



# GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL 2010

Programa: Endoscopia Respiratória (R3 da Pneumologia)

Pré-requisito:  
**PNEUMOLOGIA**



LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Confira atentamente os seus dados pessoais e os dados identificadores de seu programa de residência transcritos acima com o que está registrado em sua folha de respostas. Confira também o seu nome e seu pré-requisito em cada página numerada de seu caderno de prova. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito, ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou aos dados identificadores de seu programa ou pré-requisito, 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 **folha de respostas**, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:  
*Nunca, mas nunca, a natureza segue um caminho e a sabedoria outro.*
- 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.

### OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — [www.cespe.unb.br](http://www.cespe.unb.br).
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

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**. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção das suas respostas.

## PROVA OBJETIVA

Com relação à fisiologia do aparelho respiratório, julgue os itens a seguir.

- 1 O brônquio fonte direito, por ser mais verticalizado em relação ao esquerdo, é de mais difícil acesso pelo broncofibroscópio.
- 2 A ventilação e a perfusão pulmonares se distribuem de forma uniforme pelos pulmões.
- 3 Na posição ortostática, a ventilação e a perfusão pulmonares aumentam do ápice em direção à base, de modo que as bases pulmonares são melhores ventiladas e perfundidas, quando comparadas aos ápices pulmonares.
- 4 A zona de troca gasosa, também conhecida como barreira alvéolo-capilar, mede cerca de 0,5 micra.
- 5 Cerca de 40% da resistência total do sistema respiratório é dada pelas pequenas vias aéreas.

A respeito das neoplasias pulmonares, julgue os próximos itens.

- 6 A avaliação periódica de pessoas assintomáticas com alto risco para câncer de pulmão é uma estratégia que não apresenta benefícios demonstráveis.
- 7 O nódulo pulmonar solitário é uma opacidade arredondada pulmonar isolada que pode estar associada à presença de adenopatia.
- 8 Na tomografia com emissão de pósitron (PET), um falso negativo pode ocorrer quando há tumores pouco diferenciados e com alta atividade metabólica.
- 9 Para um paciente que apresenta lesão pulmonar com alta probabilidade para malignidade (superior a 70%) o procedimento é a cirurgia para ressecção, seguida de estadiamento.
- 10 Os tumores carcinoides, que predominam em homens com mais de 60 anos de idade, crescem lentamente e raramente se apresentam com metástases.
- 11 Quando do diagnóstico do câncer pulmonar, de 75% a 90% dos pacientes são sintomáticos, e a apresentação clínica depende do tipo e da localização do tumor primário, bem como da extensão local e da presença ou não de metástases.

Acerca da fisiopatologia e clínica da asma brônquica, julgue os itens que se seguem.

- 12 A obstrução ao fluxo aéreo apresentada por um paciente reverte-se completa ou parcialmente de forma espontânea ou após uso de broncodilatadores.
- 13 Os sintomas clínicos da asma brônquica costumam piorar durante o dia, com melhora frequente durante a noite ou pela manhã.
- 14 Considere um paciente com suspeita de asma brônquica e que apresenta espirometria com ausência de limitação ao fluxo aéreo. Nesse caso, é correto afirmar que o diagnóstico de asma brônquica deve ser descartado.
- 15 Manifestações alérgicas como dermatite atópica, polipose nasal e aumento da secreção nasal podem estar presentes em pacientes com asma brônquica.

No que concerne à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), julgue os itens subsequentes.

- 16 Na história clínica de pacientes com DPOC, é comum o relato de trabalho em ambiente com poluição aérea e, principalmente, de exposição à fumaça do tabaco de forma ativa ou passiva.
- 17 A limitação ao fluxo aéreo que apresenta o paciente com DPOC é parcialmente reversível após o uso de broncodilatadores e, geralmente, não progride com tratamento adequado e cessação do tabagismo, quando for o caso.
- 18 No exame físico de um paciente com DPOC, é possível haver roncocal, diminuição dos sons pulmonares e tempo de expiração prolongado.
- 19 A principal causa de hipoxemia na DPOC são os desequilíbrios nas relações ventilação/perfusão pulmonares.
- 20 No tratamento da DPOC, além do uso de broncodilatadores, a reabilitação pulmonar é indicada com o objetivo de prolongar a sobrevida dos pacientes.
- 21 De forma geral, os pacientes com DPOC apresentam melhora da saturação periférica de O<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub>) durante o sono.

Quanto ao uso da broncoscopia, julgue os itens a seguir.

- 22 Nas doenças intersticiais, a biópsia transbrônquica com broncoscópico flexível apresenta riscos baixos de pneumotórax (10%) e de hemorragia (menos de 1%).
- 23 A broncoscopia flexível com lavagem broncoalveolar pode ser usada para auxiliar o diagnóstico de pneumonia associada ao ventilador.
- 24 Na suspeita de câncer pulmonar, a broncoscopia flexível permite a realização de escovado brônquico ou lavagem de segmentos pulmonares, quando necessários.

Julgue o item seguinte acerca de bronquiectasias.

- 25 É essencial para seu diagnóstico a história clínica de tosse crônica produtiva, infecções pulmonares recorrentes que necessitam de antibioticoterapia e achados radiológicos de espessamento e dilatação das vias aéreas com opacidades irregulares.

Considerando o quadro clínico de um homem com 68 anos de idade, com diagnóstico de DPOC há 3 anos, atualmente em estágio III da doença (gasometria em repouso  $\text{PaO}_2 = 60$  mmHg;  $\text{SatO}_2 = 90\%$ ; ecocardiograma com alteração do relaxamento ventricular esquerdo grau I; hematócrito = 50%), julgue os seguintes itens.

- 26 Durante o esforço físico, o aprisionamento aéreo é um dos principais mecanismos de dispneia nesse tipo de paciente. Esse problema pode acontecer mesmo que o paciente não apresente dessaturação da hemoglobina.
- 27 A oxigenoterapia é indicada para esse paciente, por pelo menos 15 horas por dia.
- 28 A reabilitação pulmonar para esse paciente é indicada, pois, além de melhorar a qualidade de vida, determina melhora funcional (espirométrica).
- 29 O corticoide inalatório é indicado se o paciente apresentar exacerbações frequentes, por exemplo, mais de três episódios por ano.

Uma mulher com 32 anos de idade, com história de asma brônquica desde a infância, procurou atendimento ambulatorial com crises diárias de dispneia e chiado torácico, além de despertares noturnos por conta da dispneia e opressão torácica. Ela usa unicamente beta-agonistas inalatórios de curta duração, cerca de seis a sete vezes ao dia.

Acerca desse quadro clínico, julgue os próximos itens.

- 30 Variabilidade do  $\text{VEF}_1$  ou do pico de fluxo durante o dia superior a 30% constituirá sinal de gravidade e controle inadequado da doença.
- 31 Dada a gravidade e a intensidade dos sintomas, deve-se iniciar medicação com omalizumabe, associadamente ao corticoide inalatório e beta-2 agonista de longa duração até estabilização clínica inicial. Após três meses desse tratamento, deve-se fazer nova avaliação para definir a manutenção do esquema.
- 32 A paciente é classificada como asmática de intensidade moderada e, portanto, após o tratamento adequado, deve ser vacinada para influenza anualmente.

Paciente de 29 anos de idade, na décima semana de gestação, procurou atendimento médico com queixa de dispneia, dor torácica à esquerda, ventilatório-dependente, e tosse seca há cerca de 10 horas. Nega febre. No exame físico, chamam atenção a frequência cardíaca de 110 bpm, PA de 100 mmHg  $\times$  60 mmHg,  $\text{SatO}_2$  de 93% e frequência respiratória de 24 irpm. Na ausculta pulmonar, há leve diminuição do murmúrio vesicular em região infraescapular E.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 33 A dosagem do dímero D é o melhor exame a ser solicitado, pois, diante desse quadro típico, se positivo, dispensa-se a realização de outro método de imagem que use radiação.
- 34 Nessa paciente, a angiotomografia está proscrita.
- 35 Se o diagnóstico de embolia pulmonar for confirmado, a paciente deverá iniciar o tratamento com heparina de baixo peso molecular, na dose indicada para anticoagulação e, em seguida, deverá iniciar o uso de anticoagulante oral (como a warfarina), que só deverá ser suspensa na trigésima oitava semana de gestação, devido ao risco de sangramento no parto.

Um homem com 56 anos de idade, internado em UTI por quadro de hemorragia subaracnoide, permanece em suporte ventilatório invasivo há 72 horas, para proteção de vias aéreas, tendo em vista que apresentava avaliação pela escala de Glasgow = 7. Ele iniciou quadro de febre, aumento de secreção traqueal, com característica purulenta, e piora do leucograma.

Em relação à suspeita de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) no quadro clínico acima, julgue os itens a seguir.

- 36 A procalcitonina geralmente aumenta nos quadros de infecções bacterianas. Recentemente, esse biomarcador tem sido usado em conjunto com outros dados clínicos e laboratoriais para definir o diagnóstico de PAV. No entanto, a relevância do seu papel na investigação da PAV ainda não está completamente definida.
- 37 Nesse tipo de quadro, o ponto de corte para considerar crescimento bacteriano significativo pelo método de lavado broncoalveolar (adquirido por meio da broncoscopia) é de  $10^5$  UFC/mL.

Um homem com 40 anos de idade, com diagnóstico de SIDA, apresenta história de febre (até 38,2 °C), praticamente diária, dispneia progressiva, atualmente para moderados esforços, tosse seca e perda de 2 kg, há cerca de um mês. Na tomografia de tórax, observa-se infiltrado peribroncovascular, bilateralmente.

Em relação a esse quadro clínico, julgue os itens subsequentes.

- 38 Essa história clínica e o achado tomográfico sugerem comprometimento neoplásico associado à SIDA, como sarcoma de Kaposi e linfoma não Hodgkin.
- 39 Após realizar pesquisa de BAAR no escarro em 3 amostras, com resultados negativos, deve-se seguir a investigação com biópsia a céu aberto, pois a broncoscopia raramente define o diagnóstico e apenas iria retardá-lo.

Considerando que uma mulher com 33 anos de idade, com quadro de tosse produtiva e febre vespertina há 40 dias, tenha o diagnóstico de tuberculose confirmado em exame de escarro, julgue os próximos itens.

- 40 A radiografia de tórax e o PPD devem ser feitos em todas as pessoas consideradas contatos da paciente.
- 41 Em caso de hepatotoxicidade, com elevação da ALT (TGP) acima de cinco vezes o limite superior da normalidade, deve-se suspender o esquema RHZE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol). Após a queda das enzimas para valores inferiores a duas vezes o limite superior da normalidade, as medicações devem ser reiniciadas na seguinte ordem: Z; após uma semana, H; após uma semana, R e E.
- 42 Em pacientes com hepatotoxicidade grave, deve-se fazer o tratamento sem a Z e prolongá-lo por nove meses.

Um paciente de 60 anos de idade procurou assistência médica com história de dispneia progressiva ao longo dos últimos seis meses. Atualmente, ele apresenta dispneia para moderados esforços. A prova de função tem padrão de restrição moderada, com redução moderada da capacidade de difusão de CO. Na tomografia de tórax de alta resolução, observou-se infiltrado intersticial, reticular, com áreas de vidro fosco dissociadas das áreas de fibrose, faveolamento muito discreto, com comprometimento semelhante de ápices e bases.

Com base nas informações do quadro clínico acima, julgue os itens que se seguem.

- 43 O paciente apresenta critérios para o diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática (FIP) e, portanto, a biópsia a céu aberto pode ser dispensada.
- 44 Pneumonia intersticial não específica e pneumonia por hipersensibilidade são doenças que frequentemente fazem diagnóstico diferencial com a FIP. Apesar de ser importante a diferenciação diagnóstica entre elas, por terem prognósticos e evoluções diferentes, o tratamento é o mesmo: corticoide, imunossupressor e n-acetil-cisteína.
- 45 Fazem parte do seguimento ambulatorial dos pacientes com doença intersticial: realização periódica de espirometria, medida da difusão de CO, oximetria de pulso, avaliação da evolução da dispneia com escalas específicas e teste de caminhada de 6 minutos.

Um paciente de 68 anos de idade chegou ao pronto-socorro com história de tosse produtiva, febre alta e dispneia, iniciados há dois dias. Nas últimas 12 horas, houve intensificação dos sintomas, associando-se dor torácica à direita, que piora com a inspiração, e queda significativa do estado geral. O paciente era hígido previamente e não tinha internação recente. O seu exame apresentou os seguintes detalhes: Fr = 32 irpm; FC = 120 bpm; PA = 85 mmHg × 50 mmHg; Sat O<sub>2</sub> = 85%; paciente sonolento, porém respondendo aos comandos verbais. Sistema respiratório: som maciço em região infra-escapular direita e submaciço na região interescapulo vertebral D, com abolição e redução do murmúrio vesicular, respectivamente, nessas áreas.

Com referência ao quadro clínico acima, julgue os itens seguintes.

- 46 Esse paciente deve ser internado e, preferencialmente, encaminhado para terapia intensiva.
- 47 No quadro descrito, o exame de escarro é pouco específico e a hemocultura é pouco sensível; assim, por serem exames de pouco custo efetivos, a sua solicitação é desnecessária.
- 48 A ressuscitação volêmica inicial deve ser feita de forma restritiva, para não piorar ainda mais a troca gasosa, antecipando a necessidade de intubação orotraqueal.
- 49 Se após a realização de radiografia de tórax, identificar-se derrame pleural extenso à direita e, na punção, houver saída de líquido claramente purulento, a melhor conduta nesse caso será coletar material para exame e seguir com drenagem torácica à direita.
- 50 Se não houver nenhuma porta de entrada de pele, uma boa opção terapêutica para esse paciente será um betalactâmico associado a uma quinolona ou macrolídeo.