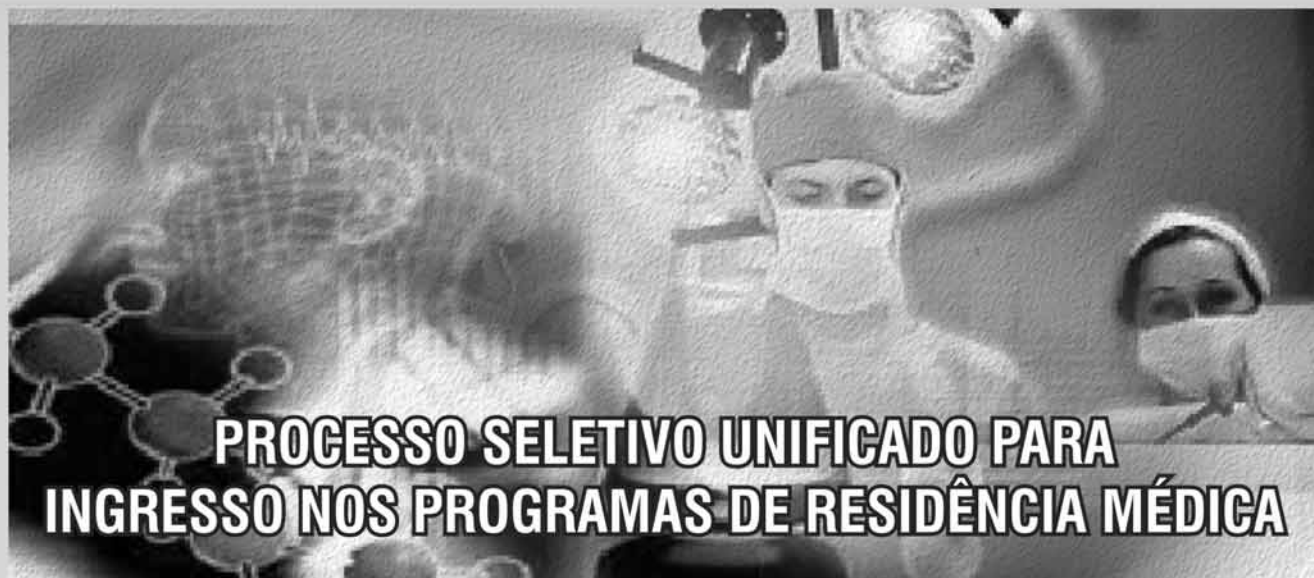


Aplicação: 2015

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



## CADERNO DE PROVA OBJETIVA



**GDF**

Secretaria de  
Estado de Saúde



Universidade de Brasília

**cespe**

**Cebraspe**

Centro Brasileiro de Pesquisa em Avaliação  
e Seleção e de Promoção de Eventos

### OBSERVAÇÕES

Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital. É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS

0(XX) 61 3448-0100  
www.cespe.unb.br  
sac@cespe.unb.br

### LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais e os dados do programa em que você se inscreveu, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua folha de respostas. Confira, também, o seu nome e os dados do programa em que você se inscreveu em cada página numerada do seu caderno de prova. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais, ou ao programa em que você se inscreveu, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:  
  
Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação da sua prova e a sua eliminação do processo seletivo.
- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

## PROVA OBJETIVA

Um paciente de sessenta anos de idade foi atendido em um pronto-socorro de clínica médica, com quadro de dispneia progressiva iniciado havia uma semana, ausculta respiratória sugestiva de sibilos, dificuldade de verbalizar frases longas, sem história de asma, com passado de internação por pneumonia há quarenta dias, quando ficou dez dias em ventilação mecânica. Ele foi submetido a radiografia de tórax, cujo laudo foi normal.

Em relação a esse caso clínico e a aspectos diversos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 1 A maioria dos casos de estenose traqueal após entubação prolongada deve ser tratada inicialmente por broncoscopia com dilatação, utilizando-se sondas rígidas ou balão hidrostático.
- 2 A realização de traqueostomia cervical associada ou não a colocação de prótese traqueal em T é a principal medida a ser tomada no momento do diagnóstico da estenose traqueal.
- 3 No tratamento da estenose traqueal benigna, as próteses traqueais autoexpansíveis totalmente recobertas apresentam alta incidência de mobilização; dessa forma, o mais indicado para esses casos são as próteses não recobertas ou parcialmente recobertas.
- 4 No quadro clínico em apreço, ao se identificar a presença de estenose traqueal, a realização direta e precoce de traqueoplastia, antes da realização de traqueostomia, diminui a chance de reestenose bem como determina uma menor extensão de traqueia a ser ressecada.
- 5 A definição do diagnóstico de estenose traqueal é bastante factível por meio de tomografia computadorizada de traqueia sem contraste, e o uso direto de broncoscopia rígida ou laringoscopia de suspensão pode facilitar o manejo inicial do paciente, permitindo a dilatação e o eventual posicionamento de endopróteses.
- 6 Apesar da ausência de histórico de asma, a ausculta respiratória com sibilos e a radiografia de tórax normal definem o diagnóstico de broncoespasmo, razão por que, para o paciente em apreço, é suficiente instituir o tratamento com  $\beta$ -adrenérgicos.
- 7 Um paciente com insuficiência respiratória aguda e em uso de ventilação mecânica por dez dias e sem sinais indicativos de extubação deve ser submetido a traqueostomia cervical, a fim de se reduzirem as complicações estenóticas da traqueia.
- 8 Os casos de estenose traqueal após entubação endotraqueal podem manifestar-se de forma precoce ou tardia, sendo o principal sintoma a dispneia progressiva por obstrução ao fluxo aéreo. Nesse caso, quando a redução atinge aproximadamente 70% da luz traqueal, os sintomas passam a ser mais importantes.

Um senhor de setenta anos de idade, previamente hígido e assintomático, tabagista inveterado, queixa-se de tosse persistente há quinze dias, dispneia moderada e, eventualmente, escarros hemoptóicos.

Em relação a esse caso clínico e a aspectos diversos a ele associados, julgue os itens que se seguem.

- 9 O exame de broncofibroscopia está indicado nos casos de hemoptise em pacientes de risco para desenvolvimento de câncer de pulmão, não só para a identificação e definição topográfica da lesão, mas para coleta de material para o diagnóstico histológico.
- 10 O câncer de pulmão, apesar de não ser o tipo de câncer mais comum, apresenta alta taxa de mortalidade, sendo o segundo que mais mata os homens adultos, atrás apenas do câncer de próstata, e o terceiro que mais mata as mulheres adultas, atrás apenas dos cânceres de mama e útero.
- 11 O tumor de pulmão mais comum é o carcinoma de células escamosas, e um sintoma bastante frequente desse tipo de tumor é o escarro hemoptóico. Esse tumor raramente causa dispneia.
- 12 Os tumores centrais mais frequentes que causam hemoptise são os carcinomas de pequenas células, justamente pelo fato de já serem diagnosticados em fase tardia.
- 13 Um paciente portador de lesão pulmonar de 3 cm de diâmetro localizada em lobo superior direito com invasão da veia cava superior, sem metástase a distância e com gânglio de estação 10 acometido pela neoplasia, quando submetido a cirurgia, pode apresentar até 20% de sobrevida em cinco anos.
- 14 Na nova classificação dos tumores de pulmão, a presença de um nódulo pulmonar de 3 cm no lobo superior do pulmão direito e outro nódulo de 2 cm no lobo médio do pulmão, sem evidências de acometimento ganglionar ou outras lesões, deve ser enquadrado no grupamento de estágio IIIa.
- 15 Os pacientes com maior risco de desenvolver câncer de pulmão estão entre aqueles que possuem de cinquenta e cinco a setenta e cinco anos de idade e são tabagistas ou ex-tabagistas a menos de quinze anos.

Tendo em vista que a endoscopia respiratória está presente no manejo da via aérea nos distúrbios obstrutivos benignos ou malignos, bem como nas lesões traumáticas, sejam elas agudas ou crônicas, julgue os próximos itens, relativos a esse assunto.

- 16 A terapia fotodinâmica é uma opção eventualmente utilizada na desobstrução de tumores endobrônquicos. Após a realização desse procedimento, é recomendado que o paciente não se exponha diretamente à luz solar por pelo menos quarenta e oito horas.
- 17 A anestesia venosa pura é o regime anestésico mais indicado durante os procedimentos de manejo da via aérea.
- 18 Durante o procedimento de broncoscopia rígida, uma opção utilizada para a oxigenação é a ventilação a jato (*jet ventilation*); contudo, ela deve ser usada com bastante cuidado, pois pode levar a complicações importantes, como barotrauma, pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo.
- 19 Um paciente que necessite de ventilação mecânica, mas que seja portador de fistula traqueoesofágica, deve ser submetido ao fechamento primário da fistula o quanto antes possível, pois a fistula mantém a infecção no parênquima pulmonar devido à aspiração crônica.
- 20 No manejo dos tubos endotraqueais ou cânulas de traqueostomia, a pressão do balão deve ser mantida preferencialmente abaixo de 20 mmHg para reduzir a isquemia da mucosa traqueal e evitar a consequente estenose traqueal associada à entubação traqueal.

As doenças infecciosas pulmonares são motivos frequentes de indicação de broncoscopia. Em relação ao tratamento das infecções pulmonares e ao manejo da via aérea, julgue os itens a seguir.

- 21 Pacientes com diagnóstico tomográfico de tuberculose pulmonar multirresistente e que mantenham lesão suspeita de atividade após três meses de quimioterapia adequada devem ser submetidos a broncoscopia para coleta de lavado e pesquisa de BAAR e cultura de BK. Nesses casos, quando se identificarem bacilos viáveis e a doença for localizada, a ressecção radical será curativa, não havendo necessidade de quimioterapia adjuvante.
- 22 A actinomicose, que é uma infecção fúngica resistente à maioria dos antifúngicos, provoca uma fibrose pulmonar intensa com tosse seca. O diagnóstico dessa doença acontece principalmente por meio da biópsia transbrônquica, uma vez que a identificação do fungo pelo lavado broncoalveolar é bastante rara.
- 23 O diagnóstico da pneumocistose é feito principalmente pela cultura da bactéria em material coletado pela broncoscopia com lavado broncoalveolar.
- 24 A identificação das esférulas do *Coccidioides immitis* no material coletado pelo lavado broncoalveolar, na suspeita de coccidioidomicose, é uma forma de diagnóstico bastante eficaz e pouco invasiva.
- 25 Um paciente idoso, com passado de tuberculose e sequelas radiológicas bilaterais, que apresente hemoptise importante, deve ser submetido a broncoscopia para identificação do local do sangramento e tentativa de controle do sangramento, bem como a embolização da artéria brônquica para controle do sangramento, antes do procedimento de ressecção pulmonar. Essas condutas podem minimizar os riscos de uma ressecção pulmonar de emergência.

Em relação ao traumatismo de traqueia e brônquios, julgue os itens subsecutivos.

- 26 Para os casos de lesão em avulsão da traqueia cervical, em que a traqueia se comunique com o meio externo, estará indicada a utilização da própria lesão traqueal como traqueostoma para manutenção da via aérea no atendimento emergencial.
- 27 O fenômeno de hibernação atelectásica do pulmão ocorre quando a separação traumática dos cotos brônquicos cicatriza-se espontaneamente, levando à estenose brônquica crônica. Nesse caso, o sucesso da cirurgia reparadora de broncoplastia independe do tempo em que ocorreu a lesão brônquica.
- 28 A broncoscopia está indicada nos casos de suspeita de lesões traumáticas da via aérea. Para as pequenas lesões de traqueia, nas quais não há a presença de pneumotórax ou outras lesões associadas, o tratamento conservador pode ser utilizado.
- 29 Se, em vítima de trauma torácico, com quadro estável, mas com pneumotórax esquerdo drenado e com enfisema subcutâneo, for identificada, por meio de broncofibroscopia, uma lesão na face esquerda da traqueia mediastinal, a melhor via de acesso para corrigir essa lesão será uma toracotomia direita alta, no nível do terceiro ou quarto espaço intercostal, ou uma esternotomia por acesso transpericárdico.
- 30 No caso de identificação de fratura brônquica traumática aguda pela broncoscopia, com acometimento de mais de 50% da circunferência brônquica, mas com o paciente permanecendo estável e sem pneumotórax, não estará indicada a abordagem cirúrgica para sutura primária da lesão.

Com relação à anatomia e à fisiologia torácica, julgue os itens subsequentes.

- 31 A pleura parietal é composta por dois segmentos ou áreas: costal e mediastinal.
- 32 O mediastino médio contém o esôfago, a aorta descendente, as veias ázigo e hemiáximo e o ducto torácico.
- 33 Apenas os cinco primeiros pares de costelas se articulam diretamente com o esterno.
- 34 O músculo mais importante da expiração é o diafragma.

Com relação à anatomia e fisiologia respiratória, julgue os itens que se seguem.

- 35 O volume residual pulmonar é o volume extra de ar que pode ser inspirado além do volume corrente normal.
- 36 No homem adulto normal, a capacidade vital pulmonar é de cerca de 500 mL de ar.
- 37 A pressão negativa no espaço pleural é fator fundamental para a expansão pulmonar.
- 38 A elevação no pH do sangue arterial estimula a ventilação pulmonar.

A respeito das trocas gasosas nos pulmões e no sangue, julgue os itens subsecutivos.

- 39 Em condições normais, o coeficiente de difusão do dióxido de carbono através da membrana alveolocapilar é o dobro do coeficiente do oxigênio.
- 40 Em condições normais, a PO<sub>2</sub> nos tecidos periféricos é menor que no sangue capilar adjacente.
- 41 A diminuição do pH sanguíneo desloca a curva de dissociação de oxigênio-hemoglobina para a direita.
- 42 Em condições normais, 60% do oxigênio são transportados dos pulmões para os tecidos periféricos por meio de combinação química com a hemoglobina; os outros 40% seguem dissolvidos no plasma.

Julgue os próximos itens, referentes ao trauma torácico.

- 43 A conduta inicial no paciente portador de pneumotórax aberto é sua transformação em pneumotórax fechado, por oclusão da lesão, e posterior drenagem pleural fechada.
- 44 Toda lesão pulmonar traumática requer toracotomia exploradora para o seu reparo.
- 45 O pneumotórax é a consequência mais frequente de um trauma torácico fechado ou penetrante.
- 46 A tríade de Beck está presente na maioria dos pacientes portadores de tamponamento cardíaco.
- 47 Alargamento de mediastino, desvio de traqueia para a direita, apagamento do botão aórtico e identificação de fratura dos três primeiros arcos costais na radiografia de tórax constituem elementos sugestivos de rotura da aorta.
- 48 A rotura do esôfago é achado comum nos pacientes vítimas de traumatismo torácico fechado.
- 49 O diafragma esquerdo é o mais comumente lesado nos pacientes portadores de hérnia diafragmática traumática e que chegam vivos ao hospital.
- 50 A respiração paradoxal é comum nos pacientes portadores de ferimentos torácicos por arma branca.
- 51 A ocorrência da máscara equimótica em pacientes vítimas de trauma fechado torácico leva à suspeita de lesão de órgãos internos como vasos, traqueia, brônquios ou esôfago.

Com referência às afecções da cavidade torácica, julgue os itens a seguir.

- 52 A maioria dos pacientes portadores de timoma apresenta miastenia grave.
- 53 A bronquiectasia adquirida tem como causas principais a obstrução brônquica e infecções respiratórias de repetição.
- 54 A maior parte dos casos de mesotelioma maligno de pleura tem relação com a exposição ambiental ao asbesto.
- 55 A eventração diafragmática é assintomática na maioria dos pacientes.
- 56 No terço médio do esôfago, predominam os divertículos de pulsão.
- 57 A maioria dos casos de obstrução da veia cava superior decorre de neoplasias malignas.

Com relação às patologias da cavidade pleural, julgue os itens que se seguem.

- 58 A dosagem de adenosina desaminase (ADA) está aumentada no líquido pleural de pacientes portadores de tuberculose.
- 59 A lesão do feixe neurovascular intercostal é uma das possíveis complicações da pleurotomia mínima.
- 60 Cirrose hepática, insuficiência cardíaca congestiva e síndrome nefrótica são causas clínicas de derrame pleural.

A respeito do câncer de pulmão, julgue os itens subseqüentes.

- 61 A maior parte dos pacientes com câncer de pulmão é diagnosticada no estágio I.
- 62 Os achados positivos da tomografia por emissão de pósitrons, nos linfonodos mediastinais, devem geralmente ser confirmados por mediastinoscopia, devido à possibilidade de se tratar de um falso-positivo.
- 63 A realização anual de rastreamento (*screening*) do câncer de pulmão por tomografia computadorizada de baixa dose reduz a mortalidade por câncer de pulmão na população de alto risco.

Os pacientes com enfisema pulmonar apresentam, como características fisiopatológicas, destruição dos septos alveolares, obstrução ao fluxo expiratório e aprisionamento aéreo. A respeito desse assunto, julgue os itens a seguir.

- 64 Não há indicação cirúrgica para paciente com enfisema e dispneia que apresente bolhas pulmonares.
- 65 O uso de broncodilatadores é capaz de reverter os efeitos do enfisema no tecido pulmonar, além de evitar a sua progressão.
- 66 A cirurgia redutora de volume pulmonar tem melhores resultados em pacientes com enfisema homogêneo e VEF<sub>1</sub> abaixo de 20%.
- 67 O transplante pulmonar tem como principal complicação, em longo prazo, a rejeição crônica que se manifesta como síndrome de bronquiólite obliterante.

Uma mulher de vinte e cinco anos de idade procurou a emergência de um hospital com quadro de tosse produtiva, febre e dor torácica havia quatro dias. A paciente relatou que a dor piorava com a tosse e durante a inspiração profunda. Ao examiná-la, o médico plantonista notou a ausência de frêmito toracovocal na base do hemitórax direito e solicitou uma radiografia do tórax que evidenciou volumoso derrame pleural à direita.

Considerando esse caso clínico e aspectos a ele relacionados, julgue os itens seguintes.

- 68 Se a análise do líquido pleural da paciente em questão tiver mostrado níveis elevadíssimos de LDH e proteínas, isso configurará um transudato.
- 69 Caso a radiografia de tórax em decúbito lateral da referida paciente tenha apresentado derrame parapneumônico menor que 1 cm, deve-se realizar a toracocentese.
- 70 Caso tenham sido identificados cocos gram-positivos no líquido pleural dessa paciente, deve-se colocar-lhe um dreno torácico.
- 71 A presença de múltiplas coleções pleurais, usualmente detectadas pela tomografia computadorizada, configura um derrame parapneumônico complicado indicativo de pleuroscopia.

Um paciente com passado de tratamento de tuberculose pulmonar havia dez anos procurou atendimento devido à ocorrência de hemoptise. Ele relatou que eliminou, aproximadamente, 600 mL de sangue nas últimas vinte e quatro horas.

Com relação a esse caso clínico e a aspectos a ele relacionados, julgue os próximos itens.

- 72 A ressecção pulmonar da área de sangramento desse paciente deve ser feita imediatamente.
- 73 A hemoptise maciça é uma doença benigna de baixa mortalidade.
- 74 Por meio da broncoscopia rígida é possível controlar a via aérea e a aspiração dos coágulos que usualmente obstruem os brônquios de pacientes com o quadro acima apresentado.
- 75 A embolização das artérias brônquicas deve ser tentada tão logo o paciente seja estabilizado e o sangramento agudo, controlado.

Com relação aos tumores de células germinativas do mediastino, julgue os itens que se seguem.

- 76 A tomografia computadorizada e a ressonância magnética de tórax são exames úteis na determinação das características morfológicas e das relações anatómicas desses tumores.
- 77 O teratoma que contém elementos de dois ou de três folhetos embrionários é o mais frequente e o seu tratamento preferencial é a remoção cirúrgica.
- 78 O tratamento cirúrgico do seminoma maligno (biópsia excisional) é a regra e deve ser acompanhado de quimioterapia adjuvante.
- 79 As lesões malignas não seminomatosas são mais comuns do que as seminomatosas puras.
- 80 Em regra, as lesões malignas seminomatosas puras são mais agressivas e crescem mais rapidamente do que as não seminomatosas.
- 81 A incidência desses tumores em homens com síndrome de Klinefelter é maior do que na população em geral.

A respeito dos procedimentos cirúrgicos de substituição do esôfago, julgue os itens de 82 a 88.

- 82 Na elevação do enxerto à região cervical, além da subcutânea — de importância histórica —, três rotas são possíveis: a intrapleural, a retroesternal e a do próprio leito esofágico, no mediastino posterior.
- 83 Os procedimentos podem ser realizados tanto nas afecções benignas quanto nas malignas.
- 84 Na esofagogastroplastia isoperistáltica, a principal artéria nutridora do enxerto é a gastroepiploica direita, e a drenagem venosa é feita pela veia de mesmo nome, que é tributária da esplênica.
- 85 Na esofagogastroplastia anisoperistáltica (procedimento de Gavriliiu), a principal artéria nutridora do enxerto é a gastroepiploica esquerda, e a drenagem venosa é feita pela veia de mesmo nome, que é tributária da cólica média.
- 86 Na esofagogastroplastia isoperistáltica, a esplenectomia não é mandatória, diferentemente do que ocorre na esofagogastroplastia anisoperistáltica.

- 87 Nas doenças malignas do esôfago, após a esofagectomia, o cólon é o substituto preferencial.
- 88 Procedimentos cirúrgicos estão indicados nas estenoses cerradas refratárias à dilatação endoscópica (na fase crônica das esofagites corrosivas).

Acerca da fisiologia e fisiopatologia pulmonar, julgue os itens subsequentes.

- 89 O melhor indicador na diferenciação entre insuficiência respiratória hipoxêmica e não hipoxêmica é a  $PO_2$  alveolar.
- 90 A relação entre a pressão intra-alveolar e o volume pulmonar varia de acordo com a fase do ciclo respiratório (inspiração ou expiração).
- 91 O *shunt* intrapulmonar, ou mistura venosa, é excelente indicador do grau de dano estrutural pulmonar e está tipicamente aumentado na síndrome de angústia respiratória do adulto.
- 92 A capacidade residual funcional está tipicamente aumentada nas doenças pulmonares obstrutivas crônicas.
- 93 A pressão parcial alveolar de  $CO_2$  aumenta na hiperventilação voluntária e, de acordo com equação de gás alveolar, resulta, necessariamente, na redução da pressão alveolar de  $O_2$ .
- 94 A hipocarbia consequente à hiperventilação aumenta a excitabilidade neuromuscular e pode causar câibras e contraturas generalizadas.

A respeito do trauma torácico, julgue os itens seguintes.

- 95 Na maioria dos casos, a rotura traumática do diafragma não requer correção cirúrgica.
- 96 Nas fraturas múltiplas de arcos costais com tórax instável, a indicação de intubação orotraqueal e de ventilação mecânica independe dos parâmetros respiratórios do paciente.
- 97 A rotura traumática completa de brônquio fonte é incompatível com a vida.
- 98 As perfurações instrumentais do esôfago torácico têm correção cirúrgica mandatória.
- 99 A descorticação pulmonar é indicada mais frequentemente no empiema pleural parapneumônico do que no pós-traumático.
- 100 A pleurotomia mínima, quando bem indicada, é eficiente no tratamento da maioria dos hemotóraces traumáticos.
- 101 A presença de fistula bronco ou bronquiopleural pós-traumática contraindica a oclusão do dreno torácico em selo d'água.

Com relação aos timomas, julgue os itens subsecutivos.

- 102 O principal diagnóstico diferencial dos timomas é o linfoma, mais comumente, a doença de Hodgkin.
- 103 Na doença maligna, a quimioterapia vem substituindo a cirurgia como tratamento preferencial.
- 104 O estágio III da classificação de Masaoka envolve invasão macroscópica do pulmão, pericárdio ou grandes vasos.
- 105 O diagnóstico dos timomas pode ser suspeitado com base nos sintomas e nos exames de imagem, mas a confirmação só é obtida por meio do exame histopatológico.

Tendo em vista que o estadiamento clínico do câncer de pulmão segue atualmente as diretrizes da 7.<sup>a</sup> edição da publicação do American Joint Committee on Cancer, julgue os itens a seguir.

- 106** Lesão satélite no mesmo lobo é classificada como M1.
- 107** Quando ocorre derrame neoplásico, pleural ou pericárdico, a doença em apreço é classificada como M1.
- 108** Lesão periférica de 8 cm é classificada como T2.
- 
- No que se refere à anatomia cirúrgica do tórax, julgue os itens que se seguem.
- 109** O ducto torácico insere-se no tórax pelo lado direito, dirige-se para o lado esquerdo sobre o corpo da terceira vértebra torácica e termina no terço médio da veia jugular esquerda.
- 110** A traqueia do adulto mede aproximadamente 12 cm e a carina se projeta externamente, no plano transversal, na altura do ângulo de Louis.
- 111** O brônquio fonte direito é curto, medindo de 1 cm a 2 cm, e o esquerdo é longo, medindo de 3 cm a 4 cm. Com relação às artérias pulmonares, ocorre o inverso, já que a artéria pulmonar direita é longa e a artéria pulmonar esquerda é curta.
- 112** O nervo frênico desloca-se inferiormente junto à face lateral da veia cava superior; atravessa posteriormente o hilo pulmonar e se distribui sobre a face pleural do diafragma.

No que se refere aos métodos utilizados no estadiamento da doença linfonodal mediastinal em pacientes com câncer de pulmão, julgue os itens subsecutivos.

- 113** A PET/CT deve ser realizada sempre que possível em todo paciente diagnosticado com câncer de pulmão.
- 114** Quando a mediastinoscopia não é realizada de rotina, a biópsia de linfonodos maiores do que 2 cm é mandatória em candidatos à ressecção cirúrgica.
- 115** Pacientes com a doença em questão devem, inicialmente, ser submetidos a uma tomografia computadorizada de tórax que abranja as glândulas suprarrenais.
- 116** A acurácia da aspiração por agulha fina por via endoscópica (*endoscopic ultra sound*) não ultrapassa 45%, sendo inferior à mediastinoscopia para avaliação da cadeia 7 (subcarinal).

---

Com relação aos tumores do mediastino anterior, julgue os próximos itens.

- 117** O beta-HCG aparece aumentado na maioria dos pacientes com tumor de células germinativas não seminomatoso.
- 118** A alfafetoproteína pode estar elevada tanto em tumores seminomatosos quanto em não seminomatosos.
- 119** No adulto, somente 10% dos tumores de células germinativas primárias do mediastino são teratomas benignos.
- 120** A cintilografia com gálio é o método de escolha para estabelecer o diagnóstico de tumores de células germinativas.





 **cespe**

 **Cebraspe**

Centro Brasileiro de Pesquisa em  
Avaliação e Seleção e de Promoção de Eventos