

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

PROGRAMAS – GRUPO 009	Data e horário da prova:
Endoscopia Respiratória I (608).	<i>Domingo, 29/11/2020, às 8h.</i>

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Para ganhar é preciso gastar.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

PNEUMOLOGIA**Itens de 1 a 120**

Uma paciente de 22 anos de idade, branca, natural e procedente de Brasília (DF), foi admitida no pronto-socorro com quadro de dispneia aos mínimos esforços, iniciada há cinco horas, associada a dor torácica ventilatório-dependente a localizada em região axilar e infraescapular direita. Queixava-se de dor em membros inferiores, cuja instalação se deu há uma semana. Informou ter se submetido a parto cirúrgico há um mês. Ao exame físico, apresentava PA = 110 mmHg x 74 mmHg, FC = 145 bpm, FR = 36 irpm, SatO₂ = 88% e temperatura axilar = 36 °C. A ausculta cardíaca mostrava ritmo regular em 2T, com hiperfonese de B2 em foco pulmonar, sem sopros. No exame pulmonar, foram identificados macicez com expansibilidade, além do frêmito toracovocal e murmúrio vesicular diminuídos em região infraescapular direita. Observou-se abdome sem alterações. Apresentava edema em membro inferior direito (+++/IV), mole e indolor, sem dor à dorso-flexão, e presença de varizes nos membros inferiores.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. As manifestações respiratórias observadas têm, como causas, a diminuição do espaço morto alveolar e a redução do volume pulmonar.
2. A confirmação diagnóstica requer a feitura de exame que identifique objetivamente a causa do evento.
3. Diante da apresentação clínica descrita, a doença pode ser classificada como maciça.
4. O tratamento dessa enfermidade deve ser realizado imediatamente, mesmo que ainda não haja confirmação diagnóstica.

Uma paciente de 36 anos de idade, casada e mãe de dois filhos, procura o ambulatório de um hospital informando apresentar-se sem problemas de saúde até o período de dois anos. A partir de então, notou o surgimento de dispneia progressiva aos esforços. Há um mês, apresenta tal sintoma, de forma intensa, ao caminhar uma distância menor do que 100 metros em superfície plana. Nega tosse, chiados no peito, dor torácica, hemoptise, febre, sudorese, calafrios e perda de peso. O exame físico mostra PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 85 bpm, FR = 20 irpm e SatO₂ = 98%. A ausculta cardíaca mostra hiperfonese de segunda bulha em foco pulmonar. O exame do abdome revela fígado palpável a 8 cm do rebordo costal direito e hepatimetria de 16 cm. Observa-se edema de membros inferiores mole, frio e indolor, atingindo ambos os maléolos.

Acerca desse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

5. Os achados de história clínica e do exame físico mostram que a paciente apresenta uma insuficiência cardíaca esquerda.
6. O comprometimento clínico da paciente pode estar associado a colagenose, infecção pelo vírus HIV-1 e hepatite viral B ou C.
7. A dispneia pode ser classificada como MRC 4, em uma escala de 1 a 5.

8. Deve-se solicitar uma cintilografia pulmonar ventilação x perfusão, pois tal exame trata-se de um importante passo para o rastreio diagnóstico.

Um paciente de 40 anos de idade, casado, auxiliar de escritório, procurou um ambulatório de clínica médica informando ser previamente hígido até apresentar, há seis dias, quadro de febre, mialgia, tosse seca e dispneia. Foi submetido a radiografia de tórax que indicou infiltrado alveolar em lobos inferiores. Optou-se pela internação do paciente. O exame físico mostrava PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 100 bpm, FR = 26 irpm, SatO₂ = 89% e temperatura axilar = 38 °C. A ausculta pulmonar revelava crepitações inspiratórias em regiões infraescapulares. Decidiu-se pela prescrição de levofloxacina 500 mg ao dia. Passados dois dias da internação, verificou-se piora da dispneia, com gasometria feita em ar ambiente demonstrando pH = 7,5; PaO₂ = 55 mmHg; PaCO₂ = 33 mmHg; bicarbonato = 20 Meq/L; e BE = +1. Realizada broncoscopia, identificaram-se 50% de eosinófilos. Hemograma completo e EPF apresentaram-se sem alterações.

A respeito desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

9. O paciente precisa ser submetido a uma investigação minuciosa que afaste as possibilidades de doença sistêmica e uso de drogas.
10. A gasometria arterial evidencia grave hipoxemia e alcalose metabólica.
11. A ausência de eosinofilia sanguínea exclui a possibilidade de eosinofilia pulmonar.
12. A prescrição de corticosteroides é uma boa opção terapêutica para esse paciente.

Um paciente de 56 anos de idade, pardo, lavrador, procurou o ambulatório com queixas de aparecimento de lesões bolhosas em membros inferiores e superiores bilateralmente há dois meses, acompanhadas de tosse seca, rinorreia purulenta e perda de 10 kg. O exame físico revelou PA = 130 mmHg x 90 mmHg, FC = 100 bpm, FR = 22 irpm, SatO₂ = 95% e temperatura axilar = 36,5 °C. A radiografia de tórax indicou extensas áreas de infiltrado alveolar bilateralmente. Nas provas de função renal, verificaram-se ureia = 90 mg/dL e creatinina = 2 mg/dL. Solicitou-se uma pesquisa de autoanticorpos, a qual mostrou um título de ANCA-C em 1:258.

Com relação a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

13. A presença de lesões cutâneas bolhosas e a perda de peso, com alterações à radiografia de tórax, despertam o diagnóstico de vasculite pulmonar.
14. O prognóstico da doença para esse paciente é grave, mesmo com a instituição precoce de tratamento.
15. O ANCA-C é fortemente associado a poliangeíte microscópica e a vasculite de Churg-Strauss.
16. A biópsia de pele é um exame que se mostra fundamental para o diagnóstico definitivo da doença desse paciente.

Um paciente de 40 anos de idade procura o ambulatório informando apresentar dispnéia progressiva aos esforços e tosse seca há seis meses. Tem história de tabagismo calculada em 30 maços-ano. Nega uso de medicamentos e drogas ilícitas e exposição ocupacional ou ambiental. O exame físico mostra PA = 110 mmHg x 70 mmHg, FC = 80 bpm, FR = 22 irpm, SatO₂ = 95% em repouso e 85% após exercício e temperatura axilar de 36,5 °C. Observa-se a presença de crepitações respiratórias em velcro e de baqueteamento de dedos. A tomografia revela um padrão em vidro fosco difuso com distribuição peribronquial.

Quanto a esse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

17. O fato de a tomografia computadorizada de tórax mostrar um padrão em vidro fosco sela o diagnóstico de doença pulmonar intersticial.
18. Um passo correto a ser seguido é a obtenção de amostra histopatológica para melhor definir o diagnóstico.
19. A presença de baqueteamento de dedos gera a necessidade de se pesquisar DPOC nesse paciente.
20. Orientar o paciente a parar de fumar pode resultar em regressão das lesões, levando em conta a precocidade do diagnóstico.

Acerca da segmentação pulmonar, julgue os itens a seguir.

21. Segmentos pulmonares funcionam autonomamente, cada um possuindo um brônquio e um ramo arterial pulmonar, não havendo ventilação entre eles.
22. O pulmão direito possui 11 segmentos, e o lobo superior é dividido em segmentos apicoposterior, medial, inferior e anterior.
23. O pulmão esquerdo possui nove segmentos, sendo o lobo inferior dividido em segmentos superior, basilar medial, basilar anterior, basilar lateral e basilar posterior.
24. A língua divide-se em dois segmentos (inferior e superior), localiza-se no pulmão esquerdo e é o sítio preferido para biópsias pulmonares a céu aberto.

Uma paciente de 17 anos de idade procura o ambulatório informando apresentar tosse com expectoração desde a infância. As exacerbações passaram a ser mais constantes após os 12 anos de idade. Tem histórico de quatro pneumonias, a última das quais ocorreu há um mês, ocasião na qual foi isolado, no escarro da paciente, *Pseudomonas aeruginosa*. Os pais e as duas irmãs são saudáveis. O exame físico mostra PA = 100 mmHg x 60 mmHg, FC = 85 bpm, FR = 20 irpm, SatO₂ = 98% e temperatura axilar = 36,5 °C. Observam-se crepitações expiratórias no terço superior de ambos os pulmões. A tomografia computadorizada de tórax mostra a presença de bronquiectasias nos lobos superiores. O teste do suor revela sódio = 100 mEq/L e cloretos = 90 Meq/L. Encontra-se mutação delta positiva em um dos alelos.

Com relação a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

25. O resultado da concentração de sódio no teste do suor define o diagnóstico de fibrose cística.

26. Medidas mecânicas para o aumento do *clearance* mucociliar são um dos pilares no tratamento da fibrose cística.
27. O prognóstico da doença da paciente tem melhorado significativamente com os avanços no diagnóstico e no tratamento.
28. A mutação encontrada, reconhecida como causadora da fibrose cística, é critério isolado para o diagnóstico dessa doença.

Uma paciente de 70 anos de idade, branca, viúva, aposentada, procurou uma unidade hospitalar queixando-se de tosse pouco produtiva e prostração há seis meses, com agravamento dos sintomas na última semana. Nega tabagismo, febre, sudorese, calafrios e perda de peso. Realizava tratamento para hipertensão arterial há 10 anos, estando a doença sob controle. O exame físico mostrou PA = 130 mmHg x 90 mmHg, FC = 75 bpm, FR = 23 irpm, SatO₂ = 98% e temperatura axilar = 36 °C. A radiografia de tórax mostrou focos de consolidações e opacidades nodulares em lobo médio. Iniciou-se tratamento com amoxicilina + ácido clavulânico 500 mg a cada oito horas por 10 dias, com permanência dos sintomas ao término do tratamento. Optou-se pela realização de tomografia computadorizada de tórax, que evidenciou opacidades consolidativas e bronquiectasias em lobo médio. Decidiu-se pela realização de bacterioscopia e cultura de escarro, tendo a cultura mostrado a presença de *Mycobacterium avium* em duas amostras distintas de escarro.

Acerca desse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

29. Trata-se de uma doença que predomina em mulheres brancas, não fumantes e no período de pós-menopausa.
30. O diagnóstico de micobacteriose não tuberculosa pode ser feito com base em uma cultura positiva de uma amostra de escarro.
31. Pacientes com micobacteriose não tuberculosa em geral apresentam bronquiectasia do tipo sacular ou cística.
32. A localização de bronquiectasias em lobo médio ou língua sugere a infecção por *Mycobacterium avium*.

A respeito da avaliação pré-operatória pulmonar, julgue os itens a seguir.

33. Paciente de 80 anos de idade, fumante de 10 maços-ano, sem sinais de doença pulmonar e com cirurgia indicada para implante de prótese de quadril deve submeter-se a espirometria pré-operatória.
34. Paciente de 70 anos de idade, fumante de 15 maços-ano, sem sinais de doença pulmonar e com indicação de hernioplastia deve ser orientado a cessar o tabagismo como forma de redução do risco de complicações pós-operatórias.
35. Paciente de 60 anos de idade, fumante de 20 maços-ano, assintomático e com indicação de lobectomia superior direita deve ser liberado para o ato cirúrgico se apresentar CVF normal e VEF1 acima de 80% do predito.
36. Paciente de 65 anos de idade, fumante de 20 maços-ano, com indicação de realizar pneumonectomia à esquerda deve submeter-se a ergoespirometria e ser liberado para o ato cirúrgico se a VO₂ máxima apresentar-se em valores menores que 15 mL/kg/min.

Um paciente de 68 anos de idade, com diagnóstico de DPOC, procura o ambulatório com a intenção de parar de fumar. O exame físico mostra PA = 140 mmHg x 90 mmHg, FC = 95 bpm, FR = 24 irpm, SatO₂ = 92% e temperatura axilar = 36 °C. Observa-se redução do murmúrio vesicular globalmente em ambos os pulmões.

Considerando o tratamento do paciente desse quadro clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

37. Recomenda-se que a terapia de reposição nicotínica tenha duração de oito semanas a 12 semanas.
38. A bupropiona não deve ser prescrita para pacientes com DPOC em razão dos respectivos efeitos colaterais.
39. A vareniclina é efetiva no tratamento de cessação do tabagismo, devendo ser usada por até oito semanas.
40. Terapia cognitivo comportamental associada a farmacoterapia aumentam significativamente a chance de o paciente parar de fumar.

Paciente de 66 anos de idade, fumante de 20 maços-ano, procura o ambulatório informando apresentar, há três semanas, dispneia MRC 4, associada a tosse seca e irritativa, ao que se somou, há 24 horas, hemoptise de pequena monta. O exame físico mostra PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 72 bpm, FR = 20 irpm, SatO₂ = 98% e temperatura axilar = 36 °C. A ausculta pulmonar revela murmúrio vesicular diminuído na região infraescapular esquerda. Na radiografia de tórax, observa-se a presença de massa tumoral comprometendo o terço inferior do lobo superior esquerdo e o terço superior do lobo inferior esquerdo, com cavitação na porção superior da massa tumoral, aumento do hilo esquerdo e elevação da cúpula diafragmática esquerda.

A respeito desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

41. A apresentação radiológica é característica de carcinoma pulmonar do tipo pequenas células.
42. A elevação da cúpula diafragmática sugere paralisia do nervo frênico secundária à invasão do mediastino pelo tumor.
43. O aumento do hilo esquerdo sugere comprometimento do linfonodo pela neoplasia, o que classifica o achado em N3.
44. O próximo passo é a realização de biópsia com vistas a definir-se melhor o tipo histológico e imuno-histológico do tumor.

Um paciente de 25 anos de idade procura o ambulatório para submeter-se a uma avaliação periódica de saúde. Está assintomático e não possui histórico de doenças prévias. O exame físico mostra PA = 110 mmHg x 70 mmHg, FC = 65 bpm, FR = 18 irpm, SatO₂ = 98% e temperatura axilar = 36 °C. Realizou-se radiografia de tórax, por meio da qual se verificou a presença de massa em mediastino anterior, posteriormente comprovada por tomografia computadorizada de tórax.

Em relação a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

45. As principais possibilidades diagnósticas são os tumores e cistos do coração, da traqueia e do esôfago.

46. Deve-se pesquisar a possibilidade de *Myasthenia gravis*, hipogamaglobulinemia e aplasia da série vermelha hemática.
47. O melhor método para o diagnóstico é a realização de uma biópsia da lesão.
48. A maioria das massas em mediastino anterior é maligna.

Acerca da história clínica realizada em pacientes que buscam avaliar a respectiva condição de saúde, julgue os itens a seguir.

49. Deve-se suspeitar de pneumoconiose no caso de um paciente de 40 anos de idade, que manifesta dispneia progressiva e tem antecedente de ter trabalhado em uma olaria.
50. Mulher de 60 anos de idade com história de ganho de peso e sonolência diurna tem como um dos diagnósticos possíveis a síndrome da apneia e hipopneia do sono.
51. Homem de 55 anos de idade, em uso de amiodarona para tratamento de arritmia cardíaca, que se queixa de dispneia deve ser submetido à pesquisa de asma.
52. Mulher de 60 anos de idade com diagnóstico de artrite reumatoide e que apresenta tosse produtiva crônica tem grande possibilidade de estar acometida de sarcoidose pulmonar.

Um paciente de 66 anos de idade procura o ambulatório queixando-se de dispneia progressiva há 10 anos, que classifica como tendo se iniciado na classificação MRC 2 e que, no momento, está situada como MRC 4. Nos últimos três anos, está notando o aparecimento de tosse produtiva que elimina secreção amarelada, na frequência de três vezes ao ano. Informa ser fumante de 40 maços-ano. O exame físico mostra PA = 140 mmHg x 85 mmHg, FC = 95 bpm, FR = 28 irpm, SatO₂ = 88% e temperatura axilar = 36 °C. O exame do aparelho respiratório indica redução da expansibilidade bilateralmente, redução do frêmito toracovocal, hipersonoridade à percussão e murmúrio vesicular diminuído globalmente.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

53. A espirometria, se realizada nesse paciente, deve mostrar um índice de Tiffenau abaixo de 70%, não reversível ao uso do broncodilatador.
54. A radiografia de tórax deve mostrar derrame pleural bilateral, com parênquima pulmonar e área cardíaca normais.
55. O paciente deve ser orientado a fazer uso anual da vacina para *influenza* e da vacina antipneumocócica.
56. Recomenda-se o emprego de anticolinérgico de longa duração, devendo-se evitar a prescrição de beta-2 agonista de longa duração.

Área livre

Uma paciente de 30 anos de idade procura um serviço de atendimento médico e informa que desde a infância, manifesta episódios de chiado no peito, tosse seca e dispneia, os quais remitem espontaneamente ou com o uso de beta-2 agonista de curta duração. Percebeu um aumento na frequência dos sintomas no último mês, agravados pelo fato de, por três vezes, ter apresentado sintomas noturnos. Nega tabagismo ou uso de drogas ilícitas. Mora em casa com boas condições sanitárias e faz trabalhos de *freelancer* como publicitária. O tratamento tem base no uso de beta-2 agonista de curta duração, quando das exacerbações. O exame físico mostra PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 65 bpm, FR = 16 irpm, SatO₂ = 98% e temperatura axilar = 36 °C. A ausculta pulmonar é normal.

Quanto a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

57. O tratamento realizado está correto, levando em conta que se trata de um caso de asma intermitente.
58. A realização de uma prova espirométrica é necessária para melhor avaliar-se o funcionamento da estrutura funcional respiratória da paciente.
59. No ambiente em que a paciente mora ou trabalha, deve-se erradicar a concentração de ácaros por meio de métodos físicos ou químicos.
60. Um plano de educação quanto à doença deve ser individualizado e entregue à paciente para que ela possa melhor monitorar a própria condição clínica.

No que se refere a temas pertinentes à fisiologia respiratória, julgue os itens a seguir.

61. A hipoxemia de um paciente com pneumopatia intersticial usual piora com o exercício.
62. A embolia pulmonar geralmente causa aumento do espaço morto fisiológico.
63. O ponto de igual pressão ocorre quando a pressão pleural supera a pressão arterial diastólica.
64. O termo hipoventilação é entendido como a diminuição da amplitude de ventilação.

Um paciente de 20 anos de idade procura uma unidade de pronto atendimento com queixa de apresentar, há seis horas, dor torácica do tipo pleurítica em hemitórax esquerdo, associada a dispneia MRC 2. O exame físico mostra PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 75 bpm, FR = 20 irpm, SatO₂ = 95% e temperatura axilar = 36 °C. O exame físico pulmonar revela ausência de frêmito toracovocal, hipersonoridade e ausência de murmúrio vesicular fisiológico em região infraescapular esquerda. O paciente nega antecedentes morbidos patológicos, tabagismo, uso de drogas ilícitas e etilismo. A radiografia de tórax identifica a presença de ar em hemitórax esquerdo deslocando o mediastino para a direita.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

65. É correto concluir que o paciente apresenta uma pneumopatia prévia, considerando a extensão do processo pulmonar descrito.
66. O procedimento inicial é submeter o paciente a uma punção aspirativa.

67. No exame físico desse paciente, devem-se pesquisar enfisema subcutâneo e pneumomediastino.
68. O procedimento preventivo de escolha é a realização de uma pleurodese à esquerda.

Um paciente procura o ambulatório queixando-se de manifestar roncos durante o sono há 10 anos. Nos últimos três anos, tem notado sonolência diurna excessiva, irritabilidade, diaforese noturna e cefaleia matinal. A esposa do paciente relata que ele apresenta sono agitado, com roncos intensos, principalmente quando assume a posição de decúbito dorsal. O paciente nega etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Toma uma xícara de café pela manhã. O exame físico mostra peso = 100 kg, altura = 1,67 m, PA = 150 mmHg x 100 mmHg, FC = 85 bpm, FR = 21 irpm, SatO₂ = 96% e temperatura axilar = 36 °C. Observa-se uma circunferência cervical de 49 cm e classificação de Mallampati igual a IV. O restante do exame físico mostra-se sem alterações.

A respeito desse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

69. A classificação IV de Mallampati indica que, quando o paciente abre a boca, o examinador identifica somente a parede posterior da orofaringe.
70. Ronco de forte intensidade tem alto valor preditivo para o diagnóstico da síndrome da apneia e hipopneia do sono.
71. O diagnóstico de certeza somente é obtido por meio da polissonografia.
72. A gravidade da sonolência diurna pode ser quantificada pela aplicação da escala de Epworth.

Um paciente de 70 anos de idade procura um ambulatório com queixa de dispneia progressiva aos esforços há cinco anos. No momento, apresenta dispneia classificada como MRC 5. Trabalhou com jato de areia durante 30 anos, tendo se aposentado há 10 anos. Nega tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas e doenças prévias. O exame físico mostra peso = 70 kg, altura = 1,70 m, PA = 140 mmHg x 90 mmHg, FC = 85 bpm, FR = 26 irpm, SatO₂ = 92% e temperatura axilar = 36 °C. Observa-se redução global e bilateral do murmúrio vesicular fisiológico. A radiografia de tórax revela um infiltrado intersticial micronodular bilateral com predomínio nos ápices pulmonares, especialmente nas regiões posteriores. A espirometria evidencia um padrão misto obstrutivo e restritivo com redução da difusão pulmonar.

Com relação a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

73. A história ocupacional e os resultados dos exames complementares do paciente são compatíveis com o diagnóstico de asbestose.
74. A diminuição da difusão pulmonar mostra que o paciente tem uma redução da relação da ventilação x perfusão.
75. A doença provavelmente é causada pela inalação de partículas menores que 5 µm.
76. O paciente deve ser orientado a procurar periodicamente o serviço médico, em razão do risco de desenvolver tuberculose ou neoplasia pulmonar.

A respeito da circulação pulmonar, julgue os itens a seguir.

77. É sede de produção, liberação e processamento de mediadores humorais.
78. O volume sanguíneo do pulmão expressa em torno de 100% do volume total de sangue.
79. Atua como barreira para a troca de fluidos e solutos e mantém o equilíbrio de fluidos do pulmão.
80. Os vasos sanguíneos nos septos alveolares são regidos pela pressão alveolar e pela pressão pleural.

Um paciente de 40 anos de idade procura uma unidade de pronto atendimento informando apresentar, há dois dias, quadro clínico constituído por tosse que elimina secreção amarelada, febre de 38 °C e dor torácica em pontada na região infraescapular esquerda. O exame físico mostra peso = 60 kg, altura = 1,70 m, PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 75 bpm, FR = 22 irpm, SatO₂ = 95% e temperatura axilar = 38 °C. Observam-se crepitações em região infraescapular esquerda. A radiografia de tórax indica consolidação em lobo inferior esquerdo.

Quanto a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

81. A realização da tomografia computadorizada de tórax é de extrema importância, pois é critério maior para a definição do diagnóstico desse paciente.
82. A solicitação de testes sorológicos não tem utilidade para o diagnóstico e não ajuda no plano terapêutico inicial.
83. Esse paciente apresenta condição clínica que recomenda veementemente que ele seja tratado em regime de hospitalização.
84. O esquema terapêutico deve levar em conta que o principal agente etiológico é uma bactéria do grupo *Legionella sp.*
85. Caso esse paciente seja corretamente tratado, tem prognóstico de baixa mortalidade.

Um paciente de 30 anos de idade, previamente hígido, procura uma unidade básica de saúde com história clínica constituída por tosse seca associada a sudorese noturna e perda de peso há quatro semanas. Nega tabagismo e etilismo. O exame físico mostra peso = 55 kg, altura = 1,70 m, PA = 110 mmHg x 70 mmHg, FC = 85 bpm, FR = 22 irpm, SatO₂ = 98% e temperatura axilar = 37,5 °C. O restante do exame físico está dentro da normalidade.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

86. O primeiro passo a ser adotado é a prescrição de betalactâmico e (ou) macrolídeo enquanto se aguardam os resultados dos exames complementares.
87. Não há como se fazer o exame de escarro, uma vez que a tosse do paciente é seca.
88. Deve-se referenciar o paciente para um centro de oncologia, uma vez que ele tem sintomas clínicos associados à perda de peso.
89. O paciente provavelmente apresenta uma doença respiratória com manifestações sistêmicas.

90. O paciente deve ser tratado em regime ambulatorial, sendo necessário o agendamento de um retorno para o prazo de, no máximo, sete dias.

Um paciente de 50 anos de idade procura uma unidade de emergência informando manifestar, há oito meses, dispneia progressiva associada a tosse que elimina secreção mucoide. Há um dia, percebeu apresentar hemoptise. O exame físico mostra peso = 50 kg, altura = 1,70 m, PA = 100 mmHg x 60 mmHg, FC = 120 bpm, FR = 28 irpm, SatO₂ = 89%, temperatura axilar = 36 °C e cianose de extremidades. Notam-se crepitações inspiratórias em ambos os pulmões. A radiografia de tórax evidencia infiltrado reticulonodular difuso em ambos os pulmões, assimétrico, predominando nos dois terços superiores do pulmão e com área de hipertransparência nos lobos inferiores. O lavado broncoscópico revela a presença de estruturas com brotamentos com paredes birrefringentes e roda de leme.

Acerca desse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

91. Trata-se de um provável diagnóstico de histoplasmose.
92. A broncoscopia teve o fundamento de localizar o sítio de sangramento e de coletar material para o diagnóstico.
93. Um diagnóstico diferencial possível é o de pneumopatia intersticial usual.
94. O paciente apresenta critério para realização de tratamento internado em unidade de terapia intensiva.
95. Anfotericina B é o tratamento ideal para esse paciente.

Acerca do papel da broncoscopia para o diagnóstico e o tratamento de doenças respiratórias, julgue os itens a seguir.

96. A broncoscopia está indicada para a remoção de secreções eliminadas por um paciente com exacerbação de DPOC.
97. A broncoscopia deve ser evitada em pacientes que fazem uso diário de aspirina.
98. A broncoscopia tem se mostrado um bom exame para o rastreio de câncer de pulmão em pacientes tabagistas.
99. A termoplastia brônquica é útil para reduzir idas de pacientes com asma grave ao pronto-socorro.
100. A broncoscopia flexível pode ser utilizada para colocar válvulas intrabrônquicas, visando a estabelecer redução do volume pulmonar.

Área livre

Um paciente de 35 anos de idade procura a emergência de um hospital informando apresentar, há três dias, dispnéia progressiva, que chegou à classificação MRC 5, associada a tosse seca e febre de 38 °C. Relata ter se submetido recentemente a tratamento para infecção urinária com nitrofurantoína. O exame físico mostra peso = 75 kg, altura = 1,80 m, PA = 130 mmHg x 80 mmHg, FC = 125 bpm, FR = 28 irpm, SatO₂ = 88% e temperatura axilar = 38 °C. Observa-se murmúrio vesicular globalmente diminuído em ambos os pulmões. A tomografia computadorizada do tórax mostra opacidades alveolares difusas. Opta-se pela internação na unidade de terapia intensiva.

Com relação a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

101. A nitrofurantoína pode ser o agente causal dos achados respiratórios.
102. O diagnóstico definitivo deve ser obtido imediatamente por meio de biópsia.
103. Um diagnóstico diferencial pode ser feito com infecção respiratória e pneumonite de hipersensibilidade.
104. Um elemento de apoio ao diagnóstico seria o encontro de eosinofilia.
105. Mesmo com a instituição do tratamento, o prognóstico é grave, levando em conta a presença de lesões pulmonares difusas.

Uma paciente de 60 anos de idade procura consulta médica informando ter, há dois anos, diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica. Queixa-se de dispnéia em repouso, que surgiu há duas semanas. O exame físico mostra PA = 130 mmHg x 80 mmHg, FC = 80 bpm, FR = 26 irpm e SatO₂ = 88%. A ausculta pulmonar indica redução global e bilateral do murmúrio vesicular fisiológico. O exame neurológico revela atrofia e fraqueza muscular generalizada, espasticidade e hiperreflexia. A gasometria arterial evidencia pH = 7,32; PaO₂ = 56 mmHg; e PaCO₂ = 55 mmHg.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

106. Trata-se de uma paciente com sinais de insuficiência respiratória aguda.
107. A insuficiência respiratória da paciente pode ser classificada corretamente como hipercápnica.
108. A retenção de CO₂, se não tratada a tempo, pode levar à agitação psicomotora.
109. O cálculo do gradiente alveoloarterial da paciente está aumentado.
110. A paciente pode se beneficiar do uso de ventilação não invasiva com pressão positiva.

Um paciente de 40 anos de idade procura uma unidade de pronto atendimento informando apresentar tosse que elimina secreção amarelada, além de febre, há dois dias. Sabe ter o diagnóstico de SIDA, porém não faz tratamento. O exame físico mostra peso = 60 Kg, altura = 1,85 m, PA = 130 mmHg x 70 mmHg, FC = 95 bpm, FR = 16 irpm, SatO₂ = 96% e temperatura axilar = 38,5 °C. Observam-se crepitações inspiratórias em região axilar direita. A radiografia de tórax revela consolidação em lobo médio.

Quanto a esse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

111. O agente etiológico mais provável é *Pneumocystis jiroveci*.
112. A contagem de CD4 pode apoiar o diagnóstico e o tratamento do paciente.
113. Caso o paciente piore a despeito do tratamento, deve-se programar exame invasivo precocemente.
114. O exame de escarro é de pouca utilidade para a avaliação de infecção nesse paciente.
115. O paciente tem indicação para o emprego de vacina antipneumocócica.

Um paciente de 36 anos de idade pretende escalar o monte Everest e procura o ambulatório em busca de orientações. O exame físico mostra peso = 80 kg, altura = 1,90 m, PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 65 bpm, FR = 16 irpm e SatO₂ = 98%. O restante da avaliação indica que o paciente apresenta uma excelente condição cardiorrespiratória.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

116. Deve-se recomendar o uso de acetazolamida para redução da possibilidade de apnéia obstrutiva que ocorre nesse tipo de atividade.
117. Recomenda-se cautela com relação ao exercício quando em grandes altitudes, pois a ventilação por minuto é maior do que ao nível do mar.
118. Um quadro clínico constituído por dispnéia, tosse e fadiga pode ser o prenúncio de edema pulmonar de grandes altitudes.
119. O aumento do número de glóbulos vermelhos sinaliza uma melhora da *performance* em exercícios de média a longa duração.
120. Deve-se orientar o paciente a fazer refeições hipercalóricas e a reduzir a hidratação na fase de início da aclimação.

Área livre