de ação.
(B) Corticosteroides Inalados+ Agonista β2 de longa duração de ação.
(C) Corticosteroides Inalados+Agonista β2 de longa duração de ação + Antagonista muscarínico de longa duração de ação.
(D) Agonista β2 de longa duração de ação.
(E) Agonista β2 de curta duração de ação.

49

Paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, agricultor, procurou atendimento médico por queixa de tosse produtiva, hemoptise e dispneia progressiva de início há cerca de 90 dias, associadas a quadro de febre irregular, emagrecimento de 4 quilos no período. Ao exame físico, apresenta lesão granulomatosa na comissura labial direita. Foi realizada Tomografia Computadorizada de Tórax que evidenciou importante distorção arquitetural, extensos focos de consolidações subpleurais, nódulos escavados, espessamento de septos interlobulares, bandas parenquimatosas, focos esparsos de atenuação em vidro fosco, opacidades nodulares de espaço aéreo e algumas áreas de sinal do halo invertido nos lobos inferiores. Foi realizada broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia endobrônquica. Na biópsia, há presença de células gigantes multinucleadas englobando estruturas arredondadas com membrana birrefringente, além de figura típica em "roda de leme" Qual seria a conduta mais adequada para esse caso?

(A) Esquema RIPE: Rifampicina, Etambutol, Isoniazida e Pirazinamida por 6 meses.
(B) Itraconazol 200 mg/dia VO por 9-18 meses.
(C) Iniciar a corticoterapia imediatamente com prednisona 60 mg, associada à profilaxia com isoniazida.
(D) Anfotericina B 1mg/kg/dia endovenosa.
(E) Sulfametoxazol 160mg +Trimetroprim 800 mg VO de 12/12horas por 3 a 6 meses.

50

Paciente feminina, 28 anos, apresenta-se com queixa de tosse produtiva, com escarro amarelado e alguns episódios de hemoptoicos com início há 04 semanas. Refere, associados ao quadro, episódios de febre principalmente no final da tarde, adinamia, anorexia, emagrecimento de 10kg no período e sudorese noturna. Diante da suspeita levantada nesse caso e sobre o diagnóstico bacteriológico de Tuberculose, assinale a alternativa correta.

(A) A pesquisa de BAAR é um método rápido e de baixo custo, contudo apresenta menor sensibilidade em pacientes com a coinfecção por HIV, sendo de aproximadamente 20-60%.
(B) A indução de escarro com solução salina hipertônica é uma técnica útil em indivíduos que são incapazes de produzir escarro, entretanto não possui um rendimento diagnóstico satisfatório quando comparada à broncoscopia com LBA.
(C) A realização de cultura em meios sólidos e/ou líquidos não é mais considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de tuberculose pela OMS.
(D) O Xpert MTB/RIF recebeu a denominação de teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) e está indicado para o diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar em adultos e adolescentes, podendo ser utilizado com amostras de sangue.
(E) Outro tipo de teste molecular aprovado e recomendado para uso pela OMS em material respiratório é o line probe assay, contudo esse teste não identifica resistência à rifampicina.

51

A espirometria é a medida do ar que entra e sai dos pulmões, sendo um teste que auxilia na prevenção e permite o diagnóstico e a quantificação dos distúrbios ventilatórios. A espirometria é um exame peculiar em medicina, posto que exige compreensão e colaboração do paciente, equipamentos exatos e emprego de técnicas padronizadas aplicadas por pessoal especialmente treinado. Assinale a alternativa que engloba critérios para espirometria de boa qualidade.

(A) Pelo menos três testes aceitáveis; Inspiração máxima antes do início do teste e Volume retroextrapolado < 15% da CVF ou 0,25L.
(B) Diferença entre os três maiores valores do PFE < 10% ou 0,5L/s; Duração satisfatória do teste em geral > 3s.
(C) Término Platô no último segundo; Artefatos ausentes como Tosse no 1º segundo e resultados reprodutíveis para CVF e VEF1 (os dois maiores valores devem diferir < 0,3L).
(D) Resultados reprodutíveis (para CVF e VEF1 os dois maiores valores devem diferir < 0,15L) e Duração satisfatória do teste em geral > 6s.
(E) Pelo menos dois testes aceitáveis e Volume retroextrapolado < 5% da CVF ou 0,15L, o que for maior.

52

Paciente, 19 anos, sexo masculino apresenta-se à emergência com queixa de dor torácica, de início súbito, localizada no hemitórax direito e associada à dispneia. Realizou Rx de Tórax que evidenciou pneumotórax espontâneo à direita. A melhor descrição para o exame físico do tórax acometido pelo pneumotórax seria

(A) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal diminuído, macicez à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(B) expansibilidade aumentada, frêmito tóraco-vocal aumentado, macicez à percussão, murmúrio vesicular normal.
(C) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal diminuído, timpanismo à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(D) expansibilidade aumentada, frêmito tóraco-vocal aumentado, macicez à percussão, murmúrio vesicular ausente.
(E) expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal aumentado, timpanismo à percussão, murmúrio vesicular normal.

53

Em relação ao tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), são fatores a considerar ao se iniciar tratamento com corticoide inalatório em combinação com um ou dois broncodilatadores de longa duração de ação, EXCETO

(A) eosinófilos sanguíneos >300 células/μL.
(B) eventos de pneumonia frequentes.
(C) ≥2 exacerbações moderadas de DPOC por ano.
(D) história de asma, ou asma concomitante.
(E) história de hospitalização por exacerbações de DPOC apesar de terapêutica de manutenção apropriada com broncodilator de longa duração de ação.

54

Sobre a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono, assinale a alternativa correta.

(A) Existe relação direta entre a prevalência de SAHOS e o índice de massa corporal. Além da obesidade, a circunferência cervical maior que 30 cm também tem relação direta com a prevalência da doença.
(B) Fatores de risco incluem retro/micrognatia, macroglossia, hipertrofia adenoamigdaliana, obesidade, obstrução nasal, tabagismo, hipotireoidismo e fatores hereditários. A doença é agravada por medicamentos sedativos e ingesta de álcool.
(C) A polissonografia é o exame complementar que confirma o diagnóstico e avalia objetivamente a gravidade da SAHOS. O critério diagnóstico em pacientes sintomáticos é de quinze ou mais eventos de apneia/hipopneia por hora.
(D) Classifica-se o distúrbio como leve na observação de 15 a 20 eventos/hora; moderado de 21 a 30 eventos/hora e grave se mais de 30 eventos/hora.
(E) Em relação ao tratamento, o paciente deve ser aconselhado a evitar a posição de decúbito lateral ao dormir. Pessoas em uso de próteses dentárias totais devem ser aconselhadas a dormir sem as próteses.

55

Em relação às vacinas pneumocócicas, assinale a alternativa correta.

(A) Existem duas vacinas seguras e eficazes para proteger adultos da doença pneumocócica: a VPP23 e a VPC13. A vacinação é eficaz na prevenção das formas invasivas da infecção pneumocócica e há evidências de proteção também para a pneumonia adquirida na comunidade.
(B) Embora persistam algumas controvérsias, a VPP23 fornece proteção para a infecção pneumocócica invasiva de 30% em adultos, e sua indicação se mantém para pessoas com alguma condição de risco para a infecção.
(C) Recomenda-se como rotina, para todas as pessoas com mais de 65 anos de idade, independente da situação de saúde, uma dose da VPC13 seguida de uma dose da VPP23 com intervalo de 2 meses.
(D) Para aqueles que antes receberam uma dose de VPP23, é necessário respeitar o intervalo de 30 dias para aplicar a VPC13 e agendar uma segunda dose de VPP23 para cinco anos após a primeira VPP23.
(E) Para grupos de risco, independentemente da idade, recomenda-se o uso sequencial de VPC13 e VPP23 com intervalo de 2 semanas entre elas.

56

Paciente, 35 anos, branco, procura atendimento com queixa de quadro de astenia e adinamia há 2 meses, associadas a edema de membros inferiores bilateral. Há 30 dias, relata surgimento de nódulos em pernas associado à febre não aferida, sudorese noturna intensa e tosse não produtiva esporádica. Foi realizado RX de tórax sugerindo alargamento mediastinal. Prosseguiu-se investigação com TC de tórax a qual identificou discreto infiltrado intersticial e linfonodos de tamanho aumentado peri-hilar bilateral. Foi realizado Lavado Broncoalveolar o qual demonstrou aumento de linfócitos, com a presença de relação CD4/CD8: 4,0. Assinale a principal hipótese diagnóstica nesse caso.

(A) Sarcoidose.
(B) Tuberculose.
(C) Linfoma.
(D) Churg-Strauss.
(E) Histoplasmose.

57

Paciente, com diagnóstico de asma há mais de cinco anos, procura atendimento com queixa de episódios frequentes de dispneia associados à sibilância e tosse seca. Refere episódios diários com despertares noturnos, mais de dois episódios por semana. Fazia uso de medicação inalatória, mas parou há mais ou menos 60 dias. Realizou espirometria, a qual apresentava redução do VEF1 e da relação VEF1/CVF de forma leve, com prova broncodilatadora positiva. Qual seria o esquema terapêutico melhor indicado nesse caso?

(A) Formoterol+Budesonida 12/400mcg de 12/12 horas associado à dose extra se necessário.
(B) Formoterol+Budesonida 6/200 mcg de 12/12horas associado à dose extra se necessário.
(C) Beclometasona+Fomoterol 200/6mcg de 12/12horas e SABA se necessário.
(D) P. Fluticasona+Salmeterol 50/250 mcg de 12/12horas e SABA se necessário.
(E) F.Fluticasona+ T.Vilanterol 200/25 mcg uma vez ao dia associado à dose extra se necessário.

58

Mulher de 42 anos de idade, previamente hipertensa e com sobrepeso, chegou ao pronto atendimento com quadro de dispneia há 6 horas associada à dor torácica. Nega outros sintomas associados como tosse ou febre. Nega outras comorbidades, cirurgias ou alergias prévias. Ao exame: BEG, corada, afebril, acianótica, orientada. Ausculta Pulmonar sem alterações, FR=30 ipm, saturando 92%, Ausculta Cardíaca com RCR em 2T, BNF, FC=120 bpm, PA= 120/70 mmHg, membros inferiores sem edemas. Diante da suspeita de Tromboembolismo Pulmonar, qual é a investigação mais adequada nesse momento?

(A) Solicitar Angiotomografia de tórax.
(B) Solicitar Dosagem de D-dímero.
(C) Solicitar Cintilografia ventilação-perfusão.
(D) Solicitar Ecocardiograma, troponina e BNP.
(E) Não há necessidade de investigar porque é de baixa probabilidade.

59

Homem de 50 anos com queixa de febre há 25 dias de 38°C associada à tosse produtiva com secreção purulenta. Refere também início de dispneia aos médios esforços há 72h. Antecedente de hepatite C, sem outras comorbidades. Ao exame físico, bom estado geral, lúcido, orientado, consciente, corado, hidratado, emagrecido. À ausculta, murmúrio vesicular diminuído em base esquerda e estertores distribuídos por todo o hemitórax esquerdo. Radiografia e tomografia computadorizada de tórax evidenciam derrame pleural à esquerda de volume moderado, que se estende da base ao terço médio do hemitórax, com sinais de septação, caracterizados pela presença de coleção líquida na região anterior ao pulmão. Opta-se por internamento e realização de toracocentese. Sobre a toracocentese, é correto afirmar que

(A) trata-se de um procedimento pouco seguro e invasivo.
(B) deve-se atentar às contraindicações absolutas, dentre elas, pacientes em uso de ventilação mecânica devido a alto risco de pneumotórax.
(C) atualmente não é recomendado o uso do ultrassom para guiar o exame em tempo real de forma rotineira, uma vez que resulta em procedimento mais efetivo, porém com maior custo e sem alterar a probabilidade de complicações.
(D) deve-se sempre procurar tangenciar a borda inferior do arco costal para reduzir o risco de lesões de vasos intercostais.
(E) devido ao risco de edema de reexpansão, os sistemas de pressão negativa, quando utilizados, devem ser utilizados com cautela. Sabe-se que a retirada de volumes superiores a 1.500 ml de líquido por sessão aumenta o risco de edema pulmonar de reexpansão.

60

Sobre o tratamento dos casos leves de Covid-19 (não hospitalizados), assinale a alternativa correta.

(A) O uso de antibióticos na profilaxia de Covid-19 ou tratamento de pacientes com Covid-19 leve não é recomendado, exceto a azitromicina por seu efeito anti-inflamatório.
(B) Há redução no risco de evolução para quadro respiratório grave com o uso de plasma convalescente (IV) em pacientes idosos (idade > de 75 anos ou com idade entre 65 e 74 anos associado a comorbidades) não hospitalizados com quadro de Covid-19 leve.
(C) O uso de esteroide em pacientes com quadro de Covid-19 leve deve ocorrer já nas fases iniciais da doença para evitar o agravamento do quadro respiratório.
(D) O uso de anticoagulantes na Covid-19 deve ser feito na dose de profilaxia , mas não se recomenda o tratamento com doses anticoagulantes para pacientes com Covid-19.
(E) O uso de antiviral em pacientes com quadro de Covid-19 leve não é recomendado devido à ausência de estudos científicos a respeito. Não há evidências de produzir benefício nem de produzir danos.

61

Em relação à fibrose cística, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) É uma doença genética de padrão de hereditariedade autossômico recessivo.
(B) É uma doença multissistêmica, além do pulmão pode acometer fígado, e pâncreas.
(C) O teste do suor é considerado padrão ouro para diagnóstico.
(D) O tratamento é multidisciplinar e se baseia em tratar as diversas alterações orgânicas.
(E) A análise das mutações para confirmar o diagnóstico de fibrose cística tem baixa especificidade, porém alta sensibilidade.

62

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica, de causa desconhecida, que acomete principalmente adultos de 20 a 50 anos, numa mesma proporção entre homens e mulheres. Em relação à sarcoidose, assinale a alternativa correta.

(A) A tomografia é exame padrão ouro para o diagnóstico de sarcoidose.
(B) A azitromicina é utilizada com primeira linha para o tratamento farmacológico.
(C) O tipo radiológico IV corresponde à fase fibrótica em que a doença está curada e inativa.
(D) Tem alta taxa de mortalidade.
(E) A biópsia não é importante para auxílio do diagnóstico.

63

O tabagismo é uma doença crônica que acomete cerca de um terço da população mundial com mais de 15 anos. No Brasil aproximadamente 200.000 pessoas morrem por doenças relacionadas ao fumo. Em relação ao tabagismo, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O tabagismo predispõe ao câncer de endométrio.
(B) A mudança comportamental é uma das estratégias para conseguir cessar com o tabagismo.
(C) A terapia de reposição de nicotina é indicada quando o paciente tem alta dependência de nicotina.
(D) A vareniclina é um agonista parcial do receptor nicotínico. Ela ajuda a diminuir a fissura pela droga por meio da estimulação dopaminérgica.
(E) O tratamento em grupo é uma das estratégias para o tratamento.

64

A doença pulmonar obstrutiva crônica é uma resposta inflamatória anormal do pulmão. É caracterizada por limitação progressiva do fluxo aéreo. Em relação à doença pulmonar obstrutiva crônica, assinale a alternativa correta.

(A) Fumantes asmáticos não apresentam maior risco de DPOC do que asmáticos não fumantes.
(B) A exposição ocupacional a químicos irritantes, vapores, cachimbo, charutos, poluição é considerada fator de risco.
(C) É considerada uma doença prevenível, já que fatores genéticos não são considerados fatores de risco.
(D) Para realizar o diagnóstico é necessária a realização de biópsia pulmonar.
(E) A condensação é o achado mais comum no raio-x de tórax.

65

Assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O tabagismo sob forma de cigarros tem sido continuadamente identificado como o fator de risco mais importante associado ao surgimento de câncer de pulmão.
(B) Dentre os carcinomas brônquicos o que ocorre com maior frequência é o carcinoma escamoso.
(C) Existem síndromes paraneoplásicas ligadas ao câncer de pulmão, dentre elas podemos destacar a síndrome de Schwatz-Barter; síndrome de Cushing e Síndrome de Trosseau.
(D) A lobectomia é a modalidade terapêutica de escolha para pacientes portadores de carcinoma de células pequenas.
(E) O carcinoma bronquioalveolar pode tanto apresentar-se como pequena lesão nodular periférica como assumir o aspecto de extensas lesões pulmonares, uni ou bilaterais, sob a forma de consolidação alveoloductal, podendo ser confundido com pneumonia.

66

A asma é uma doença crônica que acomete tanto crianças quanto adultos. Ela é caracterizada clinicamente por episódios de tosse e dispneia, principalmente noturna. Em relação à asma, assinale a alternativa correta.

(A) O raio-x de tórax não é útil no estadiamento e nas avaliações de conduta na asma.
(B) O tratamento da asma é puramente medicamentoso.
(C) Os broncodilatadores inalatórios são o tratamento de manutenção de primeira linha para a asma.
(D) O uso isolado de beta agonistas de longa duração tem uma resposta boa durante o tratamento de manutenção.
(E) A aminofilina intravenosa pode ser usa para reverter uma crise de asma.

67

F.J.S., 35 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro com queixa de dispneia súbita e dor em hemitórax à direita. Nega comorbidades. Refere artroplastia de tornozelo direito há 10 dias. Sinais vitais PA: 140/90mmHg; FC: 108; FR: 24; SPO2: 98%; T: 36,3°C. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, corada, hidratada, comunicativa. Sem sinais de turgência jugular; ac: bcrnf 2t sem sopro audível; ap: mv+, bilateralmente, diminuído em base direita. Abd: globoso, rha+, timpânico, indolor à palpação sem massas palpáveis. Sinais de empastamento em membro inferior direito. Diante desse quadro clínico, qual é hipótese diagnóstica?

(A) Tamponamento cardíaco.
(B) Insuficiência mitral grave.
(C) Insuficiência aórtica grave.
(D) Tromboembolismo pulmonar.
(E) Dissecção de aorta.

68

H.V.N., 49 anos, masculino, procura UBS por quadro de tosse produtiva com raias de sangue há 2 meses, febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal de 10kgs nos últimos 2 meses. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, hipocorado 2+/4+, desidratado 1+/4+, comunicativo. Ac: bcrnf 2t sem sopro audível; ap: mv+, bilateralmente, diminuídos em terço superior esquerdo, estertores crepitantes em terço superior esquerdo. Abd: globoso, rha+, timpânico, indolor à palpação sem massas palpáveis. Foram realizados exames complementares: HB:9,7, HT:29,9, LEUCO:5000, BAST:0%, SEG:60% e PCR:17. Rx de tórax: presença de pequenos nódulos periféricos em ápice esquerdo. Diante do quadro clínico, qual é a hipótese diagnóstica e qual exame é considerado padrão-ouro pela OMS para a confirmação diagnóstica?

(A) Tuberculose pulmonar, teste rápido molecular.
(B) Covid, RT-PCR sar-cov-2.
(C) Tuberculose pulmonar, cultura para micobactérias em material pulmonar.
(D) Covid, tomografia de tórax.
(E) Tuberculose pulmonar, baciloscopia 2-3 amostras.

69

C.C.F., 23 anos, feminina, procura ajuda em pronto-socorro por dispneia e tosse seca após correr por 1 hora. É previamente sedentária. Nega comorbidades e alergias medicamentosas. Ao exame físico: SPO2: 89%, FR:27, FC:112, PA:140/90MMHG, T:36,5°C, REG, corada, hidratada, comunicativa, orientada. AC: BCRNF 2T sem sopro audível. AP: mv+, bilateralmente, sibilos difusos, frêmito toracovocal diminuído. Foram realizados os seguintes exames: leuco: 5.200; bastonetes 0%; segmentados 50%; eosinófilos 6%; PCR: 12; desidrogenase láctica 270. Quais são a hipótese diagnóstica e a conduta pertinente para o tratamento desse caso clínico?

(A) Pneumonia bacteriana – oxigênio, iniciar antimicrobiano de amplo espectro e glicocorticoides.
(B) Tuberculose – oxigênio e glicocorticoides.
(C) Pneumonia bacteriana – iniciar corticosteroides.
(D) Asma – oxigenoterapia, glicocorticoides, beta-2 agonista de longa duração e anticolinérgico.
(E) Asma – oxigênio, beta-2 agonista de curta duração, anticolinérgico e glicocorticoide.

70

J.P.C, 31 anos, masculino, realiza consulta ambulatorial com pneumologista, pois tem grande desejo de parar de fumar. Refere que é tabagista há 15 anos, cerca de 2 maços/dia. Não apresenta comorbidades. Foi realizado teste de Fargerström igual a 7. Levando em consideração o tratamento do tabagismo, qual é a melhor abordagem para esse paciente?

(A) Terapia cognitivo-comportamental reforçada com psiquiatra, associada à bupropiona.
(B) Terapia cognitivo-comportamental individualizada, associada à terapia de reposição de nicotina e/ou vareniclina.
(C) Terapia cognitivo-comportamental individualizada, associada à amitriptilina e à terapia de reposição de nicotina.
(D) Bupropiona associada à vareniclina.
(E) Terapia cognitivo-comportamental reforçada com psiquiatra associada à terapia de reposição de nicotina.

71

J.M.F, 90 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro por tosse produtiva e confusão mental há 2 dias. Faz tratamento para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Sinais vitais TAC: 38,5°C; spo2:90%; FR:16; FC:112; PA:80/60mmhg. Ao exame físico, apresenta-se em mau estado geral, hipocorada 1+/4+, desidratada 2+/4+, comunicativa, com confusão mental e sonolência. AC: bcrnf 2t sem sopro audível; AP: mv+, bilateralmente, estertores crepitantes em base esquerda, frêmito toracovocal aumentado em base esquerda, macicez a percussão em base esquerda. Aos exames, apresenta leuco: 17.980; bastonetes:10%; segmentados 63%; proteína C reativa 40; ureia 55; dímero-D:150. Diante desse quadro clínico, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Monitorização, oxigenoterapia, hidratação, hemocultura, antibiótico de amplo espectro, solicitar vaga em unidade de terapia intensiva.
(B) Hidratação, oxigenoterapia, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em unidade de terapia intensiva.
(C) Monitorização, oxigenoterapia, hidratação, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.
(D) Monitorização, hidratação, oxigenoterapia, anticoagulação plena, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.
(E) Monitorização, hidratação, oxigenoterapia, antibiótico de amplo espectro, solicitar angiotomografia, solicitar vaga em enfermaria.

72

S.C.R, 33 anos, masculino, tabagista de longa data, deu entrada em pronto-socorro com queixa de leve dispneia há 03 dias. Nega quadros semelhantes prévios. Sinais vitais PA:130/80mmhg; TAX: 36,5°C; Spo2:95%; FC:80; FR:14. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, comunicativo, corado, hidratado. AC: bcrnf 2t sem sopro audível, AP: mv+, bilateralmente, diminuído em terço médio à esquerda. Foi realizado raio-X de tórax evidenciando pneumotórax em hemitórax à esquerda, distância de 0,3 cm entre a pleura visceral e a parede torácica lateral na altura do hilo pulmonar. Qual é a melhora conduta para esse paciente?

(A) Tratamento conservador.
(B) Aspiração por agulha.
(C) Drenagem pleural fechada.
(D) Pleurodese química.
(E) Tratamento cirúrgico.

73

D.D.P., 57 anos, feminina, está internada em unidade de terapia intensiva por quadro de pneumonia aspirativa há 3 dias. A paciente está acamada há 5 anos, após acidente cerebral vascular isquêmico. Evoluiu com dispneia e tosse produtiva há 1 dia. Sinais vitais: TAX:38,5°C; SpO2: 88%; FC: 114; FR:18; PA:100/70mmHg. Ao exame físico, mau estado geral, hipocorada 1+/4+, hidratada, comunicativa. AC: bcrnf 2t sem sopro audível, AP: MV+, bilateralmente, diminuído em base esquerda, estertores crepitantes em terço médio esquerdo. Foram realizados os seguintes exames: raio-X de tórax: presença de derrame pleural volumoso em base esquerda e parte inferior de terço médio esquerdo, consolidação em terço médio à esquerda; toracocentese diagnóstica: líquido esverdeado, ph:6,7; gli:40; ldh:1300; presença de *S. aureus*. Quais são o diagnóstico e a conduta mais condizentes com o caso?

(A) Transudato, broncoscopia.
(B) Empiema, drenagem pleural fechada.
(C) Quilotórax, pleurodese.
(D) Hemotórax, lobectomia.
(E) Pneumotórax, conduta expectante.

74

P.D.P., 19 anos, feminina, dá entrada em pronto-socorro por dor em ápice de hemitórax à direita, associada a desconforto respiratório súbito. Histórico de tabagismo e uso de anticoncepcional hormonal oral. Sinais vitais: TAX: 36,5°, FR: 20irpm, FC:120bpm, Spo2: 89%. Ao exame físico, regular estado geral, corada, hidratada, comunicativa. Ausculta cardíaca: bulhas cardíacas rítmicas normofonéticas em 2 tempos sem sopros audíveis; ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente abolido em ápice direito. Diante desse quadro clínico, quais são a hipótese diagnóstica e a melhor conduta?

(A) Insuficiência aórtica grave, tratamento cirúrgico de emergência.
(B) Dissecção de aorta, toracotomia de emergência.
(C) Insuficiência mitral grave, administração de diuréticos.
(D) Tromboembolismo, anticoagulação plena.
(E) Tamponamento cardíaco, pericardiocentese.

75

E.R.S., feminina, 97 anos, em tratamento para câncer de pulmão de pequenas células, com metástase em fígado, fêmur e crânio. Dá entrada em pronto-socorro com insuficiência respiratória grave, cianose de extremidades e febre. Sinais vitais TAX:38,5°C, Spo2: 79%, FR: 32, FC: 130; PA: 110/80 mmhg. AC: bcrnf 2t sem sopros audíveis. AP: mv+ bilateralmente, estertores creptantes em base direita. O médico plantonista inicia oxigenoterapia com máscara de alto fluxo e a paciente apresenta compensação respiratória. Spo2: 95% após início de máscara de alto fluxo. Qual é a melhor conduta nesse caso?

(A) Alta com oxigênio domiciliar.
(B) Iniciar antibiótico de amplo espectro e hidratação, além de solicitar exames para investigação clínica.
(C) Conversar com paciente e familiares para iniciar tratamento paliativo. Não solicitar exames, pois traria malefício para a paciente.
(D) Solicitar exames para elucidação clínica, conversar com familiares e paciente orientando sobre a gravidade do quadro clínico, para traçar um melhor tratamento, com o objetivo de causar o bem, sem causar o mal para a paciente.
(E) Solicitar exames, intubação orotraqueal, antibiótico de amplo espectro e solicitar vaga de UTI.

76

N.M.G, 23 anos, feminina, procura pneumologista ambulatorial, pois tem desejo de parar de fumar. Refere que precisa de uma prescrição de sedativos para a cessação do tabagismo, que é a única forma de conter sua ansiedade. Qual é a melhor conduta nesse caso?

(A) Prescrever os sedativos, pois devemos respeitar, antes de qualquer objetivo, a autonomia da paciente.
(B) Não prescrever os sedativos e encaminhar a paciente ao psiquiatra.
(C) Criar vínculo com a paciente, orientá-la e traçar plano terapêutico individual que melhor a atenda, respeitando os quatro princípios da bioética.
(D) Prescrever sedativo e associar a vareniclina.
(E) Não prescrever os sedativos, solicitar internação em centro de desintoxicação.

77

São achados radiológicos de doença pulmonar obstrutiva crônica grave, EXCETO

(A) espaço claro retroesternal aumentado.
(B) pulmões hiperinsuflados.
(C) retificação do diafragma.
(D) regiões de hipertransparência.
(E) opacidades em favo de mel.

78

A tosse está entre as principais causas de procura de atendimento médico. Está presente em quadros infecciosos, alérgicos, obstrutivos e outros. Em relação à tosse, assinale a alternativa correta.

(A) A DRGE não é uma causa comum de tosse crônica.
(B) A asma é a causa mais frequente de tosse pós-infecciosa.
(C) A tosse que persiste por até de 9 semanas é definida como tosse aguda.
(D) O uso de iECA é uma causa comum de tosse crônica.
(E) A Pertussis não é uma causa comum de tosse aguda.

79

Em relação às pneumonias adquiridas na comunidade, assinale a alternativa correta.

(A) A bactéria H. influenza é o agente mais frequente.
(B) A hipotensão arterial, relação Pa02/FiO2 <250; PA sistólica <90mmHg não são indicadores de gravidade.
(C) A pneumonia causada por anaeróbios pode estar relacionada com infecções da cavidade oral.
(D) Comorbidades como neoplasias, insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca não são levadas em consideração para a estratificação de gravidade.
(E) A *Legionella sp* e a *Chlamydia sp* não causam pneumonia.

80

Em relação à fisiologia pulmonar, assinale a alternativa correta.

(A) A capacidade vital é definida pela elasticidade pulmonar. Na capacidade vital, as fibras musculares inspiratórias apresentam encurtamento máximo.
(B) A capacidade inspiratória é o volume de ar presente nos pulmões, após uma expiração forçada e completa.
(C) A capacidade pulmonar total é a soma da capacidade vital e do volume residual.
(D) O volume residual é o ar presente nos pulmões após uma inspiração forçada e completa.
(E) As duas variáveis mais importantes para as definições dos volumes pulmonares são a capacidade vital e o volume residual.