

# Concurso UERJ 2022 - Técnico Universitário Superior (Área da Saúde)

## PNEUMOLOGIA (1005)

### PROIBIDO FOLHEAR ESTE CADERNO ANTES DA AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PROVA

Além deste caderno de **60** questões, você recebeu:

- um cartão-resposta personalizado com questões de múltipla escolha com quatro alternativas.

Duração máxima da prova: **4 horas**

Autorização para deixar o local de prova: **após 1 hora** do início da prova

### INSTRUÇÕES DA PROVA OBJETIVA

- 1) Na mesa, são permitidos apenas este caderno, o cartão-resposta e a caneta esferográfica transparente de tinta preta ou azul **SEM A TAMP A**. Demais pertences devem estar devidamente guardados embaixo da carteira.
- 2) Terminada a prova, entregue este caderno e o cartão-resposta ao fiscal de sala.
- 3) Os três últimos candidatos somente poderão deixar a sala, juntos, quando último entregar a prova. Os três deverão assinar a ata de sala, atestando a idoneidade e a regularidade da finalização da prova.

### NO CARTÃO-RESPOSTA:

- 4) Confira os seus dados pessoais, número de inscrição e cargo/programa escolhido.
- 5) Assine e transcreva a frase impressa no cartão assim que o receber (cartões entregues sem a assinatura e/ou sem a transcrição da frase **NÃO** serão corrigidos).
- 6) Marque a alternativa correta de acordo com a ilustração instrutiva. A bolinha deve estar completamente preenchida, caso contrário sua resposta poderá não ser computada. Somente as respostas nele assinaladas serão objeto de correção.

**Atenção:** Por motivo de segurança, o candidato **NÃO** poderá anotar seu gabarito em nenhum outro local que não seja seu cartão-resposta.

### NO CADERNO DE QUESTÕES:

- 7) Verifique, somente após autorização do início da prova, a numeração das questões e das páginas (havendo irregularidade no material, comunique ao fiscal de sala).
- 8) Não arranque, destaque ou rasgue nenhuma folha ou parte dela.

**Atenção:** Por motivo de segurança, este caderno **NÃO** poderá ser levado pelo candidato em nenhum momento.

**Todos os casos e nomes utilizados nas provas do CEPUERJ são fictícios.**

ORGANIZADOR



CEPUERJ

## LÍNGUA PORTUGUESA

### Texto I

#### Humanização

1 A humanização é descrita, no campo da saúde, como uma aposta ético-estético-política. É uma  
aposta ética porque envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e  
corresponsáveis. É estética porque se refere ao processo de produção da saúde e de subjetividades  
autônomas e protagonistas e é política porque está associada à organização social e institucional das  
5 práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

Com base nesta concepção, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, a Política Nacional  
de Humanização, atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e  
interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS. Sua criação se deve à necessidade de avanço  
e à qualificação do Sistema Nacional de Saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário,  
10 bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a  
capacidade criadora de cada sujeito envolvido.

A Política Nacional de Humanização se pauta em três princípios: inseparabilidade entre a  
atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e  
protagonismo dos sujeitos. Além disso, está em constante atualização, em busca de coerência com os  
15 princípios do SUS, sendo uma política institucional construída coletivamente, envolvendo não só o  
Governo Federal, mas as instâncias estaduais e municipais. Para se efetivar a humanização, é  
fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como  
protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a  
integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde.

**Fonte:** Fiocruz. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/humanizacao> - adaptado

De acordo com o Texto I, responda às questões de números 1 a 5.

1) O conceito de ética, no campo da saúde, está relacionado ao comprometimento e à  
corresponsabilidade porque:

- a) envolve comportamentos humanos
- b) mostra a importância dos indivíduos
- c) sinaliza o valor da disciplina humana
- d) discute a fragilidade dos seres humanos

- 2)** O objetivo da criação da Política Nacional de Humanização, em 2003, pelo Ministério da Saúde, foi:
- a) substituir a proposta de política de gestão por atendimento humanizado, com o propósito de fazer o SUS dirimir suas responsabilidades
  - b) rever a política de modelos anteriores já fracassados, de modo a substituí-los e torná-los mais eficazes, a partir de uma gestão para o SUS menos política e mais socializada
  - c) promover uma política de humanização descentralizadora, na qual o aspecto político seja focado na prática de custos de gestão, enquanto a coletividade opera com saldo de atenção
  - d) cruzar a ideia da humanização com os modelos já existentes de políticas públicas de saúde, a fim de aprimorar o SUS, em termos de gestão, e de melhorar o tratamento com os pacientes
- 3)** “... e a equidade das ofertas em saúde...” (L.19). A palavra sublinhada pode ser substituída, sem prejuízo de sentido, por:
- a) igualdade
  - b) pluralidade
  - c) parcialidade
  - d) intencionalidade
- 4)** O texto tem predominantemente a função informativa. Dessa forma, o elemento valorizado no texto é:
- a) mensagem
  - b) emissor
  - c) assunto
  - d) contato
- 5)** “Com base nesta concepção, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, a Política Nacional de Humanização, atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS.” (L.6-8). O pronome sublinhado, no contexto, refere-se a:
- a) “subjetividades autônomas”
  - b) “demais políticas de saúde”
  - c) “práticas de atenção e gestão”
  - d) “Política Nacional de Humanização”

**LEGISLAÇÃO**

- 6)** Conforme definição extraída diretamente da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, considera-se:
- a) autarquia - o serviço autônomo criado por lei, com personalidade jurídica de direito público, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da administração pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada
  - b) empresa pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, criada por lei para a exploração de atividade econômica, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam, em sua maioria, ao Estado ou a entidade da administração indireta
  - c) sociedade de economia mista - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado com patrimônio próprio e capital público majoritariamente do Estado, criada por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito
  - d) fundação pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito público, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção e funcionamento custeado por recursos do Estado e de outras fontes
- 7)** Os prontuários médicos são documentos que contêm dados relativos ao paciente, como identificação, histórico familiar, anamnese, descrição e evolução de sintomas e exames, além das indicações de tratamentos e prescrições. Nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados, o tratamento de dados pessoais, assim considerada toda operação realizada com dados pessoais, pode ser realizado para:
- a) o tratamento e uso compartilhado de dados necessários à execução de políticas, pela administração pública, independentemente de previsão legal ou respaldo em contratos, convênios ou instrumentos congêneres
  - b) a execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o titular, quando necessário, a pedido de qualquer das partes
  - c) a realização de estudos por qualquer órgão governamental, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais
  - d) o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador

**8)** A Constituição da República Federativa do Brasil determina que a Administração Pública obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, e estabelece que:

- a) a proibição de acumulação remunerada não alcança empregos e funções nem abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público
- b) os cargos, os empregos e as funções públicas são acessíveis apenas aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, não sendo permitida a investidura de estrangeiros de qualquer nacionalidade
- c) é admitida a acumulação remunerada de cargos públicos, se houver compatibilidade de horários, de 2 cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas
- d) as funções de confiança são exercidas exclusivamente por servidores não concursados, eis que se destinam apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento

**9)** Acerca dos direitos e deveres dos servidores públicos estaduais, o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro (Decreto-Lei nº 220/75) estabelece que será concedida licença:

- a) com vencimentos, para desempenho de mandato eletivo
- b) sem vencimentos, para trato de interesses particulares
- c) para tratamento de saúde, com vencimento e vantagens, pelo prazo máximo de 36 meses
- d) por motivo de doença em pessoa da família, com vencimento e vantagens integrais nos primeiros 6 meses e com dois terços por outros 12 meses, no máximo

**10)** Nos termos da Lei nº 8.429/92, que trata das sanções aplicáveis em virtude da prática de atos de improbidade administrativa, recentemente alterada pela Lei nº 14.230/2021, é correto afirmar que:

- a) as disposições dessa lei são aplicáveis, no que couber, àquele que, mesmo não sendo agente público, induza ou concorra dolosamente para a prática do ato de improbidade
- b) o sucessor ou o herdeiro daquele que causar dano ao erário ou que se enriquecer ilicitamente está desonerado da obrigação de repará-lo, ainda que haja herança ou patrimônio transferido
- c) o mero exercício da função ou desempenho de competências públicas atrai a responsabilidade por ato de improbidade administrativa, independentemente da comprovação de ato doloso com fim ilícito
- d) configura improbidade a ação ou omissão decorrente de divergência interpretativa da lei, baseada em jurisprudência, ainda que não pacificada, mesmo que não venha a ser posteriormente prevacente nas decisões dos órgãos de controle ou dos tribunais do Poder Judiciário

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

**11)** As diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS foram definidas pela portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde. A estrutura operacional das RAS é composta por cinco componentes, sobre os quais é correto afirmar que o(s):

- a) sistema logístico é o responsável pelo sistema gerencial e de financiamento
- b) centro de comunicação é responsável pela coordenação do cuidado e dos fluxos do sistema
- c) sistema de governança é responsável pelas tecnologias de informações e pela rede diagnóstica
- d) pontos de atenção especializadas são responsáveis pela assistência farmacêutica e pelos sistemas de informação

**12)** A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), publicada pela portaria nº 1.823/2012, tem por objetivo:

- a) incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde
- b) ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação horizontal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todas as instâncias da rede de atenção
- c) substituir a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), fortalecendo as ações de vigilância em saúde no nível das atenções secundária e terciária
- d) assegurar que todos os trabalhadores tenham acesso a planos de saúde, promovendo a qualidade de atenção não prevista no SUS

**13)** A lei nº 8.080/1990 instituiu o SUS. Sua construção baseou-se em um conjunto de princípios organizacionais e doutrinários, entre os quais constam, respectivamente:

- a) regionalização / descentralização
- b) resolubilidade / hierarquização
- c) integralidade / universalidade
- d) participação social / equidade

**14)** “O modelo surge da necessidade de inversão do modelo assistencial hegemônico com ênfase na redefinição das práticas de saúde e na busca da efetivação da diretriz da integralidade no SUS (...). Trata-se de um modo tecnológico de intervenção que contempla problemas, necessidades e determinantes em saúde” (ROUQUAYROL, 2017). Essa citação refere-se ao modelo tecnoassistencial em saúde denominado:

- a) sanitarista
- b) liberal-privatista
- c) vigilância da saúde
- d) sistemas locais de saúde

**15)** “As Normas Operacionais Básicas (NOB) são portarias do Ministério da Saúde que definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para normatizar e operacionalizar relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da saúde nº 8.080 e 8.142, de 1990” (PAIM, 2019). A NOB 01/1996 estabelece o(a):

- a) criação dos ambulatórios de especialidades nos níveis secundário e terciário
- b) processo de descentralização da gestão de ações e serviços de saúde
- c) implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável
- d) processo de centralização da vigilância sanitária

**16)** Após a promulgação da Constituição da República Federativa de 1988, os diversos governos que dirigiram o Brasil implementaram medidas que possibilitaram a estruturação do SUS nos últimos 30 anos (período entre 1988 e 2018). Em relação às medidas governamentais adotadas no período de 1996 a 2000, destacam-se:

- a) criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Programa Saúde da Família
- b) implementação do tratamento gratuito para HIV/AIDS e criação da Agência de Saúde Suplementar
- c) criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
- d) aprovação da Emenda Constitucional 95 e implementação da Reforma Psiquiátrica, instalando a rede de Centros de Atenção Psicossociais

**17)** A determinação dos percentuais orçamentários mínimos, que devem ser aplicados nos serviços públicos de saúde, pela União, estados, Distrito Federal e municípios, foi estabelecida pela:

- a) ampliação do Programa Saúde da Família
- b) criação do Pacto pela Gestão do SUS
- c) Emenda Constitucional 95
- d) Emenda Constitucional 29

**18)** O Pacto pela Saúde foi instituído pelas portarias nº 399/2006 e 699/2006 frente aos desafios e dificuldades encontradas durante a vigência das NOB e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). O Pacto pela Saúde propõe integração das políticas de saúde e é composto por três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto de Gestão do SUS estabelece:

- a) prioridades sanitárias pactuadas a partir da análise da situação de saúde da população
- b) responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS de forma inequívoca
- c) maior autonomia para o Ministério da Saúde na gestão dos processos no SUS
- d) articulação e apoio à mobilização social pelo desenvolvimento da cidadania

**19)** A lei nº 8.142/1990 regulamenta a participação e o controle social no SUS, que são consequências diretas do processo histórico de pensar e construir o SUS, tendo como elementos fundamentais e estruturantes o direito à saúde e à democracia. Em relação aos Conselhos de Saúde, é correto afirmar que:

- a) são convocados pelo gestor para debater temas gerais e específicos da política de saúde, conforme a necessidade da população
- b) é necessário ter formação técnica prévia e realizar cursos ofertados pelo Ministério da Saúde para participar como membro
- c) uma de suas atribuições condiz com a formulação de estratégias e com o controle da execução das políticas de saúde
- d) são órgãos colegiados permanentes e deliberativos constituídos por representatividade de 25% dos usuários

**20)** As Regiões de Saúde são definidas como um “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Decreto nº 7.508/2011, Art 2º). Sobre as Regiões de Saúde, é correto afirmar que:

- a) são referências para as transferências de recursos entre os entes federativos
- b) são instituídas pela definição de um cronograma previamente estabelecido pelos Conselhos de Saúde
- c) devem conter, no mínimo, serviços de atenção primária à saúde e de vigilância em saúde para serem instituídas
- d) devem respeitar as normas nacionais, garantindo a soberania, quando situadas em áreas de fronteiras com outros países



**PNEUMOLOGIA**

**21)** Um método simples e rápido para avaliar a mecânica respiratória é a oscilometria (também conhecida como técnica de oscilações forçadas), em que a necessidade de cooperação do indivíduo é mínima, já que é feita durante a manobra de respiração espontânea. Consiste na aplicação de pulsos de pressão periódicos para definir as mudanças na impedância do sistema respiratório, sobrepondo ondas de oscilação de pequena amplitude sobre a respiração espontânea. A oscilometria mede as propriedades mecânicas do sistema respiratório (vias aéreas, tecido pulmonar e parede torácica), sendo usualmente avaliada em uma ampla faixa de frequências. Em adultos saudáveis, à medida que a frequência aumenta dentro da faixa de frequência comumente usada (4-50Hz), as contribuições dos componentes do sistema respiratório variam de maneira significativa, de modo que em altas frequências, a resistência do sistema respiratório é amplamente dominada pelas propriedades mecânicas de:

- a) vias aéreas
- b) parede torácica
- c) tecido pulmonar
- d) vias aéreas + tecido pulmonar

**22)** Homem de 27 anos, branco, ex-fumante, assintomático respiratório, realiza teste espirométrico para fins admissionais. Todas as manobras foram executadas de acordo com as recomendações vigentes. Os resultados são mostrados no quadro a seguir:

<b>Parâmetros</b>	<b>Teórico</b>	<b>Limite da normalidade</b>	<b>Atual</b>	<b>% Teórico</b>
CVF (L)	4,76	3,86	2,86	60,1
VEF <sub>1</sub> (L)	4,00	3,17	2,74	68,5
VEF <sub>1</sub> /CVF (%)	83,8	72,9	95,6	114,0
FEF <sub>25-75%</sub> (L/s)	4,35	2,40	5,09	117,0
TFEF <sub>25-75%</sub> (s)	0,56	0,79	0,28	50,0
FEF <sub>máx</sub> (L/s)	9,04	5,62	7,73	85,5
FEF <sub>50%</sub> (L/s)	5,10	3,32	6,12	120,0
FEF <sub>75%</sub> (L/s)	2,17	0,88	3,26	108,8

Seguindo as recomendações das “Diretrizes para Testes de Função Pulmonar”, da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2002), é correto afirmar que:

- a) trata-se de distúrbio ventilatório restritivo grave
- b) trata-se de distúrbio ventilatório inespecífico
- c) há obstrução insipiente
- d) há fluxo supranormal

**23)** Idoso de 60 anos, ex-fumante (carga tabágica de 45 maços/ano), foi admitido em um hospital com massa no lobo superior direito, que mostrou positividade durante tomografia computadorizada por emissão de pósitrons. Na avaliação da função pulmonar pré-operatória, o paciente realizou teste espirométrico e medida da capacidade de difusão ao monóxido de carbono (DLCO), conforme apresenta o quadro a seguir:

Parâmetros	Teórico	Atual	% Teórico
Espirometria			
CVF (L)	3,53	3,47	98,3
VEF <sub>1</sub> (L)	2,84	1,36	47,9
VEF <sub>1</sub> /CVF (%)	80	39	48,7
FEF <sub>25-75%</sub> (L/s)	2,97	0,40	13,5
Difusão pulmonar			
DLCO (ml/mmHg/min)	26,6	10,9	40,9

O mapeamento de perfusão quantitativo apresentou a seguinte distribuição: lobo superior direito = 6%; lobo médio = 10%; lobo inferior direito = 28%; lobo superior esquerdo = 18%; língula = 10%; lobo inferior esquerdo = 28%. Considerando a mecânica pulmonar (VEF<sub>1</sub>) e a função de troca gasosa (DLCO – produto pós-operatório previsto de Pierce), é correto afirmar que o(a):

- paciente é apto apenas para uma lobectomia (lobo superior direito)
- extensão da cirurgia pode chegar até uma pneumectomia (pulmão direito)
- paciente está contraindicado para qualquer tipo de cirurgia de ressecção pulmonar
- extensão da cirurgia pode chegar até uma bilobectomia (lobo superior direito e lobo médio)

**24)** O tabagismo é uma doença que deve ser tratada sempre que possível. Com relação ao tratamento do tabagismo, é correto afirmar que:

- o uso de bupropiona não é contraindicado em pacientes com história de convulsão
- a terapia de reposição de nicotina, a bupropiona e a nortriptilina são consideradas de 1ª linha no tratamento da doença
- a maioria dos tabagistas diz que não precisa de tratamento pois acredita que conseguirá deixar de fumar na primeira tentativa de parar
- os métodos baseados na terapia cognitivo-comportamental são fundamentais, mesmo quando é necessário apoio medicamentoso

**25)** Homem de 55 anos, tabagista (2 maços/dia, há 40 anos), apresenta-se à consulta levado pela esposa e diz não saber porque está ali, informa não desejar parar de fumar e acha que fumar não traz malefícios, porque um familiar fumou até 80 anos de idade e faleceu em decorrência de um atropelamento. Relata que fuma porque gosta e que conseguiria parar de fumar facilmente e rapidamente se desejasse. A fase comportamental (motivacional) que esse paciente se encontra é a de:

- a) ação
- b) preparação
- c) contemplação
- d) pré-contemplação

**26)** Homem de 33 anos, com diagnóstico de asma, em uso regular diário de salmeterol 50mcg e fluticasona 250mcg inaláveis de 12/12 horas, há 30 dias tem dois episódios semanais de dispneia e sibilância leves. Usa salbutamol em spray no momento dos episódios, com remissão total dos sintomas. Nega despertares noturnos ou limitações nas atividades diárias no período. Com base no questionário para avaliação de controle da asma do documento *Global Initiative National for Asthma (GINA)*, a asma desse paciente deve ser considerada:

- a) não controlada
- b) bem controlada
- c) parcialmente controlada
- d) totalmente descontrolada

**27)** A asma brônquica é uma doença muito prevalente na população geral. Em relação aos pacientes com esse tipo de asma, é correto afirmar que:

- a) o grupo de pacientes com asma considerada de difícil controle é um subgrupo dos pacientes com asma grave
- b) o uso de formoterol e budesonida diariamente, e em doses médias, é o tratamento da etapa 3 preconizado pelo GINA
- c) distúrbios psiquiátricos são mais prevalentes nesses pacientes em relação à população geral e estão associados ao pior controle da doença e maior número de exacerbações
- d) após obter-se o controle, as medicações utilizadas devem ser mantidas por prazo indeterminado e sempre na mesma dose, não se devendo reduzir doses ou número das medicações

**28)** Na investigação de dispneia no ambiente hospitalar, a ultrassonografia de tórax tem ganhado espaço como ferramenta útil na avaliação inicial e na diferenciação de suas diversas causas. A patologia na qual se observa o padrão de presença de linha A é:

- a) pneumonia bacteriana com comprometimento subpleural
- b) síndrome de derrame pleural
- c) asma descompensada
- d) congestão pulmonar

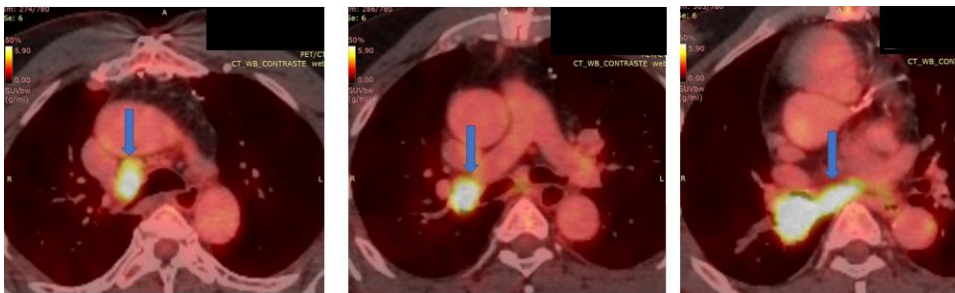
**29)** Mulher de 33 anos, com diagnóstico de asma há cinco anos, veio para consulta médica regular no ambulatório de asma grave, em uso de formoterol com budesonida 6/200mcg, 2 inalações 2 vezes por dia. Relata que, quando necessário, faz uso de resgate, além de montelucaste 10mg, 1 vez por dia de forma contínua. Há quatro meses, havia sido associado tiotrópio 2,5mcg, 2 névoas pela manhã. Na anamnese dirigida, a paciente nega outras comorbidades, além da asma; também nega tabagismo e refere ambiente doméstico limpo e uso regular das medicações, demonstrando habilidade no uso de diferentes dispositivos inalatórios. Refere três idas à emergência com necessidade de uso de curso breve de corticoide oral em todas as ocasiões nos últimos 12 meses. A aplicação do questionário GINA definiu que a paciente está com asma não controlada nesse momento. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, com sinais vitais normais, abdome globoso, IMC = 39kg/m<sup>2</sup>, SatO<sub>2</sub> = 96% e apresenta sibilos difusos à ausculta respiratória. O restante do exame físico não traz alterações dignas de nota. Exames trazidos pela paciente: IgE sérica total: 6 (normal: inferior a 114kU/L); IgE sérica para pesquisa de cinco diferentes aeroalérgenos: todos menores que 0,1kU/L (normal: < 0,1kU/L); eosinófilo sérico absoluto: 82 células/mm<sup>3</sup> (anterior, realizado há dez meses: 44 células/mm<sup>3</sup>). Exames de imagem sem alterações importantes e espirometria demonstrando distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com prova broncodilatadora positiva. Submetida à avaliação da fração exalada de óxido nítrico (FeNO), apresentou resultado: 13ppb (anterior, realizado há seis meses – FeNO: 12ppb). Diante do quadro clínico apresentado, é correto afirmar que:

- a) a melhor opção para essa paciente, no momento, é usar imunobiológico, sendo o mais indicado diante da fenotipagem o dupilumabe
- b) de acordo com os resultados da fenotipagem, a paciente está com uma inflamação com grande participação das interleucinas IL-4, IL5 e IL-13
- c) o processo inflamatório predominante da paciente envolve IL-6, IL-8 e, também, presença de alarminas, como IL-33 e linfopoetina estromal tímica (TSLP)
- d) as medidas de FeNO apresentadas, considerando intervalo de seis meses entre uma e outra, definem asma paucigranulocítica e o próximo passo mais indicado para o tratamento dessa paciente é a termoplastia brônquica

**30)** Homem de 46 anos, com diagnóstico de asma desde a infância, encontra-se em acompanhamento no ambulatório de asma grave, sempre demonstrando boa adesão ao tratamento e uso correto da técnica inalatória. Apresenta, a despeito do uso de terapia tripla (corticoide inalatório em dose alta + beta-2 agonista de longa duração + anticolinérgico de longa duração), asma não controlada pelo questionário GINA. Após a fenotipagem, observou-se eosinófilo sérico absoluto acima de 350células/mm<sup>3</sup> em duas ocasiões nos últimos 12 meses; fração exalada de óxido nítrico = 80ppb e componente atópico presente, com IgE sérica total = 960kU/L (normal: inferior a 114kU/L), IgE aeroalérgenos elevados e comorbidades atópicas, como rinite alérgica e dermatite atópica presentes. Para melhor controle da asma desse paciente, deve ser prescrito o:

- a) benralizumabe, por conta da presença de dermatite atópica como comorbidade junto à asma
- b) dupilumabe, devido ao valor elevado do eosinófilo sérico absoluto e da fração exalada de óxido nítrico
- c) mepolizumabe, devido à presença de eosinófilo sérico absoluto elevado e asma iniciada na infância
- d) omalizumabe, por conta do valor do IgE sérico total inicial elevado, associado ao acompanhamento desse biomarcador

**31)** Idoso de 62 anos, com antecedentes de neoplasia de orofaringe (carcinoma de células escamosas), em 2015, tratado com radioterapia, realizou transplante hepático, em 2019, por cirrose hepática por vírus C e vem em acompanhamento de doença coronariana. Relata ser ex-tabagista há 20 anos, carga tabágica 20 maços/ano. A tomografia computadorizada de tórax demonstrou imagem compatível com lesão expansiva, medindo 38x31mm, no lobo inferior direito (LID), com obliteração do brônquio lobar correspondente. Realizou videobroncoscopia que evidenciou lesão exofítica, ocluindo o brônquio do LID. A biopsia da lesão confirmou o diagnóstico de carcinoma de células escamosas. Foi realizado PET-CT para estadiamento da neoplasia (imagem abaixo), com formação expansiva no LID com SUV máximo de 13,6 e linfonodos e linfonodomegalias nas cadeias paratraqueal inferior direita, paratraqueal inferior esquerda, hilo pulmonar direito e subcarinal, com SUV máximo de 9,6 no hilo direito, que mede 22x19mm.



A sequência de punções dos linfonodos mediastinais e hilares a serem realizadas durante o EBUS-TBNA (punção aspirativa por agulha guiada por ultrassom endobrônquico) deve ser linfonodos contralaterais à esquerda e posteriormente:

- paratraqueais ipsolaterais, subcarinal, hilar ipsolateral e interlobares ipsolaterais
- subcarinal, paratraqueais ipsolaterais, hilar ipsolateral e interlobares ipsolaterais
- paratraqueais ipsolaterais, hilar ipsolateral, subcarinal e interlobares ipsolaterais
- subcarinal, hilar ipsolateral, paratraqueais ipsolaterais e interlobares ipsolaterais

**32)** O câncer de pulmão é a principal causa de morte por câncer no mundo. Pacientes com câncer de pulmão necessitam ser estagiados para a melhor escolha do tratamento. A introdução de técnicas baseadas em endoscopia, tais como EBUS-TBNA facilitam a abordagem desses pacientes, mas podem apresentar complicações, sendo a de maior frequência:

- mediastinite
- pneumotórax
- sangramento
- eventos cardiovasculares

**33)** Paciente de 37 anos procura Unidade Básica de Saúde, apresentando quadro de tosse, febre, sudorese noturna e emagrecimento de evolução de dois meses. Nega comorbidades ou história anterior de tratamento para tuberculose pulmonar. Na investigação, apresentou baciloscopia de escarro positiva (++) e teste rápido molecular (TRM TB) com resultado *Mycobacterium tuberculosis* detectado e resistência a rifampicina em duas amostras, coletadas em momentos diferentes. O material foi encaminhado para cultura e teste de sensibilidade (TS). O diagnóstico mais provável é tuberculose resistente a rifampicina (TRR). A conduta indicada, que poderá ser reavaliada após o resultado da cultura e TS, é iniciar tratamento com:

- a) levofloxacino, etambutol, pirazinamida e isoniazida para resistência a rifampicina
- b) bedaquilina, levofloxacino, linezolida e terezydona para tuberculose multirresistente
- c) capreomicina, levofloxacino, linezolida, etambutol e pirazinamida para tuberculose multirresistente
- d) RHZE (esquema básico), até o resultado de cultura e TS para confirmação do padrão de resistência

**34)** De acordo com as atuais normas do Ministério da Saúde em relação à abordagem de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB), é correto afirmar que:

- a) os esquemas de tratamentos para a ILTB que estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) são: isoniazida isolada, rifampicina isolada e a rifapentina associada a isoniazida
- b) a acurácia e os valores preditivos dos IGRAs (*Interferon Gamma Release Assay*) são superiores ao da PT em todos os diferentes grupos com indicação de investigação para ILTB, mas a dificuldade de realização impede a sua disponibilização para o SUS
- c) a imunodepressão avançada (AIDS), uso de corticosteroides, outros imunossupressores e quimioterápicos e infecção prévia por micobactérias não tuberculosas (MNT) são condições associadas a resultado falsos negativos da prova tuberculínica (PT)
- d) pessoas em uso de inibidores de fatores de necrose tumoral (TNF)-alfa ou que irão fazer uso de corticosteroides (equivalente a > 15mg/dia de prednisona por mais de um mês) e todas as pessoas que já fizeram tratamento completo de ILTB ou tuberculose anteriormente são populações com indicação de investigação de ILTB

**35)** Paciente de 57 anos, emagrecido (peso: 45kg), com diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência renal crônica, foi diagnosticado com tuberculose óssea, na coluna dorsal. Relata estar em hemodiálise três vezes por semana. Segundo as orientações do Ministério da Saúde e levando-se em consideração a melhor adesão, pela facilidade de administração das drogas, deve-se preferir o esquema com:

- a) amicacina 500mg associada a levofloxacino 750mg e etambutol 1200mg, 3 vezes por semana durante 12 meses de tratamento
- b) amicacina 500mg associada a levofloxacino 750mg e etambutol 1200mg, 3 vezes por semana por 3 meses na fase intensiva, seguidos de etambutol 1400mg/levofloxacino até completar 9 meses de tratamento
- c) dose fixa combinada RHZE, 4 comprimidos 3 vezes por semana após o procedimento dialítico por 2 meses na fase intensiva, seguidos de RH 4 comprimidos na fase de manutenção, 3 vezes por semana, até completar 6 meses de tratamento
- d) dose fixa combinada com RHZE, 3 comprimidos 3 vezes por semana, após o procedimento dialítico, além de RH 3 comprimidos nos outros dias, por 2 meses na fase intensiva, seguidos de RH 3 comprimidos diariamente na fase de manutenção durante 10 meses, após o procedimento nos dias de diálise

**36)** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) está relacionada ao tabagismo e necessita de acompanhamento regular na maioria dos casos. De acordo com o documento *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* de 2022, em relação ao manejo da DPOC é necessário:

- a) prescrever corticoides orais que têm indicação para uso regular diário em pacientes exacerbadores
- b) considerar o uso regular diário de corticoide inalável no tratamento dos pacientes com pneumonias de repetição ou eosinofilia  $< 100$  células/ $\mu$ L
- c) tratar regularmente com formoterol 12mcg associado a budesonida 400mcg em duas doses diárias, que está preconizado para início de tratamento em todos os casos e fenótipos da doença
- d) solicitar tomografia de tórax quando houver suspeita de associação com bronquiectasias, tumor ou planejamento de transplante ou cirurgia redutora, mas não em todos os casos da doença

**37)** Idosa de 66 anos procura acompanhamento com pneumologista devido a achado tomográfico de enfisema. A paciente foi fumante, com carga tabágica de 10 maços/ano, e se queixa de algum cansaço aos grandes esforços. A espirometria demonstra volume expiratório forçado em 1 segundo ( $VEF_1$ )/capacidade vital forçada (CVF) pós-broncodilatador de 0,66. Na história familiar, verifica-se que o pai faleceu de enfisema e que ela tem um irmão com DPOC. A dosagem de alfa1 antitripsina (A1AT) por imunodifusão radial no soro foi de 65mg/dL e a genotipagem foi PiMS. Com relação a esse caso, é correto afirmar que o(a):

- a) tratamento com broncodilatadores deve ser feito como em todo paciente com DPOC
- b) enfisema observado deve ser centrolobular, devido ao nível baixo de A1AT
- c) paciente deve receber suplementação de A1AT
- d) vacinação para pneumococo é ineficaz

**38)** Paciente com diagnóstico de DPOC, internado na enfermaria, evoluiu com possível pneumotórax. Para elucidação do caso, foi realizada ultrassonografia de tórax à beira do leito. O sinal ultrassonográfico que confirma o diagnóstico de pneumotórax é:

- a) identificação do pulso pulmonar
- b) identificação do ponto pulmonar
- c) presença de linhas B confluentes
- d) observação do sinal da praia no modo M

**39)** Paciente de 59 anos, com diagnóstico de DPOC há dois anos, em classe funcional NYHA III, apesar do uso regular e correto de broncodilatadores em doses máximas, é encaminhado para uma avaliação em um centro de transplante pulmonar. Os achados que apontam para indicação de transplante são:

- a) index de BODE  $> 4$  e  $PaO_2 > 60$ mmHg
- b) mais de 3 exacerbações nos últimos 12 meses e IMC  $> 40$ kg/m<sup>2</sup>
- c)  $VEF_1 < 20\%$  do previsto e  $PaCO_2 > 50$ mmHg nas exacerbações
- d) DLCO  $< 50\%$  do previsto e teste da caminhada de 6 minutos  $< 350$  metros

**40)** Paciente com histórico de tuberculose pleural e pulmonar tratada há 20 anos não realizou controle radiográfico após a conclusão do esquema de antibióticos. Recentemente, realizou tomografia de tórax por suspeita de COVID-19 e foi evidenciado derrame pleural loculado à direita, com espessamento e focos de calcificação nos folhetos pleurais. Foi submetida à toracocentese que evidenciou líquido leitoso, exsudativo, com as seguintes características: pH = 7,3, glicose = 80mg/dL, hematócrito = 15% (em relação ao hematócrito sérico), leucócitos = 6.300/mm<sup>3</sup> (87% de polimorfonucleares), colesterol = 300mg/dL e triglicerídeos = 100mg/dL. O líquido pleural pode ser caracterizado como:

- a) empiema
- b) quilotórax
- c) hemotórax
- d) pseudoquilotórax

**41)** Mulher de 37 anos, em acompanhamento devido ao diagnóstico de sarcoidose pulmonar e cutânea, vem à consulta regular. A paciente iniciou o tratamento com prednisona 40mg/dia há nove meses. Foi orientada a reduzir a dose progressivamente e agora está em uso de prednisona 10mg/dia há um mês. Refere que as lesões cutâneas, a fraqueza e a dispneia melhoraram no primeiro mês de tratamento. No exame físico, nota-se o reaparecimento de duas pápulas no dorso, na mesma área de acometimento inicial. Com relação aos exames solicitados, o hemograma é normal, cálcio sérico = 12,5mg/dL (8,5-10,2mg/dL), TGO = 18U/L e TGP = 20U/L. Para esse tipo de caso, o documento publicado em 2021 pela Força-Tarefa Europeia sugere:

- a) iniciar infliximabe
- b) associar metotrexato
- c) retirar o corticoide e observar a progressão das lesões
- d) aumentar a dose de corticoide oral e associar corticoide tópico

**42)** Idoso de 67 anos procura pneumologista devido a dispneia progressiva há seis meses. A tomografia de tórax revelou faveolamento no lobo médio e algumas áreas de vidro fosco e espessamento de septo interlobular nas bases. O paciente não tem outras queixas. Hemograma e bioquímica sanguínea foram normais. O paciente refere ter fumado muito pouco quando era jovem (carga tabágica abaixo de 10 maços/ano) e trabalha como chefe de almoxarifado, em local úmido. O médico que o atendeu pensou em pneumonia de hipersensibilidade (PH) como hipótese diagnóstica e solicitou uma broncoscopia com lavado broncoalveolar (LBA), que demonstrou a presença de 5% de neutrófilos, 10% de linfócitos e 85% de macrófagos. Nesse caso, de acordo com o consenso da ATS/JRS/ALAT, publicado em 2020, é correto afirmar que para o diagnóstico de PH o(a):

- a) histórico de tabagismo torna esse diagnóstico improvável
- b) presença de anticorpos específicos deve ser confirmada
- c) presença de faveolamento configura doença fibrosante
- d) presença de neutrófilos no LBA é improvável



**43)** Mulher de 35 anos procura pneumologista com tomografia de tórax com imagens císticas arredondadas, presentes em todos os lobos pulmonares. A paciente não é fumante e não tem histórico familiar de doença pulmonar. O pai é saudável e a mãe tem diabetes *mellitus* insulino-dependente. Ela não tem irmãos. Na revisão de sistemas, refere cansaço aos grandes esforços. Nos exames solicitados, apresenta: hemoglobina = 13g/dL, leucócitos = 7.500células/mm<sup>3</sup>, cálcio sérico = 8,5mg/dL, fator D de crescimento endotelial vascular = 950pg/mL, anti-Ro negativo, FAN = 1:80. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) histiocitose X
- b) síndrome de Sjögren
- c) linfangioleiomiomatose
- d) síndrome de Birt-Hogg-Dubé

**44)** São doenças intersticiais pulmonares relacionadas ao tabagismo:

- a) bronquiolite respiratória associada à doença intersticial pulmonar e pneumonia linfocítica aguda
- b) histiocitose pulmonar de células de Langerhans e pneumonia intersticial descamativa
- c) pneumonia por hipersensibilidade fibrótica e pneumonia eosinofílica crônica
- d) fibrose pulmonar idiopática e pneumonia em organização

**45)** O câncer de pulmão é mais prevalente em algumas populações. Pensando em diagnóstico precoce com consequente melhora da sobrevida, as populações que têm maior benefício na instituição de programa de rastreio de câncer de pulmão com tomografia de tórax de baixa dose de radiação são pessoas:

- a) com mais de 55 anos de idade, com familiares de primeiro grau com câncer de pulmão, independente da carga tabágica
- b) entre 50-60 anos de idade, com familiares de primeiro grau com câncer de pulmão e que tenham interrompido o tabagismo há menos de 20 anos
- c) entre 55-74 anos de idade, tabagistas ativos ou que tenham interrompido tabagismo há menos de 15 anos e com carga tabágica igual ou superior a 30 maços/ano
- d) com mais de 50 anos de idade, tabagistas ativos ou que tenham interrompido tabagismo há menos de 25 anos e com carga tabágica igual ou superior a 15 maços/ano

**46)** Pacientes com câncer de pulmão geralmente necessitam realizar estadiamento invasivo com EBUS ou mediastinoscopia, mesmo que não haja evidência de metástase em outros órgãos. A situação em que **NÃO** se faz necessário o estadiamento de mediastino é:

- a) adenocarcinoma pulmonar de 4cm
- b) tumor escamoso de pulmão de localização central
- c) carcinoma de pequenas células com acometimento tumoral bilateral
- d) carcinoma não pequenas células com PET positivo apenas em região hilar ipsolateral ao tumor (N1)

**47)** Os alvos moleculares identificáveis nos carcinomas de pulmão não pequenas células, para os quais, atualmente, existem tratamentos específicos aprovados em âmbito internacional, são:

- a) ALK, TTF1 e napsina A
- b) TTF1, napsina A e P40
- c) EGFR, ROS1 e P40
- d) EGFR, ALK e ROS1

**48)** Homem de 64 anos, que está sendo tratado com metadona, foi submetido a uma polissonografia diagnóstica, que mostrou um Índice de Distúrbios Respiratórios (IDR) de 48/hora com 20% dos eventos sendo centrais. Na polissonografia, para titulação de pressão positiva na via aérea, o IDR foi de 11/hora, com 10% dos eventos sendo obstrutivos. De acordo com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (ICSD-3) da Academia Americana de Medicina do Sono, os diagnósticos mais prováveis na polissonografia diagnóstica e na polissonografia para titulação, respectivamente, são:

- a) apneia obstrutiva do sono / apneia central do sono tratamento-emergente
- b) apneia obstrutiva do sono / apneia central do sono devido a medicamento ou substância
- c) apneia central do sono primária / apneia central do sono devido a uma condição médica
- d) apneia central do sono com respiração de Cheyne-Stokes / apneia central do sono complexa

**49)** Homem de 35 anos, eutrófico, tem história de pneumonias de repetição, com estertores pulmonares difusos. Os exames revelam: bronquiectasias predominando nos ápices; pansinusite; cultura de escarro positiva para *Staphylococcus aureus* e bactérias do complexo *Burkholderia cepacia*; azoospermia; e teste do suor com condutância de 56mmol/L. O próximo passo deve ser realizar:

- a) teste de dihidrorodamina 1, 2, 3 (DHR)
- b) medida de concentração de cloretos no suor
- c) sequenciamento de Nova Geração do gene CFTR
- d) pesquisa de mutações genéticas para discinesia ciliar primária

**50)** O mecanismo pelo qual a ventilação em prona leva a melhora da troca gasosa é:

- a) geração de auto PEEP, devido à redução do tempo expiratório
- b) aumento do retorno venoso e das pressões de enchimento cardíacas
- c) recrutamento e melhor ventilação das regiões dorsais e dependentes, quando supino
- d) diminuição da resistência das vias aéreas, gerada por melhor posicionamento do tubo orotraqueal

De acordo com o caso clínico a seguir, responda às questões de números **51** a **53**.

Um paciente de 38 anos, sem comorbidades, foi admitido na unidade de terapia intensiva com quadro de pneumonia viral/COVID-19 e acometimento pulmonar estimado em mais de 75%.

**51)** Após algumas horas em cateter nasal de alto fluxo, o paciente manteve hipoxemia e grande desconforto respiratório. Após a intubação e instituição de ventilação mecânica invasiva, a prioridade deve ser:

- a) realizar bloqueio neuromuscular por 48 horas
- b) manter volume corrente baixo entre 4 e 8mL/kg de peso ideal
- c) instalar membrana de oxigenação extracorpórea nas primeiras 12 horas, independente dos parâmetros de troca gasosa
- d) realizar recrutamento alveolar com aumento progressivo de PEEP e medir a pressão esofágica para estimar a pressão pleural

**52)** Esse paciente, seis horas após instituição de ventilação mecânica invasiva, está sedado e sob efeito de bloqueio neuromuscular em ventilação modo controlado a pressão com PEEP 14 delta, PCV = 12;  $FiO_2 = 0,6$ ;  $V_t = 400\text{mL}$  (peso ideal 80kg); frequência respiratória = 22bpm; sem auto PEEP detectável após realização de pausa expiratória. Sua gasometria mostra  $PaO_2 = 54\text{mmHg}$  (relação  $PaO_2 / FiO_2 = 90$ );  $PaCO_2 = 53\text{mmHg}$ ;  $pH = 7,31$ ;  $SatO_2 = 87\%$ . A conduta mais adequada, nesse caso, deve ser:

- a) aumentar o volume corrente para 8mL/kg de peso ideal até que  $pCO_2$  esteja abaixo de 45 ou pH acima de 7,35
- b) utilizar óxido nítrico inalatório, que está relacionado ao menor tempo de ventilação mecânica
- c) aumentar  $FiO_2$  até que a saturação esteja maior do que 97%
- d) usar estratégia de ventilação em prona por, pelo menos, 12 horas

**53)** Após 24 horas de ventilação mecânica desse paciente, foi indicado o uso de membrana de oxigenação extracorpórea (ECMO), na modalidade veno-venosa (VV). Após algumas horas, o paciente voltou a piorar os parâmetros de troca gasosa. A melhor hipótese que descreve o fenômeno e sua causa, respectivamente, é:

- a) recirculação, que ocorre exclusivamente na ECMO VV, na qual o sangue oxigenado que chega pela cânula de infusão é novamente retirado pela cânula de drenagem sem passar pela circulação sistêmica
- b) oxigenação diferencial, que ocorre na ECMO VV, quando regiões superiores do corpo (coronárias, cérebro) recebem sangue menos oxigenado do que o abdômen e os membros inferiores
- c) oxigenação, que pode ocorrer tanto na ECMO VV quanto na veno-arterial, quando há recuperação da função miocárdica, enquanto ainda há grande prejuízo na troca gasosa
- d) recirculação diferencial, que ocorre tanto na ECMO VV quanto na veno-arterial e se deve à saturação precoce da membrana de oxigenação

**54)** A hipertensão pulmonar é classificada em cinco grupos, de acordo com o Consenso Europeu. Segundo essa classificação, a linfangioleiomiomatose é considerada do grupo:

- a) 2
- b) 3
- c) 4
- d) 5

**55)** Alguns exames podem auxiliar na avaliação da gravidade da hipertensão pulmonar. No caso do eletrocardiograma (ECG), é sugestiva de gravidade da hipertensão pulmonar, a ocorrência de:

- a) intervalo PR curto
- b) intervalo QT prolongado
- c) bloqueio do ramo esquerdo
- d) desvio do eixo para esquerda

**56)** A tomografia computadorizada de tórax deve ser solicitada para todos os pacientes com suspeita de doença intersticial pulmonar. Avalie a imagem a seguir:



O padrão tomográfico é mais compatível com pneumonia:

- a) por hipersensibilidade não fibrótica
- b) por hipersensibilidade fibrótica
- c) intersticial não específica
- d) intersticial usual

**57)** Homem jovem realiza tomografia computadorizada de tórax que apresenta massa mediastinal anterior em determinados pontos, com valores negativos (-34UH a -83UH) dentro da massa. A hipótese mais provável é de:

- a) linfoma
- b) timoma
- c) teratoma
- d) bócio tireoidiano

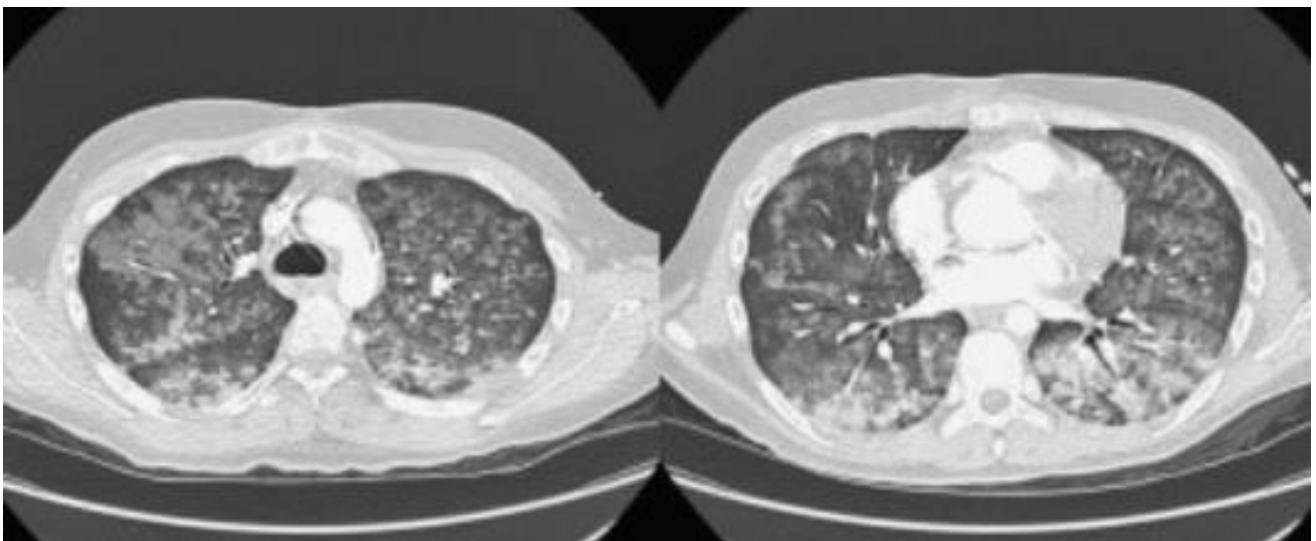
**58)** Durante o exame físico do aparelho respiratório, o médico solicita que o paciente repita algumas palavras para identificar sonoridade e nitidez. O residente considerou que o paciente apresentava no seu exame admissional pectorilóquia afônica no terço inferior do hemitórax esquerdo. O significado clínico mais comum desse sinal é:

- a) condensação pulmonar
- b) doença intersticial
- c) derrame pleural
- d) pneumotórax

**59)** Paciente de 57 anos, com dispneia progressiva, foi submetido à biópsia pulmonar devido a opacidades intersticiais pulmonares inespecíficas. No relato descritivo, o patologista informa a presença de corpos ferruginosos permeados com processo inflamatório de moderada intensidade, com presença de macrófagos e também de células gigantes. O diagnóstico mais provável é de:

- a) asbestose
- b) sarcoidose
- c) beriliose
- d) silicose

**60)** Jovem de 20 anos estava hígido até duas semanas atrás, quando começou a apresentar desconforto torácico e fraqueza de membros. Ao exame: PA = 120/90mmHg; FC = 75bpm; FR = 24irpm; temperatura axilar = 36,3°C. Exame cardiovascular sem alterações, mas com estertores crepitantes nos 1/3 inferiores de ambos os pulmões. No hemograma: hematócrito = 30,7%; hemoglobina = 10,4g/dL; plaquetas = 345mil/μL; leucograma = 14.500/μL; ureia = 214mg/dL; creatinina = 30mg/dL; potássio = 5,5mEq/L; sódio = 141mEq/L; cálcio = 7,6mg/dL; fósforo = 7,3mg/dL; magnésio = 3,0mg/dL; proteína total = 5,1g/dL (albumina 2,1g/dL); AST = 18ui/L; ALT = 14ui/L com EAS apresentando 3+ de proteína. Os complementos séricos estavam normais e os seguintes exames foram negativos: HBsAG, antiHCV, FAN e ANCA. Iniciado procedimento de hemodiálise, no 4º dia de hospitalização, apresentou hemoptise volumosa com instabilidade hemodinâmica. Foi para o centro de terapia intensiva e realizou tomografia computadorizada de tórax (conforme imagem a seguir). A dosagem do anticorpo antimembrana basal glomerular foi de 257EU/mL (valor de referência: < 5EU/mL).



O diagnóstico mais provável é:

- a) tuberculose pulmonar
- b) síndrome de Goodpasture
- c) poliangeíte granulomatosa
- d) granulomatose eosinofílica com poliangeíte