



PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: PNEUMOLOGIA

ESPECIALIDADE: Pneumologia (R3) Endoscopia Respiratória

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. **Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.**
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.13 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2022.

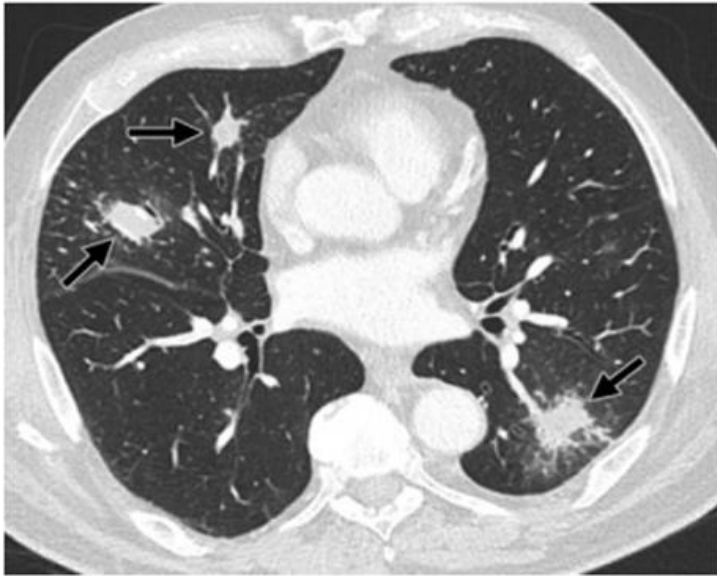
Inscrição

Sala

- 01.** Mulher, 28 anos, asmática desde a infância com reinício dos sintomas há 2 anos após infecção por COVID-19, usando beclometasona 500mcg à noite. Há quatro semanas, passou a tossir e acordar à noite, 2 vezes/semana, com chiado no peito com necessidade de uso frequente de salbutamol. Também apresenta sintomas durante o dia, na maioria dos dias da semana e parou de ir à academia. Não tabagista, nega comorbidades, nega internação por asma. Traz espirometria normal. Neste contexto, a abordagem terapêutica preferencial para esta paciente seria?
- A) Indacaterol de manutenção + salbutamol sob demanda.
 - B) Beclometasona dose alta de manutenção + salbutamol sob demanda.
 - C) Formoterol + budesonida dose baixa de manutenção + resgate se sintomas.
 - D) Salmeterol + fluticasona dose moderada de manutenção + salbutamol sob demanda.
- 02.** Homem asmático, 40 anos, sem tratamento regular, tendo feito uso no último mês de prednisona oral por 5 dias para controle de crise, foi admitido na emergência com tosse irritativa, sem expectoração, dispneia intensa e sibilância. Acompanhante informa que o paciente usou um frasco de salbutamol spray no último mês para alívio de sintomas. Nega internação prévia por asma, mas tem 3 passagens na emergência no último ano. Ao exame, uso de musculatura acessória, dificuldade de completar frases, PA= 120x80 mmHg, FC= 110 bpm, FR= 34 mrpm, T=36,8°C, SatO₂= 88%. AP= murmúrio vesicular distribuído uniformemente, com sibilos ins e expiratórios difusos. Instalada oxigenioterapia por cateter nasal para correção da saturação de oxigênio. Qual a melhor conduta inicial para este paciente?
- A) Administrar salbutamol spray com espaçador, 2 doses em 1 hora, prednisona oral e, assim que estabilizar, considerar alta com fluticasona + salmeterol inalatórios e prednisona oral.
 - B) Administrar salbutamol spray com espaçador, de 20 em 20 minutos, hidrocortisona intravenosa, iniciar dose alta de formoterol + budesonida inalatórios e transferir para a enfermaria.
 - C) Administrar salbutamol + brometo de ipratrópio inalatórios, de 20 em 20 minutos, metilprednisolona intravenosa, e reavaliar em curto espaço de tempo para definir novas medidas.
 - D) Administrar salbutamol + brometo de ipratrópio inalatórios, de 30 em 30 minutos, reavaliando em 1h e caso estável considerar alta com prednisolona + azitromicina orais e formoterol + budesonida inalatórios.
- 03.** Paciente do sexo feminino, 29 anos, procura atendimento médico referindo tosse produtiva, febre e adinamia há 5 dias. Ao exame físico, encontrava-se com sinais vitais dentro da normalidade, orientada e cooperativa. Ausculta pulmonar com crepitações em base do hemitórax direito. Restante do exame físico era normal. Paciente não tinha comorbidades e não fez uso de antimicrobiano nos últimos 6 meses, Radiografia de tórax demonstrava consolidação alveolar com broncograma aéreo em lobo inferior direito. Qual a opção terapêutica mais adequada para essa situação clínica?
- A) Cefalexina.
 - B) Oseltamivir.
 - C) Clindamicina.
 - D) Amoxicilina.
- 04.** Paciente do sexo masculino, 67 anos, em tratamento quimioterápico para neoplasia de pulmão evolui com dor torácica pleurítica súbita, dispneia e hemoptise. Procura a emergência, onde dá entrada acordado, com frequência cardíaca de 110 bpm, frequência respiratória de 18 rpm e pressão arterial de 110 x 80 mmHg. Realizou eletrocardiograma que mostrou taquicardia sinusal e radiografia de tórax com derrame pleural a direita. A saturação de oxigênio era de 97%. Qual dos exames abaixo deve ser solicitado para definição do diagnóstico mais provável?
- A) Angiotomografia de tórax.
 - B) Estudo do líquido pleural.
 - C) Ecodoppler cardiograma.
 - D) Dosagem de d-dímero.

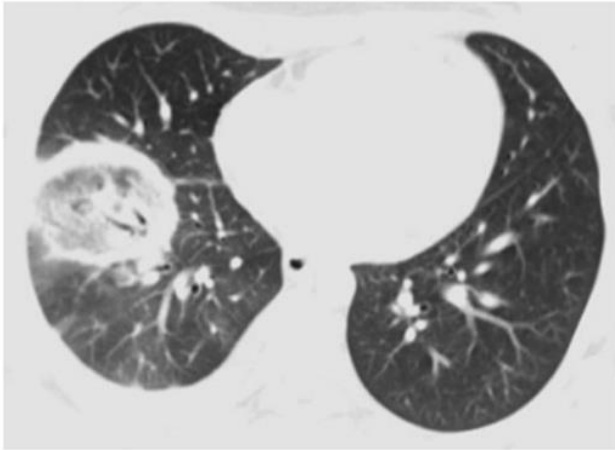
05. Paciente feminina, 43 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, vem evoluindo há 4 meses com dispnéia progressiva, atualmente, aos moderados esforços. Exame físico mostrava hiperfonese de segunda bulha a ausculta cardíaca. Restante normal. Realizou tomografia de tórax de alta resolução que mostrou discretas alterações perfusionais. Cintilografia de ventilação/perfusão pulmonar dentro da normalidade. Ecocardiograma transtorácico teve como resultados principais: átrio e ventrículo esquerdo com diâmetros normais, fração de ejeção: 63%. Pressão sistólica de artéria pulmonar = 56 mmHg, sem derrame pericárdico e com insuficiência tricúspide moderada, Realizou estudo Hemodinâmico com cateterização de artéria pulmonar que mostrou: pressão média de artéria pulmonar de 32 mmHg (normal até 20 mmHg), pressão de artéria pulmonar ocluída = 10 mmHg (normal até 15 mmHg), Resistência Vascular pulmonar = 5 woods (Normal até 2 woods) e débito cardíaco normal.
- Diante do contexto descrito acima, qual o diagnóstico mais provável?
- A) Hipertensão pulmonar pré-capilar associada ao lúpus.
 - B) Hipertensão pulmonar secundária a tromboembolismo crônico.
 - C) Hipertensão pulmonar secundária a doença intersticial pulmonar.
 - D) Hipertensão pulmonar pós-capilar secundária a miocardiopatia lúpica.
06. Paciente do sexo feminino, evolui com febre, adinamia e dor pleurítica moderada em hemitórax direito. O quadro teve início há cerca de 4 semanas. Ao procurar atendimento médico, realizou radiografia de tórax que mostrou imagem compatível com derrame pleural de moderado volume a direita. Foi realizada então toracocentese seguida de estudo do líquido pleural. Após checagem dos resultados foi iniciado tratamento para tuberculose pleural. Qual alteração no estudo do líquido pleural contribuiu para a decisão de iniciar o tratamento para tuberculose?
- A) Líquido com pH ácido.
 - B) Citologia com predomínio linfocitário.
 - C) Relação LDH do líquido/LDH sérico de 0,3.
 - D) Dosagem de adenosina deaminase < 20 IU/L.
07. Paciente masculino, 67 anos, procurou o pneumologista com quadro de tosse seca e dispnéia progressiva. Tem história de tabagismo importante. Exame físico com baqueteamento digital e crepitações em velcro a ausculta pulmonar Durante investigação, realizou tomografia de tórax de alta resolução que demonstrou padrão característico de pneumonia intersticial usual.
- Qual classe de drogas estaria mais indicada no contexto clínico descrito acima?
- A) Antifibróticos.
 - B) Glicocorticoides.
 - C) Imunossuppressores.
 - D) Inibidores da fosfodiesterase 5.
08. Paciente feminina, 30 anos, procurou atendimento médico por quadro de fadiga progressiva, tosse seca e manchas dolorosas e eritematosas em face anterior das pernas. O exame físico mostrava além das lesões cutâneas já descritas, sinais de artrite em tornozelo. Foram solicitados exames gerais, entre eles uma radiografia de tórax que mostrava alargamento mediastinal. A paciente foi encaminhada ao pneumologista. Realizou tomografia de tórax que mostrou adenomegalias hilares e mediastinais. Nesse contexto e considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a opção terapêutica mais adequada seria:
- A) Infliximab.
 - B) Prednisona.
 - C) Azatioprina.
 - D) Metotrexate.
09. Paciente masculino, 45 anos, apresenta quadro de tosse seca, febre vespertina e perda de peso há duas semanas. Exame físico encontra-se normal. radiografia de tórax demonstra discreto infiltrado intersticial em lobo superior esquerdo. Foi realizada baciloscopia no escarro com teste rápido molecular para tuberculose (TRM TB), culturas para micobacteriose/teste de sensibilidade antimicrobiana. Os resultados foram: baciloscopia positiva para bacilos álcool - ácido resistentes, Mycobacterium tuberculosis detectado e resistência a rifampicina detectada no TRM-TB. Qual a conduta mais adequada para essa situação?
- A) Iniciar esquema para tuberculose multirresistente.
 - B) Solicitar broncoscopia com lavado broncoalveolar.
 - C) Repetir teste rápido molecular e checar resultado de culturas.
 - D) Iniciar tratamento com esquema básico e checar resultado de culturas.

10. Paciente masculino, 39 anos, procura assistência médica com quadro de febre, tosse seca persistente e dispneia moderada. Os sintomas começaram a 7 dias e se iniciaram 5 dias depois do paciente participar de caçadas a tatus. O exame físico era normal exceto por roncosp discretos difusos a ausculta pulmonar e eritema nodoso em membros inferiores. O paciente realizou radiografia de tórax que mostrou infiltrados bilaterais e em seguida foi submetido a tomografia de tórax, abaixo.



- Qual a principal hipótese diagnóstica para o caso em questão?
- A) Paracoccidioidomicose.
 - B) Coccidioidomicose.
 - C) Histoplasmose.
 - D) Aspergilose.
11. Paciente feminina, em tratamento irregular para HIV, evolui há uma semana com quadro de tosse, febre, dor pleurítica e dispneia progressiva. Dá entrada na emergência com desconforto respiratório importante. Saturação de O₂ a oximetria de 90%. Ao exame físico, encontra-se acordada, taquipneica, taquicárdica, com ausculta pulmonar evidenciando roncosp difusos. Restante do exame normal. Radiografia de tórax mostrava nódulos pulmonares disseminados com diâmetro variando entre 5-20 mm. Foi realizada tomografia de tórax que mostrou múltiplos nódulos com diâmetro entre 5-20 mm, alguns apresentando cavitações e presença de massa subpleural a esquerda. Considerando-se a hipótese mais provável, qual seria a terapia adequada?
- A) Vancomicina.
 - B) Anfotericina B.
 - C) Claritromicina/etambutol.
 - D) Sulfametaxazol trimetoprima.
12. Paciente masculino, 46 anos, previamente hígido, foi internado com quadro de pancreatite aguda em hospital secundário mas evoluiu com hipotensão e desconforto respiratório sendo transferido para hospital terciário. No momento da admissão nesse hospital, encontra-se com glasgow 11, frequência cardíaca de 113 bpm, frequência respiratória de 30 rpm, pressão arterial de 80 X 50 mmHg e tempo de enchimento capilar > 3 segundos. Ausculta pulmonar com roncosp difusos, restante do exame físico normal. Radiografia de tórax com infiltrados pulmonares múltiplos e bilaterais e área cardíaca normal. Gasometria arterial (colhida com paciente em máscara de venturi a 50%): pH= 7,34, PaO₂ = 50mmHg, PaCO₂ = 28 mmHg, HCO₃ = 19 mEq/L e SaO₂ = 92%. Paciente evoluiu com sinais de fadiga respiratória e foi submetido a intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva e a relação PaO₂/FIO₂ era de 150 (gasometria colhida após intubação com FIO₂ = 100%). A estratégia ventilatória inicial nesse contexto clínico deve incluir qual das medidas abaixo?
- A) Iniciar com frequência respiratória > 30 rpm.
 - B) Objetivar pressão de platô > ou igual a 30 mmHg.
 - C) Ajustar FiO₂ para manter saturação de O₂ acima de 95%.
 - D) Ajustar volume corrente entre 3-6 ml /Kg (peso ideal).

13. Paciente, 34 anos, internado com quadro de síndrome respiratória aguda grave e teste rápido de antígeno para infecção por SARS COV 2 com resultado detectável. Durante internação, evoluiu com piora súbita da dispneia e instabilidade hemodinâmica. Corte de tomografia de tórax realizada nessa ocasião demonstrada abaixo.



- Considerando a hipótese diagnóstica mais provável nesse contexto clínico, qual das opções abaixo descreveria mais corretamente a imagem apresentada na tomografia de tórax?
- A) Escavação.
 - B) Halo invertido.
 - C) Vidro fosco em resolução.
 - D) Consolidação com necrose.
14. Paciente masculino de 29 anos, peso estimado 60 kg, encontra-se em ventilação mecânica invasiva por pneumonia grave da comunidade. Encontra-se com boa evolução clínica e gasométrica, Glasgow de 14 e a equipe decide por avaliar desmame da ventilação. Qual dos parâmetros abaixo prediz sucesso no desmame desse paciente?
- A) Volume minuto de 8 L/min medido no ventilador.
 - B) Volume corrente = 200 ml medido na ventilação espontânea.
 - C) Pressão máxima inspiratória = - 35 mmHg medida no ventilador.
 - D) Índice $f / VC = 180$ respirações /min/L medido em ventilação espontânea.
15. Mulher, 50 anos, não tabagista, moradora de zona rural, com exposição domiciliar à fogueira a lenha, refere quase que diariamente dispneia aos médios esforços, associada a tosse matinal com expectoração hialina escassa. Avaliação de sintomas com escore 12. Apresenta os sintomas há 3 anos. Nega outras queixas. Nega internações hospitalares prévias. Realizou espirometria com prova farmacodinâmica que evidenciou CVF 2,80 litros 106% do previsto, VEF1 1,13 litros 51% do previsto, VEF1/CVF 0,40, tempo expiratório 12 segundos, sem resposta ao broncodilatador. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual o estadiamento de acordo com o quadro clínico e funcional da paciente?
- A) 2 B
 - B) 2 D
 - C) 3 A
 - D) 3 C
16. Homem 60 anos, diagnóstico prévio de DPOC, referindo dispneia aos mínimos esforços e tosse seca diária (CAT - COPD Assesment Test = 22). Ex tabagista e história de asma na infância. Internação hospitalar recente por descompensação da doença de base após COVID-19, além de outras duas internações por pneumonia no último ano e tratamento prévio para tuberculose pleural há 2 anos. Vem em uso de salbutamol spray sob demanda, com pouca melhora dos sintomas. No momento, encontra-se sem sinais de exacerbação. Qual o tratamento farmacológico de manutenção mais recomendado para esse paciente?
- A) Salmeterol + fluticasona.
 - B) Formoterol + budesonida.
 - C) Formoterol + roflumilaste.
 - D) Glicopirônio + indacaterol.

17. Mulher jovem, 36 anos, sem comorbidades, admitida na emergência com febre (temperatura de 39 graus), tosse com expectoração amarelada e dispneia. Refere quadro gripal na última semana, Ao exame, encontra-se desorientada, com confusão mental, pressão arterial 80 x 50 mmHg, frequência cardíaca 135 bpm, frequência respiratória 35 irpm, saturação de oxigênio em ar ambiente 86%. AP com roncosp bilaterais e crepitações em bases bilateralmente. Exames laboratoriais alterados: ureia 66 mg/dl, creatinina 1,3 mg/dl, gasometria com pH 7,34, PaCO₂ 30 mmHg, PaO₂ 65 mmHg, SaO₂ 89%. Radiografia de tórax mostrada abaixo.



Neste contexto, qual o tratamento empírico intravenoso inicial?

- A) Ampicilina + sulbactam.
 - B) Cefepime + azitromicina.
 - C) Ceftriaxone + levofloxacina.
 - D) Moxifloxacina + claritromicina.
18. Homem, 55 anos, tabagista (40 maços/ano), vem à consulta para avaliação de nódulo pulmonar detectado em tomografia computadorizada (TC) de tórax realizada para suspeita de COVID-19. O laudo descreve nódulo sólido, sem calcificação, com contornos definidos, 9mm no maior diâmetro, sem relação com a superfície pleural, localizado em segmento anterior do lobo superior direito. Demais estruturas do pulmão, mediastino e vasos sem particularidades e de aspecto tomográfico usual. Nesse contexto, qual a melhor recomendação em relação ao tempo para reavaliação do nódulo com TC?
- A) 3 meses.
 - B) 6 meses.
 - C) 9 meses.
 - D) 12 meses.
19. Paciente feminina, 55 anos, sem comorbidades, com diagnóstico recente de adenocarcinoma de pulmão através de biópsia por agulha. Resultados dos exames: TC de tórax com lesão periférica espiculada em lobo superior esquerdo, medindo 4,3 cm no maior diâmetro, sem linfonodos mediastinais detectados no US endobrônquico (EBUS) e sem metástases à distância em rastreamento por PET scan. Pesquisa negativa na biópsia para ALK e EGFR. Nesse contexto, qual a melhor recomendação de tratamento curativo?
- A) Quimioterapia + radioterapia.
 - B) Quimioterapia + terapia alvo.
 - C) Quimioterapia pré-operatória + cirurgia.
 - D) Cirurgia + quimioterapia pós-operatória.

20. Paciente masculino, 54 anos, tabagista, em investigação de dispneia aos esforços, traz a seguinte espirometria: observação: limite inferior CVF = 4,40 l / VEF1 = 3,58 l.

	PREVISTO	PRÉ	%	PÓS	%
CVF (l)	4,62	3,41	74	3,46	75
VEF1 (l)	3,80	2,88	76	2,97	78
VEF1 / CVF	0,82	0,84	102	0,86	104
FEF 50 (l/s)	4,79	4,05	85	4,80	100
FEF 75 (l/s)	1,92	1,36	71	1,53	79
PFE (l/s)	8,86	8,13	92	7,66	86
T Exp (s)		5,4		5,8	

BRONCODILATADOR: salbutamol 400 mcg

Nesse contexto, qual exame confirmaria o diagnóstico do paciente?

- A) Tomografia de tórax de alta resolução.
- B) Difusão pelo monóxido de carbono.
- C) Teste cardiopulmonar do exercício.
- D) Pletismografia de corpo inteiro.