

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: PNEUMOLOGIA

ESPECIALIDADE: Medicina do Sono; 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 I, conforme subitem 11.20 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 2023.

Inscrição

Sala

- 01.** Paciente 64 anos, masculino, dá entrada na emergência com dispneia súbita, taquipneia e edema assimétrico em membro inferior esquerdo. Realizou angiotomografia de tórax que mostrou êmbolo em artéria pulmonar esquerda. Encontrava-se orientado, acordado, com $\text{SaO}_2=93\%$ em uso de cateter nasal (fluxo de 2L/min). Pressão arterial 85 X 60 mmHg a despeito de hidratação venosa adequada. Nesse contexto, a próxima medida adequada a ser realizada seria:
- A) Solicitar troponinas e NT Pro BNP.
 - B) Prescrever trombolítico por via endovenosa.
 - C) Iniciar imediatamente heparina de baixo peso molecular.
 - D) Solicitar ecocardiograma para avaliar disfunção de ventrículo direito.
- 02.** Paciente do sexo feminino, 42 anos, sem comorbidades, é encaminhada ao ambulatório especializado de um hospital terciário para dar início ao tratamento de hipertensão arterial pulmonar idiopática (confirmada por avaliação clínica e exames). Não respondeu ao teste de vasorreatividade. Encontra-se, atualmente, sem sinais clínicos de disfunção de ventrículo direito, refere que seus sintomas começaram há 8 meses com dispneia que foi progredindo lentamente e hoje refere falta de ar a esforços menos intensos que atividades de rotina. Traz resultados recentes de teste de caminhada de seis minutos com distância percorrida de 380 metros e dosagem de BNP = 160 ng/L (normal < 50 ng/L). De acordo com o quadro clínico e com os exames mostrados acima, qual a melhor opção terapêutica para a paciente?
- A) Sildenafil + Ambrisetana.
 - B) Sildenafil + Treprostinil.
 - C) Anlodipina.
 - D) Sildenafil.
- 03.** Paciente feminina, 35 anos, peso ideal 60kg, internada por lesão de arma branca em região inguinal direita tendo recebido múltiplas transfusões sanguíneas. Após 24h, evoluiu com dispneia e hipoxemia não responsiva à máscara de reservatório 15L/min, sem instabilidade hemodinâmica. Tomografia de tórax evidenciou áreas de colapso nas regiões posteriores de ambos os hemitóraces e ausência de derrame pleural. O ecocardiograma mostrou PSAP estimada em 40mmHg, sem disfunções ventriculares. Foi intubada e colocada em VM em modo ciclado a volume (VCV), volume corrente de 360ml, PEEP: 10 cmH₂O, f:30ipm e FiO₂: 70%, após sedoanalgesia e bloqueio neuromuscular adequados. Após 1h, a gasometria mostrava pH: 7,27 PaCO₂: 63mmHg PaO₂: 70mmHg HCO₃: 28mEq/L EB: +3 e a avaliação da mecânica respiratória evidenciava Pressão de Platô de 28cmH₂O. Nesse momento, a estratégia ventilatória mais adequada para melhorar a troca gasosa seria:
- A) Reduzir o volume corrente.
 - B) Aumentar a frequência respiratória.
 - C) Mudar para ventilação em posição PRONA.
 - D) Ajustar a PEEP pela tabela PEEP ALTO x FiO₂.
- 04.** Paciente masculino, 64 anos, ex-tabagista, com história de 6 meses de dispneia progressiva e tosse seca. Sem outras exposições relevantes, comorbidades ou uso de medicações. Exame físico evidencia crepitações grosseiras nas bases e baqueteamento digital. A tomografia de tórax mostra redução dos volumes pulmonares, faveolamento com predomínio nas regiões basais e posteriores, reticulação periférica e ausência de vidro fosco ou nódulos. A função pulmonar mostra redução moderada da Capacidade Vital Forçada e o teste de caminhada de 6 minutos mostra queda da saturação de oxigênio de 95% para 89%. Nesse momento, a abordagem medicamentosa mais adequada seria:
- A) Ciclofosfamida.
 - B) Micofenolato.
 - C) Prednisona.
 - D) Nintedanib.

05. Paciente masculino, 64 anos, grande tabagista, vem evoluindo há 4 meses com tosse produtiva, dor torácica, adinamia e febre. Nega hemoptise. Realizou vários testes moleculares para tuberculose negativos (mesmo resultado da cultura para BK em lavado broncoalveolar). Nega hemoptise, e não foi detectada nenhuma condição de imunossupressão. Nega qualquer história exposicional. Realizou radiografia de tórax abaixo demonstrada e após realização de exames (inclusive lavado broncoalveolar com microbiologia mostrada abaixo), para investigação, evoluiu com melhora com uso de anfotericina b.



Figura 1



Figura 2

Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA)

Qual a principal hipótese diagnóstica para o caso?

- A) Aspergilose.
- B) Criptococose.
- C) Histoplasmose.
- D) Coccidioidomicose.

06. Paciente, 70 anos, portador de DPOC, evolui há 48 horas com piora da dispneia, da intensidade da tosse e do volume da expectoração. Relata incêndio em um terreno na vizinhança antes do início do quadro. Dá entrada na emergência, algo sonolento, taquidispneico, com tiragem intercostal e SpO_2 : 89%. Gasometria arterial em ar ambiente mostra pH: 7,30 $PaCO_2$: 63mmHg PaO_2 : 58mmHg HCO_3^- : 25 mEq/L EB: +2 SaO_2 : 90%. Não há instabilidade hemodinâmica ou outras disfunções orgânicas.

Nesse contexto, a estratégia ventilatória mais adequada seria:

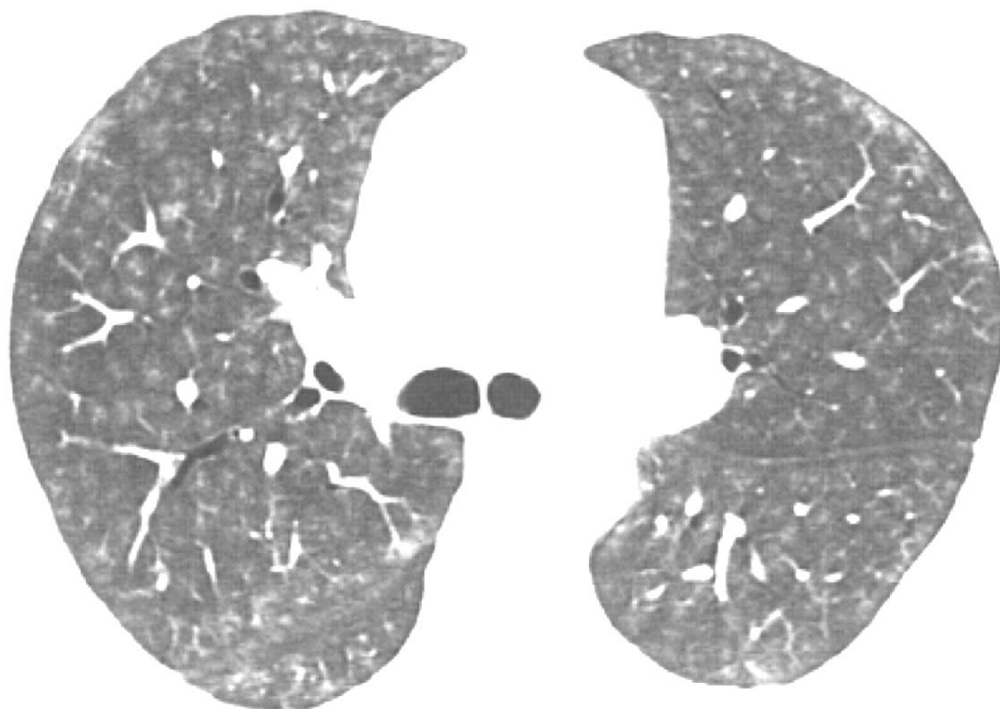
- A) ELMO CPAP.
- B) Bilevel não invasivo.
- C) Oxigênio Nasal de Alto Fluxo.
- D) Pressão de Suporte + CPAP invasivo.

07. Paciente feminina, 44 anos, com história de palidez seguida de arroxamento das pontas dos dedos quando expostos ao frio há cerca de 1 ano. Há 6 meses vem percebendo afilamento das pontas dos dedos das mãos bem como eritema e descamação das regiões periungueais e dispneia progressiva aos esforços que, no momento, aparece até no repouso. A tomografia de tórax mostra redução dos volumes pulmonares com reticulação nas regiões posteriores e basais que também exibem bronquiectasias de tração e dilatação esofágica. O ecocardiograma não mostra disfunções ventriculares e a pressão sistólica de artéria pulmonar foi estimada em 30 mmHg.

Considerando o diagnóstico mais provável, a abordagem medicamentosa sequencial de escolha deve se iniciar por:

- A) Nintedanib.
- B) Metotrexate.
- C) Micofenolato.
- D) Ciclofosfamida.

08. Paciente feminina, 47 anos, com história de vários episódios de tosse seca, dispneia, adinamia e febre que sempre atribuía à alergia, pois começou a notar que as crises eram mais frequentes quando fazia faxina no sótão da casa que possuía muita poeira, mofo e fezes de pássaros. Um corte da TC de tórax é mostrado abaixo.



Considerando o diagnóstico clínico-radiológico mais provável, o lavado brônquico desta paciente seria útil se exibisse o predomínio de qual célula?

- A) Linfócito.
- B) Neutrófilo.
- C) Eosinófilo.
- D) Macrófago.

09. Paciente obeso, com hipertensão de difícil controle, encaminhado para avaliação pneumológica, por história de roncosp frequentes. Relata que acorda fadigado e cochila com facilidade em salas de espera e mesmo quando dirige. Ao exame IMC 40 kg/m², índice de Mallampati III e circunferência do pescoço de 43 cm.

Considerando o diagnóstico mais provável, a alteração fisiológica mais característica na polissonografia será:

- A) Queda da saturação de oxigênio e redução do fluxo inspiratório.
- B) Manutenção do esforço respiratório e cessação do fluxo aéreo.
- C) Cessação de esforço respiratório e queda do fluxo inspiratório.
- D) Microdespertares noturnos e aumento do esforço inspiratório.

10. Paciente masculino, 67 anos, com história de carcinoma pulmonar de pequenas células que evoluiu assintomático e com bom estado geral, 4 meses após término da quimioterapia. Em tomografia de tórax de controle foi evidenciado derrame pleural à direita cuja toracocentese confirmou a presença de células malignas de carcinoma pulmonar. Ultrassonografia de tórax após a toracocentese estimou o derrame em 150ml. Nesse momento, a conduta mais adequada em relação ao derrame pleural é:
- A) Inserção de cateter pleural de longa permanência.
 - B) Drenagem fechada seguida de pleurodese química.
 - C) Observação clínica e toracocentese de alívio sob demanda.
 - D) Pleurectomia parietal por toracoscopia videoassistida (VATS).
11. Paciente feminina 28 anos, asmática desde a infância, bem controlada e em uso regular de Budesonida 400mcg/Formoterol 12mcg 1 cápsula inalatória 12/12h dá entrada na emergência, após contato com mofo em casa de veraneio, com quadro de dispneia intensa acompanhada de sibilos e tosse seca. Ao exame, encontra-se lúcida, algo agitada, normotensa, sem uso de musculatura acessória, f:26 ipm, FC: 110 bpm e SpO₂: 95%. Foram administradas 3 Nebulizações com Salbutamol 800mcg sem mudança do quadro. Nesse momento, a abordagem medicamentosa mais adequada seria:
- A) Magnésio.
 - B) Prednisona.
 - C) Adrenalina.
 - D) Aminofilina.
12. Paciente, 34 anos, sexo feminino, retorna ao consultório seis meses após início de tratamento para asma (confirmada por espirometria). Vem em uso adequado de corticoide inalatório (beclometasona 400 mcg/2x ao dia) e refere melhora importante dos sintomas. Ao ser questionada sobre "crises" ou uso de medicações de resgate no último mês, refere ter feito uso pelo menos 3 vezes por semana, por conta de episódios de dispneia. Além disso, relata crises noturnas 2 vezes por semana. Exame físico encontra-se normal. Diante do contexto acima, qual conduta seria mais adequada?
- A) Considerar a asma controlada e manter medicação em uso.
 - B) Iniciar corticoide oral por 7 dias para resolução dos sintomas.
 - C) Considerar melhora do paciente e reduzir dose de corticoide inalatório.
 - D) Avaliar prescrição de Beta agonista de longa ação associado ao corticoide.
13. Paciente, 54 anos, masculino, tabagista importante (carga tabágica 38 maços/ano), vem evoluindo há 6 meses com falta de ar, ao realizar caminhadas. Traz resultado de espirometria que demonstra VEF1/CVF pós broncodilatador (BD), de 0,56 com VEF1 pós broncodilatador de 45% do previsto. Não houve variação pós BD, CVF encontra-se normal e Saturação de O₂ encontra-se em 98% sem redução no teste de caminhada de 6 minutos. A explicação mais adequada para justificar a dispneia ao exercício do paciente na condição descrita acima seria:
- A) Alteração da relação Ventilação/Perfusão.
 - B) Hiperplasia da musculatura lisa arteriolar.
 - C) Perda do recolhimento elástico pulmonar.
 - D) Hiperreatividade brônquica ao exercício.
14. Um paciente de 62 anos, comparece à consulta com pneumologista relatando tosse persistente nos últimos 6 meses, dispneia aos esforços moderados e uma internação há 3 meses por piora da falta de ar e tosse produtiva. Realizou espirometria que confirmou diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica. Traz exames de rotina normais, incluindo hemograma completo e gasometria arterial. Vem em uso apenas de beta agonista de curta ação mas sem melhora dos sintomas. Qual a opção terapêutica mais adequada para o paciente em questão?
- A) Formoterol.
 - B) Umeclidínio + Vilanterol.
 - C) Formoterol + Budesonida.
 - D) Beclometasona + Glicopirronio + Formoterol.

15. Paciente, 23 anos, masculino, vem apresentando febre diária, tosse produtiva e perda de peso há 3 semanas. Procurou atendimento em Posto de Saúde onde realizou coleta de escarro para realização de teste rápido molecular (TRM) para tuberculose cujo resultado foi: *Micobacterium tuberculosis* detectado com resistência a rifampicina detectada. Qual a conduta a ser realizada nessa situação?
- A) Solicitar novo TRM + cultura e teste de sensibilidade.
 - B) Investigar infecção por micobactéria não tuberculosa.
 - C) Iniciar tratamento para tuberculose com esquema básico.
 - D) Iniciar tratamento com esquema para monorresistência a rifampicina.
16. Paciente 57 anos, portador de bronquiectasias de etiologia indeterminada, vinha evoluindo sem exacerbações, porém apresentou quadro de tosse produtiva, febre e queda do estado geral sem resposta a Amoxicilina/Clavulanato. Cultura do lavado brônquico confirmou *P. aeruginosa*. No caso de disponibilidade de todos os arsenais terapêuticos, a conduta medicamentosa mais adequada seria:
- A) Piperacilina/Tazobactam endovenoso por 4 semanas.
 - B) Tobramicina inalatória em ciclos de 28 dias por 6 meses.
 - C) Cefepime endovenoso associado a Azitromicina oral por 3 semanas.
 - D) Ciprofloxacina oral por 2 semanas e Gentamicina inalatória por 4 meses.
17. Paciente, 69 anos, masculino, há 4 dias evoluindo com tosse produtiva e febre, procura a emergência por piora do quadro nas últimas 12 horas quando passou a apresentar dispneia. Ao exame físico, encontra-se orientado, hidratado, com pressão arterial = 110 X 70 mmHg, FC=88 bpm e f=18 mrm. O restante do exame físico foi normal exceto por crepitações e frêmito toracovocal aumentado em base do pulmão direito. Realizou exames laboratoriais que mostraram leucocitose, eletrólitos normais, ureia=78 mg/dl, creatinina=0,9 mg/dl, gasometria sem hipoxemia. Diante da hipótese diagnóstica mais provável, a conduta mais adequada a ser seguida seria:
- A) Encaminhar para tratamento em Unidade de Terapia Intensiva.
 - B) Iniciar tratamento e acompanhar paciente em hospital dia.
 - C) Internar e iniciar tratamento em enfermaria.
 - D) Realizar tratamento ambulatorial.
18. Paciente, 72 anos, tabagista (40 maços/ano), realizou radiografia de tórax "de rotina" que mostrou esboço nodular em lobo inferior esquerdo. Foi solicitada tomografia de tórax que confirmou presença de nódulo pulmonar e, lobo inferior esquerdo, não calcificado e de bordos regulares de 8 mm. Qual a conduta mais adequada para o paciente?
- A) Repetir tomografia em 3 meses.
 - B) Realizar nova tomografia em 12 meses.
 - C) Proceder com lobectomia inferior esquerda.
 - D) Solicitar broncoscopia com cultura para *Micobactérias*.
19. Paciente masculino, 60 anos, atendido ambulatorialmente com desejo de parar de fumar. Carga tabágica 100 maços/anos. Está há 1 semana sem fumar, em uso de Bupropiona 300mg/dia mas relata ainda uma vontade incontrolável de fumar, momento em que fica muito irritado e agressivo. Neste contexto, a terapia medicamentosa adicional com maior eficácia e possibilidade de adesão é:
- A) Nortriptilina.
 - B) Vareniclina.
 - C) Pastilha de Nicotina.
 - D) Adesivo de Nicotina.
20. Paciente masculino, 73 anos, grande fumante e portador de sequelas graves de tuberculose pulmonar, em avaliação pneumológica por dispneia. A análise da função pulmonar revela: índice de Tiffeneau 0,58. Capacidade Vital Forçada (CVF) e Volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF1) reduzidos e sem variação significativa após broncodilatador. A Capacidade Pulmonar Total (CPT) encontra-se reduzida e o Volume residual apresenta-se normal. Nesse contexto, as alterações fisiopatológicas respiratórias que melhor explicariam a sintomatologia do paciente seriam:
- A) Aumento da retração elástica e limitação ao fluxo aéreo.
 - B) Alçapamento aéreo e aumento da complacência pulmonar.
 - C) Compressão dinâmica das vias aéreas e aprisionamento aéreo.
 - D) Redução da complacência pulmonar e aumento do fluxo expiratório.