

RESPONDA AS QUESTÕES 01 E 02 A PARTIR DO CASO CLÍNICO A SEGUIR:

Jovem com 21 anos, masculino, estudante universitário, dá entrada na emergência após despertar com intenso desconforto respiratório associado à tosse, sensação de opressão torácica e chiado. É portador de asma desde a infância e faz uso diário de salbutamol spray. Nega febre ou sintomas gripais.

Exame físico: Estado geral regular, acianótico, consciente, desorientado, fala entrecortada Ausculta pulmonar com sibilos difusamente Frequência respiratória = 30 irpm e SpO₂ = 90% ar ambiente Ritmo cardíaco regular, FC = 112 bpm e PA = 120x70 mmHg

01. Qual conduta inicial é mais adequada?

- A) Formoterol, budesonida e ipratrópio inalatórios e prednisolona oral.
- B) Fenoterol, ipratrópio e budesonida inalatórios.
- C) Salbutamol e budesonida inalatórios e montelucaste oral.
- D) Salbutamol e budesonida inalatórios e sulfato de magnésio endovenoso.
- E) Ipratrópio e prednisolona oral.

02. Em caso de refratariedade ou piora após o tratamento inicial, que medicação pode ser usada?

- A) Adrenalina 1 mg intramuscular.
- B) Sulfato de magnésio 2g endovenoso.
- C) Metilprednisolona 500 mg endovenoso.
- D) Montelucaste 10 mg via oral.
- E) Aminofilina 240 mg endovenoso.

03. Paciente ambulatorial com 46 anos, sexo feminino, dona de casa, obesa, acompanhada por asma com início dos sintomas há 10 anos. Está em uso de Fluticasona/Vilanterol 200/25 mcg, Tiotrópio 5,0 mcg/d, Montelucaste 10 mg/d e Prednisolona 20 mg/d. Na última semana, não tolerou redução do corticoide sistêmico para 10 mg/d. *Asthma Control Test* (ACT) = 16. Contagem de eosinófilos no sangue periférico = 69 $\mu\text{g/L}$, IgE total = 98,3 e *prick test* negativos para os principais aeroalérgenos. Espirometria: distúrbio ventilatório obstrutivo moderado sem variação significativa de VEF1 ou CVF após o broncodilatador.

Qual conduta é a mais adequada?

- A) Iniciar Azitromicina 500 mg duas vezes por semana.
- B) Associar N-acetilcisteína em altas doses.
- C) Iniciar terapia com Omalizumabe.
- D) Iniciar terapia com Dupilumabe.
- E) Iniciar terapia com Benralizumabe.

04. Em qual cenário, NÃO se deve iniciar corticoide inalatório para um paciente com DPOC?

- A) Paciente com diagnóstico concomitante de asma.
- B) Paciente com histórico de internamento por exacerbação e eosinófilos no sangue periférico = 329 células/ μL .
- C) Paciente com antecedente de uma exacerbação moderada por ano nos últimos 3 anos e eosinófilos no sangue periférico = 135 células/ μL .
- D) Paciente com três exacerbações no último ano.
- E) Paciente com pneumonias de repetição.

05. Paciente com 73 anos, masculino, portador de DPOC com VEF1 de 35% do previsto, em tratamento para neoplasia de pulmão com radiocirurgia (SBRT), dá entrada na emergência com dispneia intensa nas últimas 24 horas e dessaturação. Houve piora da tosse e refere pouca secreção amarelada. Nega dor torácica ou hemoptise. Exame físico: consciente, confuso, um pouco sonolento, taquipneico (FR 28 irpm), ausculta pulmonar com murmúrio vesicular reduzido globalmente, SpO₂ = 82% em ar ambiente e 90% com oxigênio 4 L/min no cateter nasal. Ritmo cardíaco regular, em dois tempos, FC = 112 bpm e PA = 92x54 mmHg (extremidades frias). Ultrassonografia pulmonar com padrão A e ausência de derrame pleural. Ecocardiografia com achado de sinal de McConnell.

Qual a conduta para este caso?

- A) Alteplase 100 mg EV + heparina não fracionada em bomba de infusão contínua.
- B) Furosemida 40 mg EV.
- C) Enoxaparina 1 mg/Kg SC 12/12 h.
- D) Levofloxacino 750 mg/d EV + Metilprednisolona 40 mg/d EV + VNI + aumento dos broncodilatadores.
- E) Solicitar ECG e parecer do cardiologista.

06. Idoso com 77 anos, ex-tabagista (carga tabágica de 40 maços.ano), com antecedente de diabetes, hipertensão e doença renal crônica em tratamento conservador. Relata cirurgia de revascularização miocárdica há 5 anos, mas não sabe informar sobre resultado de ecocardiograma ou diagnóstico de insuficiência cardíaca. Nunca fez espirometria. Exposição a mofo nas paredes do quarto onde dorme há vários anos. Refere dispneia com piora progressiva nos últimos dois anos e deu entrada na emergência devido à piora do desconforto respiratório. Exame físico com frequência respiratória de 32 irpm, SpO₂ = 89% em ar ambiente e ausculta com sibilos bilaterais e estertores grossos nas bases. Foi iniciado o protocolo BLUE (*Bedside Lung Ultrasound in Emergency*) que identificou padrão B (linhas B bilateralmente).

Quais os diagnósticos possíveis para o caso?

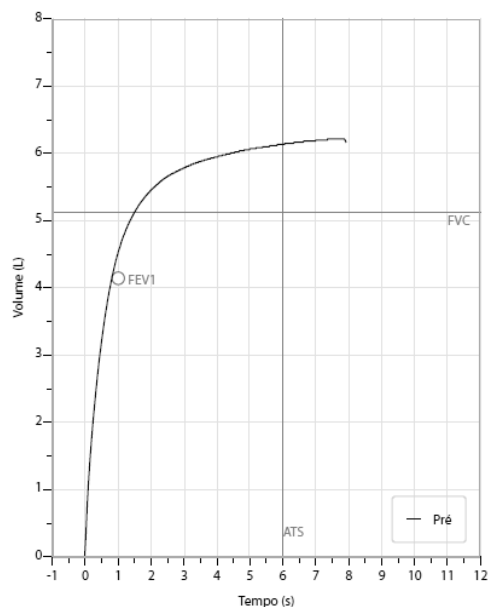
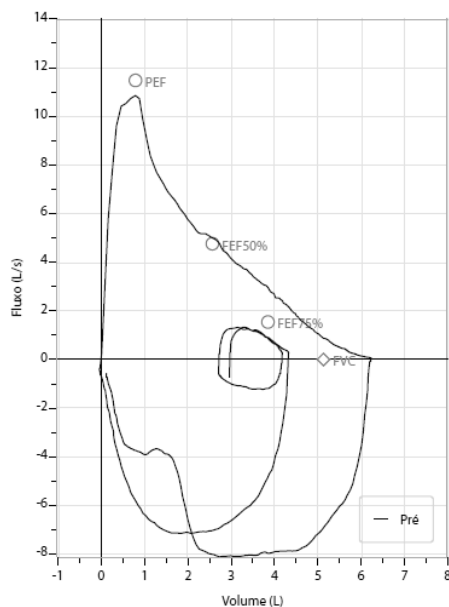
- A) Pneumonia e embolia pulmonar.
- B) Edema pulmonar e pneumotórax.
- C) Pneumonite por hipersensibilidade e edema pulmonar.
- D) DPOC e edema pulmonar.
- E) Pneumotórax e embolia pulmonar.

07. Em relação à aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Ocorre devido a uma reação de hipersensibilidade tipo I ao *Aspergillus fumigatus* presente na via aérea de asmáticos e portadores de fibrose cística.
- B) A ausência de bronquiectasias centrais descarta o diagnóstico.
- C) IgE sérica específica contra *Aspergillus fumigatus* elevada (ou teste cutâneo positivo) é um critério obrigatório para o diagnóstico de ABPA.
- D) IgE sérica total maior que 500 UI/mL pode ser usada como critério para aumentar a sensibilidade diagnóstica.
- E) Omalizumabe, Mepolizumabe ou Benralizumabe podem ser usados no tratamento de casos de ABPA.

08. Paciente com 43 anos, masculino, foi encaminhado pelo médico do trabalho devido à alteração na função pulmonar realizada em exame admissional. Sem sintomas respiratórios. Nunca fumou e não tem antecedentes pessoais ou familiares de pneumopatia.

Faz atividade física regularmente sem limitações (corrida e musculação).

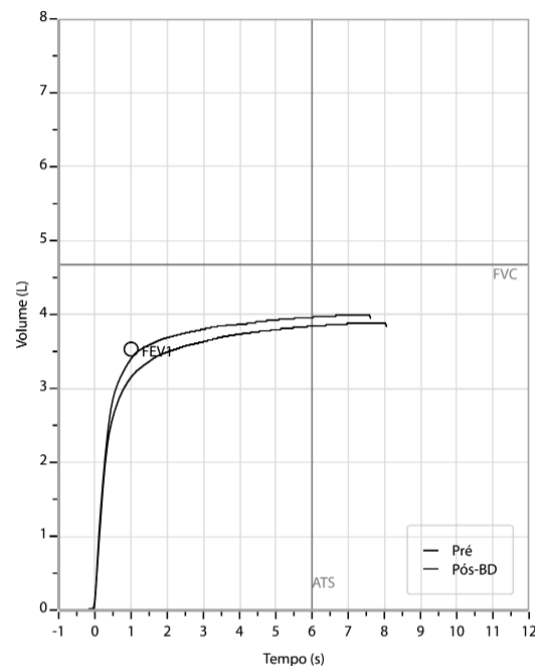
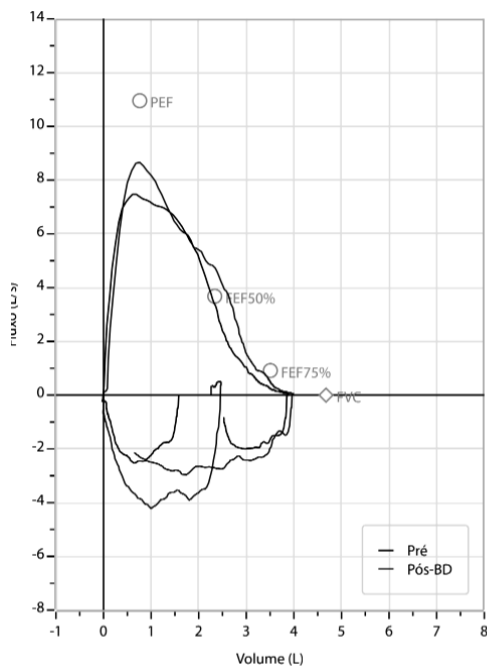


		Medido	Faixa normal	Predito	%Predito
FEV1/FVC%	%	72,5	> 73,1	80,7	90
FEV1	L	4,55	> 3,38	4,14	110
FVC	L	6,27	> 4,23	5,13	122
FEF25-75%	L/s	3,43	> 2,27	3,85	89
PEF	L/s	10,85	> 8,72	11,47	95

Após o broncodilatador, não houve variação significativa de VEF1 ou CVF. Qual a interpretação da espirometria e conduta para esse caso?

- A) O paciente tem distúrbio ventilatório obstrutivo leve, pois a relação VEF1/CVF está abaixo no limite inferior da normalidade. A conduta é iniciar corticoide inalatório e reavaliar com 3 meses.
- B) A espirometria evidencia redução da relação VEF1/CVF que nesse caso é uma variação da normalidade decorrente do biotipo do paciente. Deve ser feito laudo declarando que o paciente não tem evidência de pneumopatia.
- C) Os valores medidos na espirometria estão dentro da faixa da normalidade. Deve ser feito laudo declarando que o paciente não tem evidência de pneumopatia.
- D) A espirometria é compatível com distúrbio ventilatório inespecífico. A determinação dos volumes pulmonares por pletismografia é fundamental para definir o diagnóstico.
- E) As curvas são inaceitáveis para interpretação. O paciente deverá repetir o exame.

09. Paciente com 70 anos, sexo masculino e sem antecedente de tabagismo. Fez espirometria para diagnóstico diferencial de tosse crônica.



		Faixa normal	Predito	Pré-BD	%Predito	Pós-BD	%Predito
FEV1/FVC%	%	> 67,4	75	80,9	108	84,9	113
FEV1	L	> 2,77	3,53	3,18	90	3,41	96
FVC	L	> 3,77	4,67	3,93	84	4,01	86

Qual seria o laudo CORRETO para este exame?

- A) Distúrbio restritivo leve.
- B) Distúrbio ventilatório inespecífico.
- C) Distúrbio ventilatório obstrutivo leve. Houve variação significativa de VEF1 após o broncodilatador.
- D) Distúrbio ventilatório obstrutivo leve. Não houve variação significativa de VEF1 ou CVF após o broncodilatador.
- E) Volumes e fluxos espirométricos dentro da faixa da normalidade. Não houve variação significativa após o broncodilatador.

10. Em relação ao diagnóstico da Histoplasmose, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O histoplasma cresce rapidamente nos meios de cultura (7 dias).
- B) O principal achado histopatológico é o granuloma que pode ser caseoso.
- C) A antigenemia no sangue ou urina tem baixa sensibilidade, mesmo na forma disseminada.
- D) A sorologia tem maior utilidade no diagnóstico das formas agudas.
- E) A presença de fungo no histopatológica indica doença ativa, independente do quadro clínico.

11. A Síndrome de Hipoventilação associada à Obesidade (SHO) é uma condição complexa que envolve diversos fatores fisiopatológicos e apresenta sintomas variados. Considerando o consenso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia sobre distúrbios respiratórios do sono, analise as seguintes afirmativas e assinale a CORRETA.

- A) A SHO é definida pela presença de obesidade (≥ 40 kg/m²) e PaCO₂ inferior a 45 mmHg em vigília, sem a necessidade de excluir outras doenças que possam explicar a hipercapnia.
- B) Na SHO, a presença de apneia obstrutiva do sono (AOS) é rara, ocorrendo em menos de 10% dos casos.
- C) Na avaliação inicial de um paciente suspeito de SHO, uma oximetria de pulso com SpO₂ < 93% e dosagem de bicarbonato sérico venoso ≥ 27 mEq/L são dados sugestivos da síndrome.
- D) A SHO é caracterizada, principalmente, pela presença de obesidade e níveis elevados de PaCO₂ durante o sono, sem manifestações clínicas evidentes em vigília.
- E) Pacientes com SHO geralmente apresentam melhor complacência pulmonar e menor resistência pulmonar, quando comparados a indivíduos obesos sem a síndrome.

12. Em relação ao uso de oxigênio em viagens aéreas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A FiO₂ inspirada durante voos comerciais é equivalente à FiO₂ ao nível do mar.
- B) Pacientes com SpO₂ entre 90 e 92% podem viajar sem necessidade de suplementação.
- C) Os pacientes com SpO₂ entre 92% e 95% devem ser submetidos a teste de caminhada de 6 minutos para avaliar a necessidade de suplementação durante o voo.
- D) Pacientes que necessitem de um fluxo > 4 L/min para corrigir a hipoxemia devem ser desencorajados a voar e, caso o façam, devem utilizar transporte aeromédico.
- E) A oxigenoterapia nas aeronaves deve ser feita exclusivamente a partir de cilindro, pois não é possível utilizar concentradores de oxigênio durante voos comerciais.

13. A avaliação da resposta ao broncodilatador é uma etapa crucial na interpretação dos testes de função pulmonar, especialmente em pacientes com doenças obstrutivas das vias aéreas. Considerando as diretrizes recentes da ATS/ERS para a realização de espirometria, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A resposta ao broncodilatador deve ser avaliada apenas através da variação do FEV₁, não sendo relevante a análise da variação do FVC.
- B) A resposta ao broncodilatador é considerada positiva, quando há um aumento de mais de 10% do valor previsto tanto para FEV₁ ou para FVC.
- C) O teste de resposta ao broncodilatador não possui relevância clínica significativa na diferenciação entre asma e DPOC.
- D) A escolha do broncodilatador, a dose e o modo de administração para o teste de resposta ao broncodilatador são padronizados e não dependem de uma decisão clínica.
- E) A resposta ao broncodilatador é avaliada apenas em termos absolutos, não sendo necessário expressar a mudança como uma porcentagem relativa ao valor previsto do indivíduo.

14. Em relação ao tratamento dos pacientes com bronquiectasias, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A duração padrão da antibioticoterapia no tratamento das exacerbações infecciosas é de 14 dias.
- B) Os corticoides inalatórios têm um papel fundamental no tratamento anti-inflamatório dos pacientes com bronquiectasias.
- C) O uso prolongado da azitromicina está indicado para pacientes com três ou mais exacerbações ao ano.
- D) A erradicação precoce da Pseudomonas tem sido indicada nos casos de primoinfecção respiratória.
- E) A remoção cirúrgica pode ser indicada nos pacientes com bronquiectasias localizadas e sintomas não controlados com o tratamento otimizado.

15. Paciente com 66 anos, sexo feminino, diabética e hipertensa, dá entrada na emergência, com quadro de febre, tosse com expectoração amarelada e dor em base do hemitórax direito há 3 dias. Hemograma com 14.000 leucócitos, ureia = 42 mg/dL e radiografia de tórax com área de consolidação em topografia do lobo inferior direito. Exame físico: estado geral regular, consciente, orientada, eupneica (FR 18 irpm), com estertores na base do hemitórax direito, PA = 120x80 mmHg e SpO₂ = 96% em ar ambiente. Em relação a este caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A tomografia é essencial para confirmar o diagnóstico.
- B) A paciente deve ser internada para iniciar antibioticoterapia venosa, pois tem mais de 65 anos.
- C) Esse caso deve ser conduzido inicialmente em unidade de terapia intensiva.
- D) Deve-se solicitar broncoscopia com lavado broncoalveolar para isolar o agente etiológico.
- E) O tratamento pode ser feito com antibioticoterapia oral.

16. Assinale a alternativa que NÃO constitui critério para internamento em UTI da IDSA/ATS em pacientes com pneumonia adquirida na comunidade.

- A) Frequência respiratória maior que 30 irpm.
 B) Relação PaO₂/FiO₂ menor que 250.
 C) Ureia sérica maior que 50 mgL%.
- D) Leucocitose maior que 20.000 células/mm³.
 E) Hipotensão.

17. Qual critério abaixo NÃO define Síndrome do Desconforto Respiratório do Adulto (SDRA)?

- A) PaO₂/FiO₂ ≤ 300 mmHg.
 B) SpO₂/FiO₂ ≤ 320 mmHg com SpO₂ ≤ 97%.
 C) Cateter nasal de alto fluxo (CNAF) ≥ 30 L/min.
- D) Radiografia de tórax com infiltrado pulmonar difuso.
 E) Ultrassonografia pulmonar com padrão A.

18. Qual o mecanismo de ação do Dupilumab?

- A) Bloqueio da interleucina 5.
 B) Bloqueio do receptor da interleucina 5.
 C) Bloqueio do receptor das interleucinas 4 e 13.
- D) Bloqueio o TNF-alfa.
 E) Bloqueio da IgE.

19. Qual fator de risco NÃO está associado a uma maior chance de desenvolvimento da fibrose pulmonar idiopática?

- A) Artrite reumatoide.
 B) Idade maior que 60 anos.
 C) Tabagismo.
- D) Sexo masculino.
 E) Polimorfismo da proteína mucina-5B.

20. Em relação ao tratamento da fibrose pulmonar idiopática, analise as afirmativas a seguir e assinale a alternativa CORRETA.

- A) O emprego dos antifibróticos deve ser reservado para aqueles pacientes com doença progressiva demonstrada por tomografia e função pulmonar.
 B) Os antifibróticos revertem até 20% as áreas de fibrose e melhoram a função pulmonar.
 C) A terapia com antifibróticos é eficaz em reduzir eventos de exacerbação.
 D) O efeito dos antifibróticos não traz benefício aos pacientes com doença avançada.
 E) O uso de nintedanibe está associado com o desenvolvimento de fotossensibilidade.

21. Sobre a baciloscopia no diagnóstico da tuberculose, é CORRETO afirmar que

- A) a baciloscopia direta em escarro espontâneo tem sensibilidade de cerca de 90%.
 B) a baciloscopia tem maior sensibilidade em pacientes co-infectados pelo HIV.
 C) a baciloscopia de fluorescência pode aumentar a capacidade de detecção do bacilo em 10%.
 D) a baciloscopia não é indicada para diagnóstico de tuberculose extrapulmonar.
 E) a baciloscopia tem sensibilidade uniforme para todos os pacientes.

22. O tratamento da tuberculose envolve o uso de múltiplos fármacos, cada um com seu perfil de efeitos adversos. Considerando os efeitos colaterais menos comuns, mas significativos, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Rifampicina - Síndrome do homem vermelho.
 B) Isoniazida - Neuropatia periférica.
 C) Pirazinamida - Ginecomastia.
- D) Etambutol - Alterações visuais cromáticas.
 E) Estreptomicina - Ototoxicidade.

23. Com base nas recentes atualizações do Ministério da Saúde sobre o tratamento da Infecção Latente por Tuberculose (ILT) no Brasil, assinale a alternativa CORRETA sobre o esquema de tratamento com Isoniazida + Rifapentina (3HP):

- A) É o esquema preferencial para indivíduos com mais de 50 anos, hepatopatas e contatos de pessoas com TB monorresistente à H.
 B) A posologia para adultos (>14 anos e ≥ 30kg) é de 900mg/semana de Isoniazida e 900mg/semana de Rifapentina.
 C) É contraindicado o uso concomitante de Rifapentina e Dolutegravir, mesmo com ajuste de dose.

- D) O tratamento deve ser autoadministrado sem necessidade de estratégias de adesão.
E) É recomendado o uso de Rifapentina em gestantes, dada a existência de estudos suficientes que comprovam sua segurança durante a gestação.

24. De acordo com as diretrizes recentes do American College of Chest Physicians sobre o gerenciamento respiratório de pacientes com fraqueza neuromuscular, é CORRETO afirmar sobre a ventilação não invasiva (VNI) que

- A) a VNI é recomendada para todos os pacientes com DNM, mesmo que não apresentem sintomas de insuficiência respiratória crônica.
B) a VNI deve ser iniciada com base exclusivamente nos resultados da polissonografia, sem a necessidade de considerar outros testes diagnósticos.
C) a VNI é contraindicada em pacientes com DNM que apresentam distúrbios respiratórios relacionados ao sono.
D) a VNI é sugerida para o tratamento de distúrbios respiratórios relacionados ao sono em pacientes com DNM, seguindo critérios específicos para adultos e pediátricos.
E) a VNI não é recomendada para pacientes com DNM que apresentam uma função pulmonar normal, conforme avaliado por testes de função pulmonar.

25. Um homem de 70 anos, com histórico de insuficiência cardíaca congestiva, é admitido com dor súbita e edema em membro inferior direito. Você suspeita de trombose venosa profunda (TVP) e está considerando a realização de um teste de D-dímero para auxiliar no diagnóstico.

Qual das seguintes afirmações é verdadeira em relação ao uso do teste de D-dímero no diagnóstico de TEV?

- A) Um resultado positivo de D-dímero é suficiente para estabelecer o diagnóstico de TVP.
B) O teste de D-dímero tem uma sensibilidade muito alta, tornando-o ideal para confirmar o diagnóstico de TEV.
C) O teste de D-dímero pode ser útil para excluir o diagnóstico de TEV em pacientes com baixa probabilidade clínica.
D) O teste de D-dímero deve ser evitado em pacientes idosos, pois não oferece informações diagnósticas úteis nesse grupo etário.
E) Um resultado negativo de D-dímero é indicativo de que o paciente está em alto risco de desenvolver TEV no futuro.

26. Durante um cateterismo cardíaco direito em um paciente de 52 anos com suspeita de hipertensão pulmonar (HP), você obtém os seguintes dados: pressão arterial pulmonar média (mPAP) de 35 mmHg, pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP) de 12 mmHg e resistência vascular pulmonar (RVP) de 3 Wood units (WU).

Com base nesses resultados, qual das seguintes afirmações é verdadeira?

- A) O paciente tem HP pré-capilar, indicada por uma mPAP ≥ 25 mmHg, uma POAP ≤ 15 mmHg e uma RVP elevada.
B) O paciente tem HP pós-capilar, indicada por uma mPAP ≥ 25 mmHg e uma POAP > 15 mmHg.
C) O paciente não tem HP, pois a RVP está dentro da faixa normal (1-3 WU).
D) O paciente tem HP de origem mista, indicada por uma mPAP elevada e uma POAP intermediária.
E) O paciente tem HP pós-capilar reativa, indicada por uma POAP elevada e uma mPAP moderadamente elevada.

27. Você está avaliando um paciente de 58 anos com hipertensão arterial pulmonar (HAP) associada à esclerodermia. Considerando as diretrizes mais recentes para o tratamento da HAP, você está ponderando sobre a introdução de um inibidor da fosfodiesterase-5 (iPDE-5) na terapia do paciente.

Qual dos seguintes medicamentos é um iPDE-5 que você poderia considerar para esse paciente?

- A) Sildenafil. B) Bosentan. C) Epoprostenol. D) Selexipag. E) Riociguat.

28. Um paciente de 58 anos com diagnóstico de pneumonite por hipersensibilidade está em acompanhamento há 1 ano. No início do acompanhamento, a Capacidade Vital Forçada (CVF) era de 80% do previsto e a Capacidade de Difusão do Monóxido de Carbono (DLCO) era de 75% do previsto. O paciente relata que não houve piora dos sintomas respiratórios. A TCAR mais recente mostra um aumento da extensão da fibrose e novas opacidades em vidro fosco com bronquiectasias de tração. Os testes de função pulmonar mostram uma CVF de 76% do previsto e uma DLCO de 65% do previsto.

Com base nos critérios que definem Doença Pulmonar Intersticial Fibrosante Progressiva, como você avaliaria a progressão da doença neste paciente?

- A) O paciente não atende aos critérios de progressão da doença, pois a CVF não diminuiu em, pelo menos, 10% do previsto.
B) O paciente atende aos critérios de progressão da doença, baseados no estudo de Raghu et al.
C) O paciente não atende aos critérios de progressão da doença, pois não houve piora dos sintomas respiratórios.

- D) O paciente atende aos critérios de progressão da doença, pois houve progressão das áreas de fibrose e queda significativa da CVF.
- E) O paciente não atende aos critérios de progressão da doença, pois a DLCO não diminuiu em, pelo menos, 15% do previsto.

29. Um paciente de 45 anos é encaminhado para avaliação de dispneia progressiva ao longo de 6 meses. Durante a avaliação, foi realizada uma cateterização cardíaca direita que revelou os seguintes dados hemodinâmicos:

- Pressão arterial pulmonar média (PAPm): 35 mmHg
- Pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP): 12 mmHg
- Débito cardíaco (DC): 4.5 L/min
- Índice cardíaco (IC): 2.5 L/min/m²
- Resistência vascular pulmonar (RVP): 3 Wood units

Além disso, o paciente realizou uma angiotomografia pulmonar que não mostrou sinais de tromboembolismo pulmonar. Testes de função pulmonar revelaram uma capacidade pulmonar total normal e uma relação VEF1/CVF normal. Com base nos dados hemodinâmicos apresentados, nos resultados da angiotomografia e nos testes de função pulmonar, qual grupo de hipertensão pulmonar o paciente mais provavelmente se enquadra?

- A) Grupo 1: Hipertensão arterial pulmonar (PAH).
- B) Grupo 2: Hipertensão pulmonar devido a doenças cardíacas esquerdas.
- C) Grupo 3: Hipertensão pulmonar devido a doenças pulmonares e/ou hipóxia.
- D) Grupo 4: Hipertensão pulmonar devido a obstruções crônicas das artérias pulmonares.
- E) Grupo 5: Hipertensão pulmonar com mecanismos incertos.

30. A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença complexa que pode estar associada a várias comorbidades. Identifique a afirmação CORRETA sobre as comorbidades frequentemente associadas à FPI.

- A) Todos os pacientes com FPI devem tratar a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), independentemente da presença de sintomas.
- B) A hipertensão pulmonar, uma comorbidade comum na FPI, é geralmente diagnosticada no início da doença devido aos sintomas proeminentes que apresenta.
- C) A apneia obstrutiva do sono é frequentemente observada em pacientes com FPI, e o tratamento com CPAP tem eficácia comprovada na melhoria da qualidade de vida e na desaceleração da progressão da FPI.
- D) Pacientes com FPI têm um risco aumentado de desenvolver ansiedade e depressão, e o manejo adequado desses distúrbios de humor é uma parte crucial do tratamento da FPI.
- E) A presença de doença coronariana em pacientes com FPI é rara, e a avaliação cardiológica não é geralmente recomendada como parte do manejo da FPI.

31. Em relação à criobiópsia transbrônquica para o diagnóstico de doenças pulmonares intersticiais, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A retirada de fragmentos em mais de um lobo ou segmento não aumenta o risco de pneumotórax.
- B) A distância do probe em relação à pleura identificada por fluoroscopia não interfere no risco de pneumotórax.
- C) O tamanho do probe, 1.9 ou 2.4 mm, não interfere no risco de sangramento ou pneumotórax.
- D) Biópsias obtidas muito proximalmente expõem os pacientes a potenciais complicações hemorrágicas devido à laceração de vasos arteriais brônquicos maiores.
- E) Amostras obtidas a 1 cm de distância do revestimento pleural reduzem o risco de pneumotórax, porém não permitem a obtenção de espécimes histológicos adequados.

32. Qual das seguintes afirmações é VERDADEIRA sobre as complicações fatais associadas à tosse?

- A) Elas são geralmente restritas ao sistema respiratório.
- B) Elas podem incluir complicações gastrointestinais graves, como ruptura esplênica.
- C) Elas são facilmente preveníveis em todos os casos.
- D) As complicações fatais da tosse são mais frequentemente associadas a problemas dermatológicos graves.
- E) Todas as complicações fatais da tosse são resultado direto de lesões traumáticas.

33. O sinal S de Golden é visto em radiografias de tórax, quando há atelectasia do lobo superior direito. Qual a causa da atelectasia quando este sinal está presente?

- A) Neoplasia de pulmão.
 B) Sequela de tuberculose.
 C) Aspiração de corpo estranho.
 D) Compressão extrínseca por tumor mediastinal.
 E) Hipoplasia pulmonar.

34. Qual a localização mais frequente dos cistos pericárdicos?

- A) Recesso cardiofrênico esquerdo.
 B) Ângulo cardiofrênico direito.
 C) Adjacente à artéria pulmonar.
 D) Região peribrônquica.
 E) Áreas periesofágicas.

35. Carlos, um homem de 29 anos, procura atendimento médico relatando episódios frequentes de tosse produtiva com expectoração espessa e amarelada. Ele menciona ter sido diagnosticado com bronquite crônica na infância. Durante o exame físico, Carlos apresenta baixa estatura, caquexia e sinais de insuficiência respiratória. O histórico e os sintomas levantam a suspeita de fibrose cística, não diagnosticada anteriormente. Com base no caso clínico apresentado, qual das seguintes afirmações é VERDADEIRA para orientar o diagnóstico e manejo inicial de Carlos?

- A) A fibrose cística é uma doença com herança autossômica recessiva. Até agora já foram descritas pelo menos 2.109 diferentes mutações associadas à doença clinicamente perceptível.
 B) O teste do suor é considerado positivo quando a concentração do cloreto for < 60 mmol/L.
 C) A tentativa de erradicação da infecção por *Pseudomonas* não tem benefício claramente estabelecido na literatura e não é recomendada pelas diretrizes brasileiras para o tratamento farmacológico pulmonar na fibrose cística.
 D) A prescrição de broncodilatadores não tem papel nos pacientes com fibrose cística.
 E) As drogas moduladoras do CFTR devem ser prescritas, independente do tipo de mutação do paciente.

36. Qual droga abaixo NÃO causa derrame pleural?

- A) Amiodarona B) Metotrexate C) Nitrofurantoína D) Sitagliptina E) Rosiglitazona

37. Qual dos critérios abaixo NÃO classifica um derrame pleural como exsudato?

- A) Proteínas totais no líquido pleural superior a 3,4 g/dL.
 B) DHL no líquido pleural superior a 328 U/L.
 C) Albumina sérica menos albumina no líquido pleural superior a 1,2 g/dL.
 D) Relação de proteínas totais no líquido pleural dividida pelas proteínas totais séricas superior a 0,5.
 E) DHL no líquido pleural dividido pelo DHL sérico superior a 0,6.

38. Uma mulher de 62 anos, ex-tabagista, foi submetida a TC de tórax com protocolo de baixa dose para *screening* de câncer de pulmão que identificou nódulo sólido, não espiculado, com 7 mm, subpleural, no lobo superior esquerdo. Considerando uma probabilidade de malignidade de 3,9% calculada pelo modelo de Brock, qual a conduta mais apropriada?

- A) Realização de PET-CT para definir realização de biópsia.
 B) Como o nódulo é periférico, realizar biópsia percutânea guiada por tomografia.
 C) Como a probabilidade de malignidade é muito baixa, manter TC anual, conforme protocolo do *screening*.
 D) Trata-se de um nódulo Lung-RADS categoria 4A. A conduta recomendada é repetir a tomografia com 3 meses.
 E) Trata-se de um nódulo Lung-RADS categoria 3. A conduta recomendada é repetir a tomografia com 6 meses.

39. O surto de lesões pulmonares agudas relacionadas ao *vaping*, denominadas EVALI (lesão pulmonar aguda associada ao uso de produtos de *e-cigarette* ou *vaping*), começou no verão de 2019 nos EUA, acumulando várias mortes. Qual esclarecimento se daria a um jovem asmático usuário de cigarro eletrônico?

- A) O uso de cigarros eletrônicos não aumenta as chances de exacerbações de asma.
 B) Os aerossóis de vape contêm uma série de substâncias tóxicas que podem causar estresse oxidativo e danos ao DNA.
 C) Os efeitos adversos do *vaping* incluem, apenas, o envenenamento por nicotina.
 D) Com o uso do *vaping*, não há exposição a carcinógenos.
 E) Os cigarros eletrônicos ajudam na terapia de cessação do tabagismo.

40. Um homem de 29 anos é encaminhado ao pneumologista após um episódio de hemoptise. Ele relata histórico de epistaxes frequentes desde a infância e menciona que sua mãe e avô materno tiveram "problemas de sangramento". Durante a investigação, foi realizada uma tomografia computadorizada de tórax que revelou a presença de malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP). Com base no cenário clínico apresentado e considerando o diagnóstico de Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH), assinale a alternativa CORRETA.

- A) A MAVP é uma manifestação rara na THH, sendo identificada em menos de 10% dos pacientes com essa condição genética.
- B) A MAVP geralmente não leva a complicações graves, e o tratamento é voltado, principalmente, para o manejo dos sintomas.
- C) A presença de MAVP em pacientes com THH pode levar a complicações graves, especialmente se o diâmetro da artéria alimentadora for maior que 3 mm.
- D) O diagnóstico de MAVP é geralmente feito por meio de radiografia de tórax, que é suficiente para identificar todas as MAVP, independentemente do tamanho.
- E) O tratamento de escolha para MAVP é a administração de corticosteroides em altas doses para reduzir o tamanho das malformações arteriovenosas.

41. Uma mulher de 35 anos, diagnosticada com Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) apresenta-se com dispneia progressiva e cianose. A tomografia computadorizada de tórax revela múltiplas malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP). Considerando o cenário clínico e o diagnóstico de THH, qual seria a abordagem terapêutica mais apropriada para o manejo das complicações pulmonares da paciente?

- A) Iniciar tratamento com corticosteroides em altas doses para reduzir o tamanho das MAVP.
- B) Encaminhar a paciente para embolização das MAVP, visando obstruir o fluxo sanguíneo nas artérias alimentadoras das malformações.
- C) Prescrever oxigenoterapia domiciliar de longo prazo, sem necessidade de intervenções adicionais.
- D) Aconselhar a paciente a evitar atividades físicas intensas, sendo esta a única intervenção necessária no momento.
- E) Programar uma ressecção cirúrgica urgente de todas as MAVP identificadas na tomografia computadorizada de tórax.

42. Em relação ao tratamento para cessação do tabagismo, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O benefício da cessação do tabagismo ocorre apenas após pelo menos 2 anos sem fumar.
- B) A dificuldade em parar de fumar ocorre exclusivamente por dependência química à nicotina.
- C) Fumantes que consomem mais de 20 cigarros por dia podem se beneficiar com o uso de dois adesivos de nicotina (doses maiores que 21 mg).
- D) A bupropiona é contraindicada para pacientes epiléticos. Convulsão febril na infância não constitui contraindicação.
- E) A vareniclina é contraindicada para pacientes cardiopatas.

43. Qual alternativa abaixo NÃO representa tratamento recomendado para hemoptise?

- A) Broncoscopia
- B) Radioterapia
- C) Embolização de artéria brônquica
- D) Ácido tranexâmico por via inalatória
- E) Repouso em decúbito lateral do lado contrário ao lado afetado

44. O aneurisma de Rasmussen está associado à seguinte patologia:

- A) Tuberculose pulmonar.
- B) Doença de Behçet.
- C) Síndromes de Ehlers-Danlos.
- D) Adenocarcinoma de pulmão.
- E) Síndrome de Rendu-Osler-Weber.

45. Você é chamado para avaliar um paciente masculino com 63 anos que se internou devido a quadro de desconforto respiratório, tosse com expectoração amarelada e sibilos difusos na ausculta. Tomografia de tórax com achado de enfisema nos lobos superiores e sinais de broncopatia inflamatória. Foi encontrada no prontuário eletrônico uma espirometria realizada há 6 meses que mostrava distúrbio ventilatório obstrutivo moderado, sem variação significativa de VEF1 ou CVF após o broncodilatador. Contagem de eosinófilos no sangue periférico igual a 349 células/ μ L. O paciente parou de fumar há 1 ano e tem carga tabágica de 40 maços.ano.

Qual a classificação do GOLD e a terapia inicial para esse paciente?

- A) Grupo E – LABA ou LAMA + corticoide inalatório.
- B) Grupo E – LABA + LAMA + corticoide inalatório.

- C) Grupo E – LABA + LAMA.
 D) Grupo A – LABA ou LAMA.
 E) Grupo B – LABA + LAMA.

46. Você é um médico pneumologista e está avaliando um paciente de 52 anos que foi encaminhado para consideração para o programa de screening de câncer de pulmão. O paciente tem um histórico de 22 maços.ano de tabagismo e deixou de fumar há 10 anos.

Com base nas recomendações da US Preventive Services Task Force, esse paciente deve ser incluído no programa de screening de câncer de pulmão?

- A) Não, porque o paciente tem menos de 55 anos.
 B) Não, porque o paciente deixou de fumar há mais de 5 anos.
 C) Sim, porque o paciente está na faixa etária recomendada e atende aos critérios de histórico de tabagismo.
 D) Não, porque o paciente tem um histórico de tabagismo de menos de 30 maços.ano.
 E) Sim, mas apenas se o paciente estiver disposto a realizar uma tomografia a cada 6 meses.

47. Assinale a alternativa que NÃO representa manifestação comumente associada à sarcoidose.

- A) Síndrome de Heerfordt-Waldenström.
 B) Síndrome de Löfgren.
 C) Hipocalcemia.
 D) Olho seco.
 E) Tosse e dispneia.

48. Em qual das patologias abaixo, o tabagismo parece oferecer um papel protetor para o desenvolvimento da doença?

- A) Fibrose pulmonar idiopática.
 B) Pneumonia intersticial descamativa.
 C) Bronquiolite respiratória associada à doença intersticial pulmonar.
 D) Granulomatose de células de Langerhans.
 E) Pneumonite por hipersensibilidade.

49. Você é chamado para avaliar um paciente de 29 anos que foi encontrado desacordado em sua casa, durante um episódio de vazamento de gás. Ao chegar ao hospital, o paciente está consciente, mas confuso e queixando-se de dor de cabeça severa e tontura. Você nota que ele tem uma coloração rosada na pele e nas mucosas. Uma oximetria de pulso mostra uma saturação de oxigênio de 95%.

Uma gasometria arterial é realizada e revela os seguintes resultados:

- pH: 7.42
- pCO₂: 35 mmHg
- pO₂: 90 mmHg
- HCO₃⁻: 24 mEq/L
- SatO₂ (gasometria): 91%

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, qual das seguintes intervenções é a mais apropriada para o manejo imediato desse paciente?

- A) Administração de oxigênio através de uma máscara não reinalante.
 B) Ventilação mecânica invasiva imediata.
 C) Administração de hidroxocobalamina intravenosa.
 D) Realização de uma tomografia computadorizada de crânio para avaliar possíveis lesões cerebrais.
 E) Iniciar tratamento com antídoto específico para cianeto.

50. Qual polissacarídeo, componente da parede celular de alguns fungos, é utilizado como marcador de infecção por Aspergillus?

- A) Procalcitonina
 B) Galactomanana
 C) β-glucano
 D) Quitina
 E) Manana

GRUPO 24
- ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA -