

CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

- 31)** O Código de Ética Médica apresenta uma série de princípios que são vedados aos médicos no que se refere à relação do profissional com pacientes e familiares. A respeito dessa relação, assinale a alternativa que **não** contém um princípio vedado ao médico.
- a) Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
 - b) Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.
 - c) Respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.
 - d) Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 31: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34: Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35: Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 39: Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

- 32)** É comum, nos dias atuais, a participação do médico no meio publicitário, sendo que o profissional deve respeitar o que é preconizado pelo Código de Ética Médica com relação à publicidade. A respeito da publicidade médica, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () É vedado ao médico consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.
- () É permitido ao médico deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.
- () É permitido ao médico participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.
- () É vedado ao médico permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

a) F – V – F – V

b) V – F – V – F

c) F – V – F – F

d) V – F – F – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 111: Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 114: Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 116: Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 118: Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

33) O Código de Ética Médica estabelece princípios que são vedados aos médicos relacionados à auditoria e perícia médica. Com relação à auditoria e perícia médica, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () É vedado ao médico autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.
- () É permitido ao médico intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.
- () É permitido ao médico receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.
- () É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

- a) F – V – F – V
- b) V – V – F – V
- c) F – V – F – F
- d) V – F – F – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 94: Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95: Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96: Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97: Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

34) As principais estratégias para a busca de casos de tuberculose são a busca passiva e a busca ativa. O Ministério da Saúde Brasileiro recomenda a coleta de duas a três amostras de escarro espontâneo para pesquisa direta de BAAR em pacientes com tosse por duas ou mais semanas. Sobre essas estratégias de busca, assinale a alternativa correta.

- a) A tuberculose é um problema de saúde pública exclusivo de paciente imunocomprometidos.
- b) O paciente com radiografia de tórax sugestiva de tuberculose, mas sem expectoração espontânea clássica, pode se afastar a suspeita de tuberculose.
- c) A radiografia de tórax e o teste tuberculínico devem ser feitos em todo contato de adulto com tuberculose pulmonar bacilífera, apenas quando este tiver mais de 65 anos.
- d) A busca ativa em populações com risco aumentado de tuberculose, como, por exemplo, moradores de abrigo ou asilos, prisioneiros ou profissionais da área de saúde, é a estratégia mais efetiva para reduzir custos e aumentar a detecção de casos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Sabe-se que 30% dos pacientes não apresentam expectoração espontânea nas formas iniciais da doença. Assim, a radiografia de tórax, na abordagem inicial dos casos SR, tem grande impacto na detecção precoce da TB pulmonar. Radiografia de tórax e teste tuberculínico devem ser feitos em todo contato de adulto com tuberculose pulmonar bacilífera, independente da idade. A busca ativa é feita em indivíduos com tosse por duas ou mais semanas que não procuram o serviço de saúde espontaneamente e tem como objetivo diagnosticar a TB precocemente, especialmente nos grupos com maior risco de adoecimento, sendo a estratégia mais efetiva para reduzir custos e aumentar a detecção de casos.

Fonte: III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J Bras Pneumol. V. 35, 36. (Supl 1).

35) Na tuberculose primária, embora a radiografia de tórax seja um importante meio de diagnóstico, alterações pulmonares não são demonstradas em até 15% dos casos. Em relação às principais alterações radiológicas encontradas na tuberculose primária, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) Opacidades parenquimatosas são frequentemente unifocais e predominantemente no pulmão direito, acometendo os lobos superiores na infância e os lobos médio e inferior em adultos.
- b) Derrame pleural ocorre em 25% dos casos, sendo manifestação tardia da tuberculose primária em adultos e considerado a manifestação mais característica da tuberculose na infância.**
- c) Linfonodomegalia, as regiões mais comprometidas são a região hilar e a paratraqueal direita. Frequentemente está associada com opacidades parenquimatosas e atelectasia segmentar ou lobar.
- d) Opacidades arredondadas persistentes, medindo até 3cm de diâmetro (tuberculomas) são manifestações não habituais, mais comuns em lobos superiores e podem estar associadas à calcificação de linfonodos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Derrame pleural é realmente considerado uma manifestação tardia da tuberculose primária, ocorre em 25% dos casos, entretanto é raro na infância.

Fonte: III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J Bras Pneumol. V. 35, 36. (Supl 1).

36) Considerando a tuberculose multirresistente, assinale a alternativa correta.

- a) A fase de manutenção do tratamento dura sete meses, sendo padronizado o uso de Etambutol, Ofloxacina e Terizidona nessa fase.
- b) A primeira etapa da fase intensiva do tratamento dura dois meses, sendo padronizado o uso de Estreptomicina (utilizada por cinco dias na semana), Ofloxacina, Pirazinamida e Terizidona.**
- c) A segunda etapa da fase intensiva do tratamento dura três meses, sendo padronizado o uso de Estreptomicina (utilizada por três dias na semana), Etionamida, Ofloxacina, Pirazinamida e Terizidona.
- d) A Estreptomicina deverá ser utilizada cinco dias por semana nos dois primeiros meses, seguido de três vezes por semana nos três meses subseqüentes. O regime de tratamento deve ser supervisionado, com duração de 12 meses.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O esquema de tratamento para tuberculose multirresistente será padronizado e composto de cinco medicamentos na fase intensiva. Na primeira etapa da fase intensiva, devem ser utilizados por dois meses: Estreptomicina (utilizada por cinco dias na semana), Ofloxacina, Pirazinamida e Terizidona. Na segunda etapa da fase intensiva, devem ser utilizados por quatro meses: Estreptomicina (utilizada por três dias na semana), Etambutol, Ofloxacina, Pirazinamida e Terizidona. A fase de manutenção deve durar 12 meses sendo utilizados três medicamentos: Etambutol, Ofloxacina e Terizidona. O regime de tratamento deve ser supervisionado, com duração de 18 meses, e acompanhado em uma unidade de referência terciária.

Fonte: III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J Bras Pneumol. V. 35, 36. (Supl 1).

37) Segundo o Ministério da Saúde, o gênero masculino e o grupo etário 45-59 anos apresentam as maiores taxas de incidência de tuberculose. A comorbidade tuberculose/HIV ocorreu em 6,2% dos casos. Em relação ao tratamento da tuberculose em situações especiais e comorbidades (incluindo HIV), informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a seqüência correta.

- () Os esquemas recomendados para pacientes HIV positivos são os mesmos dos pacientes HIV negativos com a possibilidade de substituição da Rifampicina pela Rifabutina em paciente utilizando terapia antirretroviral incompatível.
- () A ocorrência de síndrome da Reconstituição Imune indica a suspensão tanto do tratamento da tuberculose quanto da terapia antirretroviral. Seu manejo inclui o uso de corticosteroides nos casos mais graves.
- () Em indivíduos com insuficiência renal, o tratamento somente é modificado em casos de clearance de creatinina 30mL/min ou em diálise.
- () A hepatotoxicidade é causada pela dupla Rifampicina e Isoniazida. Assim, teoricamente, a alternativa no tratamento hepatopatas pode ser também o esquema de dois meses de Rifampicina, Estreptomicina e Etambutol e sete meses de Rifampicina e Etambutol.

- a) F – F – V – V
- b) V – F – V – V**
- c) F – V – F – V
- d) V – F – V – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A ocorrência de Síndrome da Reconstituição imune não indica a suspensão de nenhum dos tratamentos. A hepatotoxicidade é causada pela dupla Rifampicina junto com a Isoniazida, a Rifampicina raramente provoca alteração hepática sozinha podendo ser usada no tratamento de hepatopatas.

Fonte: III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J Bras Pneumol. V. 35, 36. (Supl 1).

38) A vacina BCG protege contra manifestações graves da primoinfecção por *Mycobacterium tuberculosis*, sendo prioritariamente indicada em crianças de até 4 anos de idade e obrigatória para menores de 1 ano. Sobre a vacina BCG, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) É recomendada em contatos de doentes com hanseníase, devendo receber duas doses da vacina.
- b) Está contraindicada em qualquer situação para crianças soropositivas para HIV ou filhos de mães com AIDS.**
- c) É uma contraindicação absoluta a vacinação em pacientes com imunodeficiências primárias com comprometimento de células T.
- d) As complicações mais comuns são: abscesso no local de aplicação, úlceras de tamanho exagerado e gânglios flutuantes. O tratamento deve ser feito com Isoniazida até a regressão da lesão.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

É recomendada a vacinação BCG em: recém-nascidos, sempre que possível na maternidade, desde que tenham peso igual ou superior a 2 kg e sem intercorrências clínicas; recém-nascidos, filhos de mães com AIDS; crianças soropositivas para HIV ou filhos de mães com AIDS, desde que tenham teste tuberculínico não reator e sejam assintomáticas para essa síndrome; os vacinados nessa condição deverão ser acompanhados pela vigilância epidemiológica, nos serviços de referência para AIDS; e, contatos de doentes com hanseníase (normas estabelecidas pelo Programa de Controle da Hanseníase do MS). Contatos intradomiciliares, independente da forma clínica, devem receber duas doses da vacina BCG. Contraindicações absolutas: adultos infectados pelo HIV (independente de sintomas) e crianças sintomáticas; imunodeficiências primárias com comprometimento de células T.

Fonte: III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J Bras Pneumol. V. 35, 36. (Supl 1).

39) O uso de medicamentos é um recurso adicional no tratamento do tabagismo quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença de elevado grau de dependência à nicotina. Os fármacos com evidências de eficácia são classificados em nicotínicos e não nicotínicos. Sobre esses fármacos, analise as afirmativas a seguir.

- I. O uso da nicotina em longo prazo pode desorganizar o sistema endocanabinoide cerebral, que regula a ingestão alimentar e a energia. Fármacos antagonistas canabinoides tipo 1 podem ajudar na cessação através do reequilíbrio do sistema, reduzindo o desejo por alimento e nicotina.
- II. O uso da terapia de reposição de nicotina em cardiopatas crônicos não eleva o risco de eventos agudos. Estudos sugerem que a terapia é bem tolerada nesses pacientes, não aumentando a severidade da doença cardiovascular (DCV).
- III. O Cloridrato de Bupropiona é um agonista parcial dos receptores nicotínicos. Promove liberação de dopamina no SNC ao ativar seletivamente receptores $\alpha 4\beta 2$, porém em quantidades menores que as liberadas pela nicotina.
- IV. O Tartarato de Vareniclina sofre metabolização mínima; não há necessidade de ajuste de doses em casos de insuficiência hepática. A biodisponibilidade não é afetada por alimentos nem pelo horário da administração.

Estão corretas as afirmativas

- a) I, II, III e IV.
- b) I e II, apenas.
- c) III e IV, apenas.
- d) I, II e IV, apenas.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O Cloridrato de Bupropiona é um fármaco não nicotínico, de primeira linha no tratamento do tabagismo. Seu mecanismo de ação consiste em atuar no bloqueio da recaptção neuronal da dopamina, da noradrenalina e da serotonina de forma expressiva no núcleo accumbens. Essa redução do transporte neuronal dos neurotransmissores — dopamina e noradrenalina — ou do antagonismo aos receptores nicotínicos, leva à redução da compulsão pelo uso de cigarros. O mecanismo de ação citado na alternativa corresponde ao Tartarato de Vareniclina, que foi desenvolvido para produzir efeitos semelhantes à nicotina sobre os receptores colinérgicos nicotínicos.

Fonte: Diretrizes para cessação do tabagismo. J Bras Pneumol. v. 34, n. 10. 2008.

40) O tabagismo passivo é a inalação por não fumantes da fumaça da queima de derivados do tabaco (cigarro, cigarro de palha, cigarro de cravo, charuto, cachimbo, narguilé etc.) Segundo a OMS, o tabagismo passivo é a terceira maior causa de morte evitável no mundo. Sobre o tema, analise as afirmativas a seguir.

- I. Recentes estudos têm sugerido que mesmo uma exposição à poluição tabagística ambiental de 30 minutos, já seria suficiente para afetar as células endoteliais das artérias coronárias de não fumantes.
- II. A exposição do feto ao fumo materno pode causar redução da função pulmonar no neonato e predisposição à DPOC na vida adulta.
- III. É recomendado como medida preventiva, que cardiopatas se mantenham afastados de ambientes com poluição tabagística. No entanto, não existem evidências de que a exposição aumente o risco de infarto agudo do miocárdio.
- IV. De acordo com evidências atuais disponíveis, a Bupropiona e a Vareniclina são recomendadas para o tratamento do tabagismo na gestante fumante. No caso de uso da terapia de reposição de nicotina, preferir as formas de liberação lenta (adesivos transdérmicos).

Estão corretas apenas as afirmativas

- a) I e II.
- b) I e IV.
- c) II e III.
- d) III e IV.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Na abordagem das gestantes fumantes deve ser considerado que o uso da Terapia de Reposição a Nicotina durante a gravidez depende da avaliação de cada caso. Deve-se preferir as formas de liberação rápida, como a goma de nicotina (grau/nível C). E de acordo com evidências atuais disponíveis, a Bupropiona e a Vareniclina não são recomendadas para o tratamento do tabagismo na gestante, ao contrário da alternativa.

Fonte: Diretrizes para cessação do tabagismo. J Bras Pneumol. v. 34, n. 10. 2008.

41) A principal meta do tratamento da asma é a obtenção e manutenção do controle da doença. O paciente deve entender a doença e seu tratamento. Atualmente estão disponíveis diversos recursos terapêuticos para o tratamento de manutenção da asma. Informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () Efeitos adversos graves são frequentes na utilização de cromoglicato de sódio. A Síndrome de *Churg-Strauss*, inicialmente associada ao uso de cromonas, parece estar mais relacionada à suspensão do corticosteroide oral.
- () Vários efeitos colaterais estão relacionados com a utilização da Teofilina: sintomas gastrintestinais, manifestações neurológicas, arritmias cardíacas e parada cardiorrespiratória, em geral com doses abaixo de 10mg/kg/dia.
- () Alguns efeitos colaterais sistêmicos dos corticosteroides inalatórios são: perda de massa óssea, inibição do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e déficit de crescimento, sem alteração da maturação da cartilagem de crescimento.
- () Os efeitos adversos dos beta-agonistas de ação prolongada não são comuns e restringem-se aos efeitos causados pelo estímulo cardiovascular, tremores de extremidades e hipocalemia.

- a) F – F – V – V
- b) F – V – F – V
- c) V – F – V – F
- d) V – V – F – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

As cromonas (Cromoglicato de Sódio) têm efeitos anti-inflamatórios fracos e menores do que doses baixas de corticosteroide inalatórios. Os efeitos adversos são brandos como tosse após inalação e dor de garganta. A síndrome de *Churg-Strauss*, inicialmente está associada ao uso de antileucotrienos, parece estar mais relacionada à suspensão do corticosteroide oral.

Fonte: IV Diretrizes brasileiras para o manejo da asma. J Bras Pneumol Vol 38 Supl 1 2012.

42) As crises de asma devem ser classificadas segundo sua gravidade, de acordo com a intensidade da crise. Sobre essa classificação, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) A saturação de oxigênio no sangue arterial é < 90% nas crises graves, nesse caso a dispneia é grave, e é comum agitação e sudorese.
- b) Na crise moderada/leve, o paciente pode não apresentar utilização de musculatura acessória ou retração intercostal leve, e pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial < 40mmHg.
- c) Apenas na crise muito grave há alteração do estado mental, os sibilos estão ausentes com murmúrio vesicular localizado ou difuso, e a pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial é > 45mmHg.
- d) Na crise grave, o paciente apresenta sibilos localizados ou difusos, utilização de musculatura acessória com retrações subcostais e/ou esternocleidomastoideas acentuadas e pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial < 40mmHg.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A descrição de crise grave na alternativa é equivalente à classificação de crise muito grave. Na crise muito grave, temos como achados gerais a cianose, sudorese e exaustão; alterações do estado mental como agitação, confusão e sonolência e a saturação de oxigênio no sangue arterial é < 90%. Na crise grave, o estado geral do paciente está sem alterações, seu estado mental é normal e a saturação de oxigênio no sangue arterial está entre 91-95%.

Fonte: IV Diretrizes brasileiras para o manejo da asma. J Bras Pneumol Vol 38 Supl 1 2012.

43) O algoritmo de tratamento da crise de asma no pronto-socorro, tanto da criança como do adulto, determina uma administração sequencial de drogas e a necessidade de avaliação continuada da resposta clínica. Sobre esse tema, analise as afirmativas a seguir.

- I. Na crise de asma do adulto, se após a utilização de até três doses de beta-2-agonista a cada 10 a 30 minutos e oxigênio 3L/min houver resposta parcial, com redução dos sinais de gravidade, pico de fluxo expiratório (PFE) de 50% a 70% do predito, a conduta adequada é dar alta para o paciente.
- II. Na crise de asma da criança, o tratamento inicial consiste em administração de oxigênio para saturação de oxigênio no sangue arterial (SatO₂) < 95%. Nebulização com beta-2-agonista (0,15 mg/kg/dose – máx. 5 mg / dose – fluxo mínimo de O₂ de 6 L/min) ou *spray* com espaçador (50mcg/kg/dose = 1 jato / 2kg, máximo de 10 jatos) a cada 20 minutos, até uma hora (três doses).
- III. Na crise de asma da criança, se após tratamento inicial, com nova reavaliação, o paciente apresentar resposta incompleta com PFE entre 40% e 70% do predito, aumento da Frequência Respiratória (FR) e Frequência Cardíaca (FC), dispneia moderada com SatO₂ entre 91% e 95% em ar ambiente, a conduta mais adequada é manter nebulização a cada 20 minutos com beta-2-agonista. Adicionar/manter sulfato de magnésio IV (25-75mg/kg, máximo de 2 g., infundido em 20-30 minutos).
- IV. Apesar de algumas medicações potencialmente usadas para indicações obstétricas, como prostaglandina F₂-alfa, ergonovina e agentes anti-inflamatórios não esteroides (pacientes sensíveis), devem ser evitadas na gestante com asma, devido a possibilidade de broncoespasmo, as crises de asma em gestantes durante o parto devem ser tratadas de maneira usual.

Estão corretas as afirmativas

- a) I, II, III e IV.
- b) I e IV, apenas.
- c) II e III, apenas.
- d) II e IV, apenas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Na crise de asma da criança, se após tratamento inicial, com administração de oxigênio para SatO₂ < 95%. Nebulização com beta-2-agonista (0,15 mg/kg/dose – máximo. 5 mg/dose – fluxo mínimo de O₂ de 6 L/min) ou *spray* com espaçador (50 mcg/kg/dose = 1 jato / 2 kg, máximo de 10 jatos) a cada 20 minutos, até uma hora (três doses) for realizada nova reavaliação, e o paciente apresentar resposta incompleta, com PFE entre 40 e 70% do predito, aumento da Frequência Respiratória e Frequência Cardíaca, dispneia moderada com SatO₂ entre 91 e 95% em ar ambiente, a conduta mais adequada é manter/adicionar Prednisona ou similar (1–2 mg/Kg, máximo, 60 mg, junto com nebulização a cada 20 min. com β₂ (0,15 mg/kg). O sulfato de magnésio deve ser utilizado em casos de má resposta, em que tem-se PFE < 40% do predito, aumento da FR e FC, ausculta com diminuição da entrada de ar, dispneia intensa e SatO₂ < 91% em ar ambiente.

Fonte: IV Diretrizes brasileiras para o manejo da asma. J Bras Pneumol Vol 38 Supl 1 2012.

44) A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. Sobre a exacerbação infecciosa e não infecciosa da DPOC, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) Sempre se deverá suspeitar de tromboembolismo pulmonar quando ocorrer uma descompensação aguda da DPOC sem causa evidente ou que não responda à terapêutica instituída.
- b) Os agentes etiológicos mais comuns são: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* e os vírus respiratórios, não havendo correlação entre o estágio da doença e o agente etiológico envolvido na exacerbação.
- c) A principal característica das infecções, em geral restrita à mucosa brônquica, é uma alteração no aspecto e/ou na quantidade de secreção eliminada, que passa de mucoide para purulenta e tem seu volume aumentado e se acompanha do aumento da dispneia do paciente.
- d) A infecção respiratória constitui a principal causa de agudização em pacientes com DPOC. Na maioria dos casos, as características típicas de infecção pulmonar, tais como febre, leucocitose e alterações evidentes na radiografia de tórax, não estão presentes e não são imprescindíveis para o início da antibioticoterapia.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Existe correlação entre o estágio da doença e o agente etiológico envolvido na exacerbação, sendo que a gravidade da DPOC é o único dado que pode sugerir a possível etiologia. Tanto que o tratamento antibiótico está baseado na probabilidade da etiologia bacteriana da exacerbação, baseada na maioria das vezes nos sintomas clínicos; na gravidade da doença pulmonar subjacente, a qual está relacionada à probabilidade de infecção bacteriana e à presença de micro-organismos mais agressivos durante exacerbações; pacientes com grave alteração da função pulmonar com VEF1 < 50% do previsto têm seis vezes mais chances de sofrer uma exacerbação pelo *H. influenzae* ou *P. aeruginosa* do que os pacientes com VEF1 > 50%.

Fonte: II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). J Bras. Pneumol. V. 30, Supl. 5, 2004.

45) Sobre as indicações de internação na exacerbação aguda da DPOC, analise:

- I. Hipoxemia refratária, hipercapnia com acidose.
- II. Paciente com idade maior que 65 anos e ureia maior que 50mg/dL.
- III. Insuficiência cardíaca descompensada ou descompensação de outra condição associada, como diabetes.
- IV. Impossibilidade de realizar corretamente o tratamento ambulatorial, por falta de condição socioeconômica.

Estão corretas as indicações

- a) I, II, III e IV.
- b) I e III, apenas.
- c) II e IV, apenas.
- d) I, III e IV, apenas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Todas as condições apresentadas são indicativas de internação do paciente com DPOC, exceto a condição II, que é um parâmetro que faz parte da avaliação de gravidade de pneumonias.

Fonte: II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). J Bras. Pneumol. V. 30, Supl. 5, 2004.

46) No Brasil vem ocorrendo um aumento do número de óbitos por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) nos últimos 20 anos, em ambos os sexos, apesar de diversas opções terapêuticas disponíveis no mercado. Sobre essas alternativas terapêuticas, assinale a resposta **incorreta**.

- a) O brometo de tiotrópio é um anticolinérgico de longa duração, mais eficaz que o ipratrópio, com seletividade farmacocinética para os receptores muscarínicos M1 e M3.
- b) As xantinas continuam sendo usadas em larga escala, sendo a bamifilina, uma xantina de ação de 12 horas e tem a vantagem de provocar menos efeitos adversos do que a teofilina.
- c) O único broncodilatador beta-2-agonista de ação por 24 horas é o terbutalino, que, no entanto, não apresenta número suficiente de registros na literatura que apoiem o seu uso sistemático na DPOC.
- d) Na DPOC existe um evidente desequilíbrio oxidante/antioxidante, que se acentua nos períodos de exacerbações. Já foi demonstrado que a n-acetilcisteína tem efeito antioxidante *in vitro* e alguns estudos em humanos sugerem efeitos pequenos, porém significativos, na redução das exacerbações da DPOC.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O terbutalino é um broncodilatador beta-2-agonista de curta duração (4 a 6h), o único beta-2-agonista de ação por 24 horas é o bambuterol que, no entanto, não apresenta número suficiente de registros na literatura que apoiem o seu uso sistemático na DPOC.

Fonte: II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). J Bras. Pneumol. V. 30, Supl. 5, 2004.

47) Os sintomas dos pacientes com Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) são inespecíficos. Os achados do exame físico são bastante variáveis, de acordo com o estágio da doença. De acordo com o exposto, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) A síncope é considerada um marcador de gravidade e estes pacientes são considerados classe funcional III ou IV.
- b) **A hemoptise e a rouquidão (por compressão do nervo laríngeo recorrente por ramos dilatados da artéria pulmonar) são sintomas comuns.**
- c) A presença de baqueteamento digital é incomum na HAP classe funcional I, quando presente, sugere associação com cardiopatias congênitas.
- d) Alterações cutâneas, telangiectasias e esclerodactilia, impõem a investigação de doenças do tecido conjuntivo, contribuindo para a identificação de eventual causa associada.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A hemoptiase e a rouquidão são achados incomuns na HAP.

Fonte: Diretrizes para o manejo da hipertensão pulmonar. (Supl 2 - ago 2005).

48) O arsenal terapêutico disponível para o tratamento da Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) apresentou um desenvolvimento significativo a partir da década de 1990. Sobre a abordagem terapêutica da HAP, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () O Iloprost é considerado como medicamento de segunda linha no manejo de pacientes com hipertensão pulmonar, ou como primeira opção para o manuseio de pacientes em que a administração oral não é possível.
- () O Sildenafil, um inibidor da fosfodiesterase 5, atua aumentando o GMP cíclico, prolongando o efeito vasodilatador do óxido nítrico. Deve ser usado em paciente com HAP com classe funcional III ou IV.
- () O Epoprostenol é um derivado da prostaciclina, possui meia vida curta (3 a 5 minutos), necessita de cateter venoso central de longa permanência e está indicado em pacientes com HAP classe funcional IV que não respondem ao teste de vasorreatividade.
- () Consideramos o uso dos inibidores da endotelina, como primeira droga a ser utilizada nos pacientes sem contraindicação ao seu uso.

a) **F – V – V – V**

b) F – V – V – F

c) V – F – F – V

d) V – F – V – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

O Iloprost é um análogo estável da prostaciclina, é considerado terceira linha de tratamento da HAP. O Sildenafil, inibidor de fosfodiesterase 5, é o medicamento considerado de segunda linha no tratamento da HAP.

Fonte: Diretrizes para o manejo da hipertensão pulmonar. (Supl 2 - ago 2005).

49) O envolvimento pulmonar na Esclerose Sistêmica (ES) ou Esclerodermia pode manifestar-se como Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP), sendo observada em 5% a 50% dos pacientes, dependendo do método utilizado para a investigação, podendo ser um achado isolado ou estar associada à fibrose pulmonar. Sobre a HAP na esclerose sistêmica, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) O único antagonista da endotelina aprovado para uso na ES é a Bosentana, um antagonista dos receptores A e B, utilizado em doses de 125 a 250mg/dia.
- b) Geralmente, os sinais e sintomas relacionados à HAP na ES são de evolução aguda, apresentando-se com dispneia rapidamente progressiva aos esforços, evoluindo com insuficiência cardíaca direita.
- c) Embora a ocorrência de HAP esteja definida quando os níveis de Pressão Sistólica de Artéria Pulmonar (PSAP) sejam superiores a 40mmHg, é importante que também se faça a monitoração dos pacientes esclerodérmicos que apresentam níveis de PSAP entre 31 e 40mmHg.
- d) No tratamento da HAP e na ES o uso do treprostinil, em infusão subcutânea contínua, mostrou-se eficiente no tratamento da HAP secundária às doenças do tecido conjuntivo, houve melhora significativa na tolerância ao exercício, bem como nos índices de dispneia e nos sinais e sintomas de HAP.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Geralmente, os sinais e sintomas relacionados à HAP na ES são insidiosos, principalmente em suas fases iniciais; o que leva a um grande problema no tratamento da HAP idiopática, devido ao fato de que as manifestações clínicas que evocam o seu diagnóstico se fazem presentes numa fase relativamente tardia da doença, quando as modalidades terapêuticas atuais têm eficácia relativa. É possível que o tratamento da HAP seja mais efetivo quando iniciado precocemente, na ausência das alterações estruturais verificadas nas fases avançadas da doença.

Fonte: Diretrizes para o manejo da hipertensão pulmonar. (Supl 2 - ago 2005).

50) São critérios para fibrose pulmonar associada à microaspiração, na presença ou na ausência de sintomas, **exceto**:

- a) Hipertonía do esfíncter esofágico superior e/ ou pHmetria proximal anormal.
- b) Resultados anormais de pHmetria distal com comprometimento motor do esôfago.
- c) Identificação de fibrose pulmonar bronquiocêntrica por achados na tomografia computadorizada ou biópsia pulmonar cirúrgica.
- d) Achados sugestivos de microaspiração, como bronquiectasias separadas das áreas de fibrose ou lesões mais extensas em lobo médio/língua ou de predomínio claramente unilateral.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Um problema fundamental na avaliação da relação entre microaspiração e doenças pulmonares é a falta de um teste que seja considerado o padrão ouro. Mas dos critérios adotados para fibrose pulmonar associada à microaspiração, tem-se a hipotonia do esfíncter esofágico inferior e/ ou pHmetria proximal anormal.

Fonte: Diretrizes de Doenças pulmonares intersticiais. J Bras Pneumol. v. 38. (Supl 2 – 2012).

51) A história detalhada e o exame físico fornecem as informações mais relevantes nas Doenças Pulmonares Intersticiais (DPIs). A duração dos sintomas e as radiografias prévias devem ser avaliadas. Sobre o tema, analise as afirmativas a seguir.

- I. A linfangioleiomiomatose (esporádica ou associada à esclerose tuberosa) ocorre em homens e em mulheres, apenas em idade fértil.
- II. As DPIs associadas às doenças do tecido conjuntivo predominam em homens, enquanto a Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) predomina no sexo feminino.
- III. As FPIs são raras abaixo de 50 anos e a sarcoidose incide em qualquer idade, não apenas em jovens.
- IV. Devido à exposição ocupacional, os homens têm maior risco para o desenvolvimento de pneumoconioses.

Estão corretas apenas as afirmativas

- a) I e II.
- b) I e IV.
- c) II e III.
- d) III e IV.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A linfangioleiomiomatose (esporádica ou associada à esclerose tuberosa) está incluída no grupo Miscelânea das Doenças Pulmonares Difusas, e ocorre exclusivamente em mulheres, em geral, em idade fértil.

Fonte: Diretrizes de Doenças pulmonares intersticiais. J Bras Pneumol. v. 38. (Supl 2 – 2012).

52) Muitas vezes, a Doença Pulmonar Intersticial (DPI) é evidenciada por achados anormais na radiografia simples de tórax. Alguns padrões radiológicos relacionados às DPIs são de maiores importância. De acordo com o exposto, assinale a correlação correta.

- a) Na pneumonia intersticial não específica, faveolamento é comum com predominância em regiões subpleurais e posteriores dos lobos inferiores.
- b) Na *Linfangioleiomiomatose*, maioria de cistos de paredes finas, usualmente irregulares, distribuição difusa, com ângulos costofrênicos preservados.
- c) Na sarcoidose com fibrose, podemos encontrar espessamento intersticial *peribroncovascular* liso ou nodular, com predominância para-hilar das anormalidades nos lobos superiores.
- d) Na fibrose pulmonar idiopática (padrão pneumonia intersticial usual), opacidades em vidro fosco são comuns, usualmente em áreas de fibrose, e em maior extensão que as áreas compatíveis com fibrose.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Os padrões radiológicos encontrados na fibrose pulmonar idiopática são opacidades em vidro fosco são raras, usualmente em áreas de fibrose, e em menor extensão que as áreas compatíveis com fibrose. Na pneumonia intersticial não específica o faveolamento é incomum ou leve, com predominância basal e periférica nos campos pulmonares inferiores e com as regiões subpleurais e posteriores dos lobos inferiores relativamente preservadas. Linfangioleiomiomatose é caracterizada por cistos de paredes finas, usualmente redondos e regulares, com distribuição difusa e ângulos costofrênicos envolvidos.

Fonte: Diretrizes de Doenças pulmonares intersticiais. J Bras Pneumol. v. 38. (Supl 2 – 2012).

53) A investigação diagnóstica das vasculites pulmonares inclui, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) Na granulomatose de *Wegener* são achados usualmente presentes no hemograma, a leucocitose e plaquetose.
- b) A arteriografia brônquica deverá ser solicitada somente na suspeita de aneurismas da árvore pulmonar (como na Síndrome de *Behçet*).
- c) A angiotomografia de tórax deve ser solicitada após suspeita diagnóstica, para estudo da árvore vascular pulmonar e para melhor caracterização do parênquima pulmonar.
- d) O exame de anticorpo anticitoplasma de neutrófilos deverá ser sempre solicitado, pois se positivo, contribuirá para o diagnóstico de vasculite (especialmente granulomatose de *Wegener*, Síndrome de *Churg-Strauss*)

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A arteriografia brônquica deve ser solicitada nos casos de hemoptise recidivante em que se opte por embolização de ramos das artérias brônquicas responsáveis pelo sangramento. No caso de suspeita de aneurisma da árvore pulmonar deve ser solicitada uma angiografia pulmonar.

Fonte: Vasculites. J Bras Pneumol. v. 31. (Supl 1 – Jul. 2005).

54) As vasculites pulmonares, normalmente se encontram acompanhadas de sintomas e sinais sistêmicos. Sobre a investigação desse acometimento sistêmico, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () Na suspeita de neuropatia periférica, comum nas vasculites sistêmicas, principalmente na síndrome de *Churg-Strauss*, deve-se solicitar uma eletroneuromiografia que, se alterada, indicará a necessidade de uma biópsia do nervo correspondente.
- () Especialmente na granulomatose de *Wegener*, deve-se solicitar radiograma e/ou tomografia computadorizada dos seios da face para verificação do grau de acometimento desses.
- () Na avaliação o sistema respiratório, no caso de lesões nodulares e/ou massas escavadas evidenciadas pela tomografia computadorizada de tórax, deve ser sempre solicitada biópsia transbrônquica.
- () Na suspeita de acometimento cutâneo, deve ser sempre solicitada a avaliação de um dermatologista para análise da lesão, que geralmente predomina nas extremidades, especialmente dos membros inferiores.

- a) V – V – V – V
- b) V – F – V – F
- c) V – V – F – V
- d) F – F – F – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A biópsia transbrônquica deve ser evitada na suspeita de vasculites pelo risco de sangramento. Nos casos em que houver lesões do parênquima pulmonar, deverá ser solicitada biópsia pulmonar a céu aberto para obtenção do tecido pulmonar acometido.

Fonte: **Vasculites**. J Bras Pneumol. v. 31. (Supl 1 – Jul. 2005).

55) A granulomatose de *Wegener* é uma doença sistêmica caracterizada por vasculite necrosante granulomatosa, com acometimento preferencial das vias aéreas superiores e inferiores, pulmões, além de glomerulonefrite e graus variados de vasculite sistêmica. Assinale a alternativa **incorreta** a respeito da granulomatose de *Wegener*.

- a) Otite média e otalgia são manifestações bastante frequentes, assim como perda da audição.
- b) A estenose subglótica é a manifestação mais comum, sendo frequentemente necessárias dilatações.
- c) O envolvimento neurológico é bastante raro na apresentação da doença, sendo a manifestação mais comum a neuropatia periférica, sendo mais frequentes mononeurite multiplex e polineuropatia distal simétrica sensitivo-motora.
- d) Os critérios diagnósticos da síndrome de *Behçet*, outra vasculite pulmonar, são muito semelhantes com os utilizados para a granulomatose de *Wegener*, sendo necessário testes de imunofluorescência para diferenciação dos padrões de anticorpos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Os critérios diagnósticos para a Síndrome de *Behçet* são bem diferentes dos utilizados para a Granulomatose de *Wegener*, eles incluem: afta oral recorrente (três vezes em um ano), afta genital recorrente, uveíte anterior e/ou posterior, lesões de pele e um teste de patergismo positivo, trombose está quase sempre presente. Enquanto os critérios diagnósticos para Granulomatose de *Wegener* são: inflamação nasal ou oral, nódulos infiltrados fixos, ou cavitações na radiografia simples de tórax, hematúria microscópica, inflamação granulomatosa na biópsia. Não sendo necessário imunofluorescência para o diagnóstico diferencial entre as vasculites pulmonares.

Fonte: **Vasculites**. J Bras Pneumol. v. 31. (Supl 1 – Jul. 2005).

56) Acerca dos critérios para a definição de Pneumonia Adquirida na Comunidade Grave e indicação de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), assinale a alternativa correta.

- a) Presença de infiltrados multilobulares não constitui critério de gravidade.
- b) Hipotensão Arterial (HA) é um critério maior e indica a necessidade de internação em UTI.
- c) A presença de apenas um critério maior de gravidade indica a necessidade de internação em UTI.
- d) Todo paciente com relação PaO₂/FIO₂, menor que 250, tem indicação direta para internação em UTI.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

São critérios menores de gravidade da PAC: hipotensão arterial, presença de infiltrados multilobulares e relação PaO₂/FIO₂ menor que 250. São necessários dois critérios menores para indicar a necessidade de tratamento da PAC em UTI. São critérios maiores: choque séptico necessitando de vasopressores e insuficiência respiratória aguda com indicação de ventilação mecânica. É necessário apenas um critério maior para indicar a necessidade de tratamento da PAC em UTI.

Fonte: **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para a pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes – 2009**. J Bras Pneumol - Volume 35 - Número 6 – 2009.

57) A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) mantém-se como a doença infecciosa aguda de maior impacto médico-social quanto à morbidade e aos custos relacionados ao tratamento. Sobre o diagnóstico radiológico da PAC, analise as afirmativas a seguir.

- I. Metade dos casos diagnosticados como PAC inexistem em nosso meio. A maior dificuldade diagnóstica reside na interpretação da radiografia por não especialistas.
- II. A classificação em padrões radiológicos (lobar, broncopneumônico e intersticial) é de utilidade quanto à predição do agente causal, sendo possível através dela a distinção de grupos de agentes (bacterianos e não bacterianos).
- III. No caso de derrame pleural com altura superior a 5cm, ou no caso de derrame loculado, deve-se considerar a realização de toracocentese para excluir o diagnóstico de empiema ou de derrame parapneumônico complicado.
- IV. A presença de cavidade sugere etiologia por anaeróbios, *Staphylococcus aureus* e eventualmente bacilos gram-negativos. A tuberculose deve ser sempre pesquisada nesses casos.

Estão corretas apenas as afirmativas

- a) II e III.
- b) II e IV.
- c) I, II e IV.
- d) I, III e IV.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Agentes específicos podem causar manifestações variadas e essas podem se modificar ou se intensificar no curso da doença, sendo frequentemente influenciadas também pela condição imunológica. Devido a isso, a classificação em padrões radiológicos (lobar, broncopneumônico e intersticial) é de utilidade limitada quanto à predição do agente causal, não sendo possível através dela a distinção de grupos de agentes (bacterianos e não bacterianos). O padrão radiológico não pode ser usado para prever o agente causal, ou mesmo separar grupos de agentes.

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para a pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes – 2009. J Bras Pneumol - Volume 35 - Número 6 – 2009.

58) Diversos métodos são utilizados na busca do diagnóstico etiológico da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). A respeito da investigação etiológica, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) A coleta de secreções através da broncoscopia acarreta menores riscos aos pacientes em comparação com a aspiração transtraqueal e com a punção pulmonar.
- b) No exame de escarro consideram-se válidas para cultura amostras com menos de 10 células epiteliais e mais de 25 células polimorfonucleares por campo de pequeno aumento.
- c) A hemocultura é indicada rotineiramente, mas sua principal utilidade é nos casos de pacientes internados não respondedores à terapêutica instituída, resultando normalmente em mudança de conduta.
- d) O aspirado traqueal e o lavado broncoalveolar não devem ser rotineiramente indicados, mas são úteis em pacientes que necessitam de admissão em UTI e nos que não respondem ao tratamento empírico.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A hemocultura deve ser reservada para a PAC grave e nos casos de pacientes internados não respondedores à terapêutica instituída, pois normalmente apresenta baixo rendimento. Resultados falso-positivos são comuns, especialmente se houver uso prévio de antibióticos, e raramente resultam em mudança de conduta.

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para a pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes – 2009. J Bras Pneumol - Volume 35 - Número 6 – 2009.

59) Os derrames pleurais são sistematicamente classificados como transudatos ou exsudatos, de acordo com a sua composição bioquímica. Assinale a alternativa correta a respeito das características dos derrames pleurais.

- a) Nos derrames neoplásicos, pós-trauma ou por embolia pulmonar, a contagem de eritrócitos geralmente é inferior a 100.000/mm³.
- b) A observação de um derrame pleural quiloso sugere a presença de linfoma, carcinoma ou etiologia traumática. Nesse contexto, não é comum o trauma iatrogênico em cirurgias.
- c) Quando o fluido pleural é turvo, leitoso e/ou sanguinolento, a amostra deve ser centrifugada a fim de se examinar o sobrenadante. Caso a turbidez persista após a centrifugação, torna-se evidente o diagnóstico de empiema.
- d) Os derrames hemorrágicos são geralmente secundários a acidentes de punção, traumas torácicos, neoplasia, embolia pulmonar, ruptura de aneurisma de aorta, pancreatite e, menos frequentemente, tuberculose. Ressalta-se que os transudatos podem ser discretamente hemorrágicos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Quando o fluido pleural é turvo, leitoso e/ou sanguinolento, a amostra deve ser centrifugada a fim de se examinar o sobrenadante. Se a turbidez diminuir com a centrifugação, usualmente é porque estava associada com número aumentado de células ou debris. Este fato torna-se evidente quando se consideram os empiemas. Nestes casos, após a centrifugação, o sobrenadante do líquido pleural clareia, diminuindo o aspecto turvo observado durante a punção. Caso a turbidez persista após a centrifugação, o diagnóstico a ser considerado é quilotórax e/ou pseudoquilotórax.

Fonte: **Diretrizes na abordagem diagnóstica e terapêutica das doenças pleurais.** J Bras Pneumol. v. 32 (Suplemento 2). 2006.

60) A conduta no pneumotórax varia de acordo com três aspectos: etiologia, magnitude e condições clínicas do paciente. De acordo com a modalidade de tratamento sugerida, assinale a alternativa correta.

- a) Paciente instável e com pneumotórax de 2cm deve ser tratado da mesma maneira que o paciente com pneumotórax grande.
- b) Paciente com oxigenação e sinais vitais mantidos, mas que apresente pneumotórax de 5cm, deve ser hospitalizado por pelo menos seis horas e deve ser realizado algum procedimento invasivo para reexpansão do parênquima pulmonar colapsado.
- c) A administração de oxigênio em altas doses (10 litros/min) é uma conduta prática que sempre deve ser adotada nos pacientes com pneumotórax, pois aumenta a velocidade de absorção do pneumotórax, diminuindo o tempo de internação.
- d) Paciente estável com pneumotórax de 4cm deve ser mantido no setor de emergência, com o uso de analgésicos e repouso relativo, e após quatro a seis horas deve ser reavaliado. Se estável, pode ser dispensado, com orientação para retornar imediatamente a qualquer mudança dos sintomas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

É considerado pneumotórax pequeno, aqueles menores que 3cm; nesse caso a conduta inicial é sempre conservadora, com uso de analgésicos e repouso relativo. O paciente deve ser mantido no setor de emergência, e após 4 a 6 horas deve ser reavaliado. Se estável, pode ser dispensado, com orientação para retornar imediatamente a qualquer mudança dos sintomas. A administração de oxigênio em altas doses (10 litros/min) aumenta a velocidade de absorção do pneumotórax, no entanto, não é uma conduta prática, pois implica em repouso absoluto e internação prolongada. Paciente com pneumotórax grande, maior do que 3cm, mesmo se clinicamente estável, deve ser hospitalizado por pelo menos 24 horas. No caso de pacientes instáveis, apesar de pneumotórax pequeno, menor do que 3cm, a conduta é a mesma que no pneumotórax grande, com urgência para a descompressão imediata e reversão da instabilidade clínica.

Fonte: **Diretrizes na abordagem diagnóstica e terapêutica das doenças pleurais.** J Bras Pneumol. v. 32 (Suplemento 2). 2006.