

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA  
1ª AVALIAÇÃO – 1º SEMESTRE DE 2025  
21 de maio de 2025

NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

TURMA: \_\_\_\_\_

CASO CLÍNICO (QUESTÕES 1 e 2): Paciente de 69 anos, feminino, vem ao consultório com quadro de tosse seca e dispneia com evolução há 6 anos, pior nestes últimos 6 meses. Refere que tem HAS em uso de Losartana 50mg 2X ao dia, não tem outras comorbidades. Ao exame físico: PA 120/80mmHg, FC 80, FR 27, SaO<sub>2</sub> 90%, MV com estertores em velcro bibasais, presença de baqueteamento digital.

- 1) 1. Com relação ao caso, o diagnóstico de doença pulmonar intersticial fibrótica (DPIf) foi cogitado. Desta forma, assinale a alternativa CORRETA:
  - a) Dentre as doenças que estão entre as DPIf mais frequentes são: DPOC, pneumoconiose e pneumonite por hipersensibilidade;
  - b) A investigação de exposições orgânicas e inorgânicas só deve ser feita em casos suspeitos de pneumoconioses;
  - c) **Os pacientes idosos em que toda investigação de DPI não resultou em nada, o diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática pode ser uma alternativa; X**
  - d) Dentre as doenças reumatológicas que mais fazem DPIf estão: lúpus e espondilite anquilosante;
  - e) A ausculta de estertores em velcro determina comprometimento de via aéreas intermediárias, também presentes na asma.
  
- 2) Esta paciente realizou exames complementares que confirmaram o diagnóstico de DPIf. Desta forma, assinale a CORRETA:
  - a) Os achados sugestivos de fibrose na tomografia são: consolidação e espessamento brônquico;
  - b) **O achado característico da função pulmonar nestes pacientes é o de distúrbio restritivo; X**
  - c) As provas reumatológicas devem ser solicitadas apenas em casos de exceção, uma vez que não ajudam no diagnóstico diferencial;
  - d) O exame padrão ouro para o diagnóstico das DPIf é a ressonância magnética de pulmão;
  - e) A presença de enfisema na tomografia de tórax determina presença de fibrose.
  
- 3) CASO CLÍNICO: Paciente do sexo masculino, 45 anos, pedreiro, apresenta febre vespertina há 2 meses, associado a dispneia aos grandes esforços. Refere tosse crônica há 2 meses. Não tem nenhuma comorbidade. Tabagista 15 maços/ano. Ao exame físico, apresenta PA 130/70mmHg, FC 70, FR 18, SaO<sub>2</sub> 97%, com ausculta com MV abolido em base D, macicez à percussão. Restante da ausculta normal. Com relação ao caso, assinale a alternativa CORRETA:
  - a) Trata-se provavelmente de derrame pleural parapneumônico. Drenagem de emergência deve ser indicada;
  - b) A punção diagnóstica só deve ser realizada se o derrame pleural for muito volumoso;

- c) O achado de transudato determina a drenagem cirúrgica imediata;
  - d) Em pacientes com empiema, a característica esperada do líquido é transudato, com pH elevado, glicose alta, baixa celularidade com predomínio de linfócitos;
  - e) A característica do derrame associado a tuberculose é de exsudato, com predomínio linfocítico. X**
- 4) Sobre os derrames pleurais, assinale V para verdadeiro e F para falso:
- (F) Líquido pleural com proteína pleural e LDH pleural elevados é sugestivo de transudato.
  - (V) O diagnóstico de empiema pleural determina drenagem torácica.
  - (F) Fazem parte dos critérios e Light os níveis de ADA e pH pleural.
  - (V) O líquido pleural na tuberculose é caracterizado por ser linfocítico e com ADA elevado.
  - (V) Nos derrames parapneumônicos não complicados, onde não se configura empiema, tratamento apenas com antibióticos sistêmicos, sem necessidade de drenagem, pode ser uma alternativa terapêutica.
- a) V-V-V-F-F;
  - b) F-V-F-V-V; X**
  - c) F-F-V-V-V;
  - d) F-V-F-F-V;
  - e) V-V-F-V-F.

CASO CLÍNICO (QUESTÕES 5, 6 e 7): Mulher de 23, asmática desde a infância, ficou 8 anos assintomática, mudou há 6 meses para um apartamento com muita umidade e pouco acesso ao sol, desde então vem tendo sintomas de coriza aquosa diária, espirros frequentes, acordares noturnos cerca de 2 vezes por semana com aperto no peito e chio no peito quando faz esforços, como andar mais rápido, e por isso deixou de fazer atividade física, a qual fazia regularmente. Apresenta crises de enxaqueca frequentes e devido a isso está em uso Propranolol 40mg ao dia há 2 meses para reduzir a frequência de crises. Quando questionada sobre tabagismo, refere não fumar cigarros comuns, mas eventualmente usa cigarro eletrônico nos finais de semana. Está em uso há 3 meses apenas de ICS (corticoide inalatório) em dose baixa diariamente e SABA (beta 2 agonista de curta ação) se necessário, o qual vem usando 2 a 3 vezes ao dia. Ainda não fez espirometria pois aguarda uma vaga para realizar o exame pelo SUS. Seu ACT pontua 11.

- 5) Qual a melhor conduta?
- a) Aumentar dose de ICS para dose alta;
  - b) Associar anticolinérgico de longa ação;
  - c) Associar corticoide oral em dose baixa;
  - d) Associar LABA (beta 2 agonista de longa ação) ao ICS; X**
  - e) Aumentar SABA para 4 doses fixas diárias.
- 6) Esta paciente veio à consulta queixando-se de odinofagia e irritação na garganta, e ao exame físico notou-se pequenas placas brancas em palato e faringe. Assinale a alternativa correta:
- a) A presença de Doença do Refluxo Gastroesofágico deve ser a primeira hipótese, visto ser uma comorbidade comum nos asmáticos;
  - b) A presença de aftas recorrentes está relacionada ao uso da associação LABA+ICS com muita frequência;

- c) **A orientação de lavar a boca após o uso do corticoide inalado pode solucionar o problema; X**
- d) Provavelmente a paciente está com candidíase oral pelo uso do SABA;
- e) Ocorre praticamente em todos os pacientes que usam corticoide inalado e se relaciona à imunossupressão sistêmica causada pelo uso do mesmo.
- 7) Assinale a alternativa abaixo que NÃO se relaciona ao descontrole da asma nesta paciente:
- a) Tabagismo ocasional de cigarro eletrônico;
- b) Domicílio com muita umidade;
- c) **Não estar fazendo atividade física, principalmente natação; X**
- d) Uso regular Propranolol;
- e) A presença de rinite que não está sendo tratada.
- 8) Sobre Asma Grave, assinale a alternativa CORRETA:
- a) Alta prevalência, chegando a 30% de todos os casos de asma;
- b) Pacientes com asma grave geralmente são muito sintomáticos, porém pouco exacerbadores;
- c) **A fenotipagem, definindo qual a via inflamatória da asma, se torna necessária quando se propõe usar imunobiológicos em asmáticos graves; X**
- d) O corticóide sistêmico deve ser associado ao tratamento padrão (ICS+LABA), por ser terapêutica eficaz e segura neste perfil de pacientes;
- e) A asma grave atinge praticamente só pacientes que começaram a doença na infância, pois o tempo de evolução da doença tem uma boa correlação com a gravidade.

CASO CLÍNICO (QUESTÕES 9 e 10): Mulher de 52 anos, começou a fumar aos 16 anos, fuma 30 cigarros ao dia, já tentou parar 2 3 vezes sem ajuda e falhou, fuma mais pela manhã, acorda e fuma o primeiro cigarro imediatamente ao acordar, sente mais satisfação com primeiro cigarro da manhã. Precisou fazer colecistectomia o ano passado e ficou 3 dias internada, neste período fumava no banheiro do quarto do hospital. Procura sua ajuda para o abandono do tabagismo.

- 9) Qual o Fagerström desta paciente?
- a) 3;
- b) **9; X**
- c) 2;
- d) 5;
- e) 6.
- 10) Caso a opção pelo tratamento fosse associar medicações à abordagem cognitivo-comportamental para esta paciente, no cenário atual no nosso país, qual pergunta seria mais relevante para uma melhor escolha?
- a) Você já fez cirurgia cardíaca?;
- b) Você tem asma?;
- c) **Você já teve crises convulsivas?; X**
- d) Você usa betabloqueadores?;
- e) Com o que você trabalha?.

- 11) CASO CLÍNICO: Um paciente tabagista de longa data, 56 anos, lhe procura devido a uma tomografia recente com o surgimento de uma massa pulmonar no lobo inferior do pulmão direito. Suas queixas são de 3 meses de evolução com tosse e hemoptoicos, perda de peso de 2 Kg, fraqueza e dispneia aos grandes esforços. Ao exame físico, havia baqueteamento digital, linfonodomegalia supraclavicular endurecida a direita, estertores finos na base pulmonar direita e abdome difusamente distendido. Qual dado clínico observado por você, sugere inoperabilidade para esta homem?

**LINFONODOMEGALIA SUPRACLAVICULAR ENDURECIDA A DIREITA**

- 12) CASO CLÍNICO: Uma senhora de 64 anos, tabagista de 50 anos-maço, interna com você com uma massa pulmonar de 60 mm x 40 mm no lobo superior esquerdo. A sua apresentação clínica foi tosse e dores em pernas difusamente, além do aparecimento de alterações digitais que você caracterizou como baqueteamento digital. A radiografia das pernas evidenciou espessamento do perióstio das tíbias e desta forma, confirmou uma síndrome paraneoplásica denominada osteoartropatia hipertrófica. Uma tomografia de tórax mostrou a massa pulmonar, sem invasão mediastinal, pleural ou da parede torácica. Qual a influência na sua decisão do tratamento da presença desta síndrome paraneoplásica, neste paciente?

**A PRESENÇA DESTA SÍNDROME PARANEOPLÁSICA NÃO INFLUENCIA SOBRE A DECISÃO DO TRATAMENTO NESTA PACIENTE**

- 13) CASO CLÍNICO: Você está no pronto-socorro e atende um paciente com dispneia aguda e suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP). Aparece uma dúvida para você, que é pedir ou não a dosagem sérica de D-dímero. Numa suspeita de TEP, quando eu devo realmente pedir este exame?

**EU DEVO PEDIR O EXAME D-DIMERO NA INVESTIGAÇÃO DE PACIENTES SEM ALTO RISCO E BAIXA/MODERADA PROBABILIDADE CLÍNICA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (IMPROVÁVEL)**

- 14) CASO CLÍNICO: Você acaba de assumir o plantão do pronto-atendimento do seu Hospital e o primeiro paciente é um senhor de 56 anos com queixa de dispneia de repouso com início há 6 horas. Percebeu um leve aumento do volume do membro inferior direito. O quadro se iniciou logo após desembarcar de uma viagem com a família, quando retornou de avião de Roma-Itália. Ele está taquipneico e agitado. Não tem febre e nega tosse e chiado no peito. Nega doença pulmonar prévia. A sua frequência cardíaca está alta (132 bpm) e está com hipoxemia (oximetria com SpO2 91%). A sua principal hipótese diagnóstica é tromboembolismo pulmonar. Você se questiona a indicação de usar trombolítico, que pode ser feito de imediato

no pronto-socorro. Qual dado clínico-laboratorial é fundamental para esta indicação?

**INSTABILIDADE HEMODINÂMICA CARACTERIZADA POR PRESSÃO SISTÓLICA INFERIOR A 90 MMHG OU QUEDA  $\geq$  40 MMHG POR > 15 MINUTOS, SEM OUTRA CAUSA PARA TAL ALTERAÇÃO**

- 15) CASO CLÍNICO: Uma paciente de 42 anos foi encaminhada para você porque fez um ecocardiograma que demonstrou pressão sistólica da artéria pulmonar de 56 mmHg (velocidade de regurgitação da tricúspide de 3,8 ms) com o laudo de alta probabilidade de hipertensão pulmonar. Você fica preocupado com hipertensão arterial pulmonar (HAP) (grupo 1), pois ela não tem doença cardíaca, doença pulmonar e história prévia de tromboembolismo pulmonar (CTEPH). Cite 5 (cinco) situações clínicas associadas a HAP que você deve investigar por avaliação clínica e exames laboratoriais?

**IDIOPÁTICA, HEREDITÁRIA (FAMILIAR), COLAGENOSE, CARDIOPATIA CONGÊNITA (SÍNDROME DE EISENMENGER), INFECÇÃO PELO HIV, HIPERTENSÃO PORTAL E ESQUISTOSSOMOSE**

- 16) CASO CLÍNICO: Você está de plantão da Clínica Médica e a equipe de Ginecologia te chama para opinar sobre uma gestante (gestação de 36 semanas) que internou há 2 dias devido a uma pielonefrite aguda com sepse. Está febril durante todo o internamento. Tem dispnéia lentamente progressiva no decorrer de sua gravidez. Eles pediram um ecocardiograma e este evidenciou hipertensão pulmonar (pressão sistólica de 48 mmHg com velocidade de regurgitação de 3,0 ms). Quais considerações clínicas você faria sobre este quadro e este exame?

**NÃO SE PODE FAZER O DIAGNOSTICO DE HIPERTENSÃO PULMONAR NESTE MOMENTO, POIS A PACIENTE APRESENTA CONDIÇÕES CLÍNICAS DE HIPERVOLEMIA E ESTADO HIPERDINÂMICO (AUMENTO DO DÉBITO CARDÍACO) PELA GRAVIDEZ, INFECÇÃO AGUDA RENAL E FEBRE. NOVO ECOCARDIOGRMA DEVE SER SOLICITADO APÓS ESTAS SITUAÇÕES RESOLVIDAS**

- 17) CASO CLÍNICO: Um juiz de direito, 56 anos de idade, iniciou com fraqueza muscular rapidamente progressiva. Procurou atendimento médico, sendo diagnosticado ELA (esclerose lateral amiotrófica), uma doença neurodegenerativa. Após 3 anos do diagnóstico, emagrecido e com intensa perda muscular e restrito ao leito, iniciou com queixa de dispnéia de repouso. Não há outros sintomas pulmonares, nunca fumou e nega doença pulmonar prévia. Fez uma radiografia de tórax normal há umas 2 semanas. Ao consultar com você, você observa taquipneia, porém com volume corrente muito baixo. SpO<sub>2</sub> 91%. Você faz um diagnóstico presuntivo de insuficiência respiratória e solicita uma

gasometria arterial. Quais os parâmetros mais prováveis nestes paciente, onde  $P(A-a)O_2$  é o gradiente alvéolo-arterial e neste caso é normal  $< 15$  mmHg?  
(Fale sobre o pH, PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub> e  $P(A-a) O_2$ )

**pH  $< 7,35$  (ACIDOSE), PaO<sub>2</sub>  $< 60$  mmHg (HIPOXEMIA), PaCO<sub>2</sub>  $> 45$  ou  $50$  mmHg (HIPERCAPNIA) e  $P(A-a)O_2 < 15$  mmHg (NORMAL). PADRÃO DE HIPOVENTILAÇÃO ALVEOLAR**

- 18) CASO CLÍNICO: Paciente de 36 anos vem no pronto-socorro com queixa de dispneia intensa ao repouso e instalação súbita há 12 horas. Não há outras queixas relevantes. Ao exame físico dirigido está taquipneico polipneico ( $f=36$  mrpm), normotenso (120/80 mmHg), afebril e frequência cardíaca de 76 bpm. A saturação de oxigênio está em 84%. Você está diante de um quadro de insuficiência respiratória aguda, porém um dado clínico acima não é compatível com este diagnóstico e deverá ser estudado durante a avaliação inicial. Qual é este dado e as possibilidades clínicas disto estar ocorrendo?

**DADO CLÍNICO NÃO COMPATÍVEL COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA: FREQUÊNCIA CARDÍACA NORMAL. POSSIBILIDADES CLÍNICAS; A INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA É CRÔNICA, USO DE BETA-BLOQUEADORES E EVENTO CARDÍACO AGUDO (ARRITMIA CARÍACA E/OU ISQUEMIA CARDÍACA)**

- 19) Em um paciente em insuficiência respiratória aguda, diferencia apenas com o quadro clínico um paciente com HIPOXEMIA daquele com HIPERCAPNIA.

**HIPOXEMIA: AGITAÇÃO PSICOMOTORA, DISPNEIA COM TAQUIPNEIA POLIPNEICA, TAQUICARDIA, AUSCULTA PULMONAR ALTERADA, CIANOSE**

**HIPECAPNIA: SONOLÊNCIA A COMA, RITMOS RESPIRATÓRIOS IRREGULARES (BRADIPNEIA, APNEIA, BIOT), FREQUÊNCIA CARDÍACA VARIÁVEL, RUBOR FACIAL, CEFALIA, LETARGIA**

- 20) Explique por que num quadro de insuficiência respiratória aguda que pode ser grave, você pode ter uma discrepância na oximetria de pulso, obtida com aparelhos portáteis? Este fato pode induzir um médico a uma interpretação equivocada do quadro clínico de um paciente com dispneia aguda.

**QUADROS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA CURSAM COM TAQUIPNEIA E CONSEQUENTE HIPOCAPNIA E ALCALEMIA. ESTADOS ALCALÓTICOS ALTERAM A CURVA DE DISSOCIAÇÃO DE HEMOGLOBINA E O OXIGÊNIO, REDUZINDO A SUA LIBERAÇÃO PERIFÉRICA, COM CONSEQUENTE ELEVAÇÃO DA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO PELA HEMOGLOBINA E DESTA FORMA, A OXIMETRIA PODE MOSTRAR SATURAÇÕES ELEVADAS NÃO CONDIZENTES COM A GRAVIDADE DO CASO**