

F21

RESIDÊNCIA MÉDICA

Áreas de Atuações

Transplante de Pulmão

Pneumologia



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 01/2024

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F21**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

**Declaração**

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)	
<p>AA – Ar ambiente                      AU – Altura Uterina                      AAS – Ácido Acetilsalicílico                      BCF – Batimentos Cardíacos Fetais                      BEG – Bom Estado Geral                      bpm – Batimentos por Minuto                      BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas                      Cr – Creatinina                      DU – Dinâmica Uterina                      DUM – Data da Última Menstruação                      FA – Fosfatase Alcalina                      FC – Frequência Cardíaca                      FR – Frequência Respiratória                      GGT - Gamaglutamiltransferase                      Hb – Hemoglobina                      Ht – Hematócrito                      HPMA – História Progressiva da Moléstia Atual                      IC<sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%                      IMC – Índice de Massa Corpórea                      ipm – Incursões por Minuto                      IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal                      IST – Infecção Sexualmente Transmissível                      mmHg – Milímetros de Mercúrio                      MMII – Membros Inferiores                      MV – Murmúrios Vesiculares                      P – Pulso                      PA – Pressão Arterial                      pCO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de CO<sub>2</sub>                      PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva                      pO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de O<sub>2</sub>                      POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>                      PS – Pronto-Socorro                      PSA – Antígeno Prostático Específico                      REG – Regular Estado Geral                      RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol)                      RN – Recém-nascido                      Sat. – Saturação                      Temp. – Temperatura axilar                      TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Aminotransferase                      TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Aminotransferase                      TPO – Tireoperoxidase                      TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH                      TSH – Hormônio tireo-estimulante                      TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral                      U – Ureia                      UBS – Unidade Básica de Saúde                      USG – Ultrassonografia                      UTI – Unidade de Terapia Intensiva                      VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p><b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>                      Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL                      Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL                      Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL                      Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL                      Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L                      Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL                      Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina                      Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L                      Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL                      mulheres = 10 a 291 ng/mL                      Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL                      mulheres = 60 a 180 µg/dL                      Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L                      Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dL                      LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL                      HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL                      Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL                      Glicemia em jejum = 70 a 99 mg/dL                      Lactato = 5 a 15 mg/dL                      Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL                      Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L                      Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL                      PSA = menor que 4 ng/mL                      Sódio = 135 a 145 mEq/L                      TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL                      Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L                      Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular)                      Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)                      Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)                      Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante)                      Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL                      Amilase = 28 a 100 U/L                      Lipase = inferior a 60 U/L                      Ureia = 10 a 50 mg/dL                      GGT: homens: 12 a 73 U/L                      mulheres = 8 a 41 U/L                      Fosfatase Alcalina: homens = 5,5 a 22,9 U/L                      mulheres pré-menopausa = 4,9 a 26,6 U/L                      mulheres pós-menopausa = 5,2 a 24,4 U/L                      Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)                      até 10 ng/mL (fumantes)                      Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm</p>	
<p><b>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS</b>                      Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL                      2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL                      6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL                      2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL                      6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	<p><b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>                      Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL                      Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1%                      Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL                      Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg                      Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL                      Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW) = 10 a 16%                      Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>                      Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm<sup>3</sup>                      Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm<sup>3</sup>                      Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm<sup>3</sup>                      Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm<sup>3</sup>                      Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup> ou µL                      Reticulócitos = 0,5 a 2,0%                      Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%                      Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2                      Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>	
<p><b>Doppler de artéria:</b>                      Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 0,5 a 0,99                      Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 1,35 a 2,43</p>	<p><b>Gasometria Arterial:</b>                      pH = 7,35 a 7,45                      pO<sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg                      pCO<sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg                      Base Excess (BE) = -2 a 2                      HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L                      SpO<sub>2</sub> &gt; 95%</p>	<p><b>Líquor (punção lombar):</b>                      Células = até 4/mm<sup>3</sup>                      Lactato = até 20 mg/dL                      Proteína = até 40 mg/dL                      Líquido pleural ADA = até 40 U/L                      Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL</p>

## 01

São indicações para realização de transplante pulmonar bilateral, obrigatoriamente, todas as situações apresentadas a seguir, EXCETO:

- (A) Hipertensão arterial pulmonar.
- (B) Linfangioleiomiomatose pulmonar.
- (C) Síndrome de Kartagener.
- (D) Mucoviscidose.

## 02

Pode-se indicar transplante pulmonar unilateral ou bilateral, EXCETO para:

- (A) Hemangiomas capilar pulmonar.
- (B) Fibrose pulmonar.
- (C) Microlitíase pulmonar.
- (D) Enfisema pulmonar por deficiência de alfa-1 antitripsina.

## 03

No primeiro ano de transplante pulmonar, são complicações clínicas comuns, EXCETO:

- (A) Disfunção primária do enxerto.
- (B) Síndrome da bronquiólite obliterante.
- (C) Infecção por citomegalovírus.
- (D) Rejeição celular aguda.

## 04

Assinale a alternativa que apresenta a alteração mais comum de disfunção crônica de enxerto.

- (A) Síndrome Restritiva do Enxerto (RAS).
- (B) Bronquiólite Obliterante (BOS).
- (C) Bronquiólite Obliterante com Pneumonia em Organização (BOOP).
- (D) Pneumonia em Organização Fibrinóide Aguda (AFOP).

## 05

A realização de transplante unilateral é uma das formas de otimizar o aproveitamento do pool de doadores e diminuir o tempo de lista dos receptores. Entretanto, nem todos os pacientes que aguardam o transplante pulmonar são candidatos a um transplante unilateral. Nesse sentido, são contra-indicações para o transplante unilateral (em relação ao receptor):

- (A) Pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica com menos de 60 anos de idade.
- (B) Pacientes portadores de doenças restritivas com menos de 60 anos de idade.
- (C) Pacientes com diagnóstico de bronquiectasias não-fibrose cística.
- (D) Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica com menos de 65 anos de idade.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES 06 E 07

Paciente de 59 anos de idade, do sexo masculino, com história de dispneia progressiva aos esforços e tosse seca há 3 anos. Antecedente de tabagismo 10 anos-maço, parou há 20 anos. Nega exposição a mofo ou pássaros. Irmão falecido com quadro clínico semelhante. Nega antecedente de hipertensão arterial, nega diabetes. Presença de refluxo gastroesofágico, melhor com uso de omeprazol e domperidona. Refere estar aguardando liberação do oxigênio domiciliar solicitado pelo médico. TC de tórax de alta resolução com presença de áreas de bronquiolectasia/bronquiectasias de tração, de predomínio basal e periférico, algumas áreas de vidro fosco esparsas. Presença de pequena hérnia inguinal por deslizamento. PFP completa: FVC 52% predito, FEV 1 60% predito, FEV 1/FVC 0,88, CPT 68% predito, DCO 35% predito. ECO: FEVE 0,58, delta D 34%, PSAP 32 mmHg, TAPSE: 18 mm, TC6M 210 m. Ao exame físico: SatO<sub>2</sub>: 90% ar ambiente (repouso) / 78% ar ambiente (após deambular). FC: 88 bpm, PA: 130x80 mmHg, IMC: 28,33 kg/m<sup>2</sup>. MV+ bilateralmente com estertoração grosseira em bases.

## 06

Em relação ao caso descrito, qual a principal hipótese diagnóstica da doença de base?

- (A) Enfisema pulmonar.
- (B) Hipertensão pulmonar idiopática.
- (C) Pneumopatia intersticial fibrosante.
- (D) Histiocitose de células de Langerhans.

## 07

Quais situações clínicas de risco intermediário estão presentes no caso descrito?

- (A) Presença de diabetes mellito e sobrepeso.
- (B) Antecedente de tabagismo e sobrepeso.
- (C) Sobrepeso e doença do refluxo gastroesofágico não tratado.
- (D) Antecedente de tabagismo e de refluxo gastroesofágico.

## 08

São contra-indicações para transplante pulmonar todas as situações apresentadas a seguir, EXCETO:

- (A) Clearance de creatinina de 60 mL/min.
- (B) Ecocardiograma com fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 40%.
- (C) Cateterismo cardíaco com lesão triarterial sem indicação de angioplastia.
- (D) Ultrassonografia abdominal mostrando cirrose hepática avançada.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 09 E 10

Paciente de 22 anos de idade, do sexo masculino, com história de infecções respiratórias de repetição desde a infância. No nascimento, apresentou íleo meconial. Desde os 7 anos de idade com necessidade de internações hospitalares por exacerbação infecciosa pulmonar. Aos 14 anos de idade, começou a ficar irritado, agressivo, parou de usar as medicações para a doença de base e começou a fumar e usar drogas ilícitas. Aos 16 anos, apresentou nova exacerbação infecciosa, com necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva, com uso de ventilação não-invasiva. Pelo histórico, foram colhidas sorologias com anti-HBc, HBsAg, anti-HBe positivos, desde então em uso de lamivudina. Sorologias para HIV e hepatite C negativas. Há 6 meses, nova internação hospitalar com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Recebeu alta hospitalar com prescrição de oxigenioterapia suplementar por 24 horas/dia. Teste de sódio/cloro no suor: acima de 80 meq/L. PFP: FVC: 68% predito FEV 27% predito FEV1/FVC 0,42 CPT 92% predito. VR 230% predito DCO: 51% predito. TC de tórax com presença de bronquiectasias cilíndricas difusas, algumas repletas de secreção, presença de áreas de represamento aéreo. Sem evidência histológica de atividade hepática do vírus da hepatite B. ECO: FEVE: 0,61, delta D: 38% PSAP: 29 mmHg, TC6M: 280 m. Ao exame físico: SatO<sub>2</sub>: 94% com CNO<sub>2</sub> a 2 L/min, IMC: 15,8 kg/m<sup>2</sup>. MV+ bilateralmente, com roncos difusos mobilizáveis com a tosse.

**09**

Em relação ao caso descrito, qual a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Fibrose cística.
- (B) Doença pulmonar obstrutiva crônica tabágica.
- (C) Micobacteriose pulmonar em atividade.
- (D) Síndrome de Kartagener.

**10**

Qual a melhor resposta para contraindicações presentes no caso apresentado?

- (A) Presença de hepatite B tratada e tabagismo.
- (B) Drogadição e baixo peso.
- (C) Tabagismo e antecedente de intubação orotraqueal.
- (D) Antecedente de intubação orotraqueal e baixo peso.

**11**

Assinale a alternativa que apresenta as neoplasias que estão mais frequentes em pacientes transplantados de pulmão.

- (A) Linfoma não-Hodgkin e sarcoma de Kaposi.
- (B) Sarcoma de Kaposi e adenocarcinoma pulmonar.
- (C) Carcinoma basocelular de pele e linfoma não- Hodgkin.
- (D) Adenocarcinoma pulmonar e carcinoma espinocelular pulmonar.

**12**

Devem, obrigatoriamente, receber transplante pulmonar bilateral os seguintes grupos de indicações de transplante:

- (A) Doenças obstrutivas e restritivas.
- (B) Doenças supurativas e vasculares.
- (C) Doenças supurativas e obstrutivas.
- (D) Doenças vasculares e obstrutivas.

**13**

São contraindicações para transplante pulmonar todas as situações apresentadas a seguir, EXCETO:

- (A) Índice de massa corpórea de 35 kg/m<sup>2</sup>.
- (B) Índice de massa corpórea de 18 kg/m<sup>2</sup>.
- (C) Osteoporose sintomática com sinais de fratura de vértebra.
- (D) Diabetes melito com dificuldade de controle glicêmico.

**14**

São tratamentos possíveis para rejeição celular aguda do enxerto, EXCETO:

- (A) Plasmaférese.
- (B) Substituição de azatioprina por micofenolato.
- (C) Pulsoterapia com corticóide endovenoso.
- (D) Substituição de ciclosporina por tacrolimus.

**15**

São tratamentos possíveis para disfunção crônica do enxerto, EXCETO:

- (A) Introdução de bortezomib.
- (B) Introdução de sirolimus.
- (C) Introdução de azitromicina.
- (D) Introdução de everolimus.

**16**

Em pacientes com fibrose cística, são critérios de indicação para inclusão em lista de espera para transplante pulmonar, EXCETO:

- (A) Paciente em uso de elexacaftor, tezacaftor e ivacaftor.
- (B) Paciente com episódios de hemoptise de repetição e necessidade de embolização.
- (C) Paciente com infecção pulmonar por microrganismos multirresistentes.
- (D) Paciente com antecedente de internação em UTI e suporte ventilatório.

## 17

Quando em atividade, é considerada contraindicação para indicação para transplante pulmonar a infecção por

- (A) *Micobacterium kansasii*.
- (B) *Aspergillus fumigatus*.
- (C) *Cryptococcus* sp.
- (D) *Micobacterium tuberculosis*.

### TEXTO PARA AS QUESTÕES 18 E 19

Paciente de 44 anos de idade, do sexo feminino, procedente de Belo Horizonte - MG, com história de dispneia progressiva aos esforços, com início há 3 anos após sua única gestação (1G1PAO). Nega tosse, nega expectoração. Antecedente de tabagismo 15 anos-maço, parou há 3 anos. Há 2 anos, piora da dispneia, episódios de palpitação, dor precordial aos esforços e um episódio de síncope. Passou em consulta com cardiologista. Eco com FEVE: 0,60, DELTA D: 33%, PSAP: 62 mmHg, TAPSE: 16 mm. Encaminhada para pneumologista que iniciou tratamento específico para esta doença. Evoluiu com piora da classe funcional, mesmo com uso de medicações combinadas, no momento CF III da NYHA. Mantém intolerância aos esforços. Em acompanhamento irregular com psiquiatra por síndrome do pânico. Encaminhada para avaliação para transplante pulmonar. Relata não ter condições de se mudar para São Paulo numa eventual inclusão em lista de espera. Marido relata não conseguir acompanhar paciente numa eventual mudança para São Paulo. TC de tórax: tronco da artéria pulmonar 32 cm, sem alterações parenquimatosas significativas. PFP FVC: 88% predito, FEV1: 90% predito, FEV1/FVC: 0,82 TC6m: 320 metros. Ao exame físico, SatO<sub>2</sub>: 93% com CNO<sub>2</sub> a 1L/min. IMC: 20 kg/m<sup>2</sup>. MV+ bilateralmente, s/RA. RCR 2t com hiperfonese de b2. Abdome: flácido, sem ascite. MMII: edema 1+/4+.

## 18

Em relação ao caso apresentado, qual a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Doença pulmonar obstrutiva crônica.
- (B) Hipertensão pulmonar idiopática.
- (C) Pneumopatia intersticial fibrosante.
- (D) Bronquiolite do fumante.

## 19

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta as situações clínicas de risco intermediário para inclusão em lista de espera para transplante pulmonar.

- (A) Antecedente de tabagismo e baixo peso.
- (B) Ausência de cuidador e antecedente de tabagismo.
- (C) Problema psiquiátrico sem acompanhamento e baixo peso.
- (D) Problema psiquiátrico sem acompanhamento e ausência de cuidador.

### TEXTO PARA AS QUESTÕES 20 E 21

Paciente de 28 anos de idade, do sexo feminino, com antecedente de infecções respiratórias desde a infância, com maior frequência de exacerbações nos últimos dois anos com necessidade de internação hospitalar. Desde a última internação, em uso de oxigenioterapia suplementar. Mantém perda ponderal. Episódios esporádicos de diarreia. TC de tórax: presença de bronquiectasias cilíndricas difusas, áreas de impactação mucoide e presença de áreas com padrão de árvore em brotamento. Espirometria: FVC: 71% predito, FEV1: 29% predito, FEV1/FVC: 0,38. Teste sódio e cloro no suor: inconclusivo na primeira amostra, negativo segunda amostra. IgA: 2 mg/dL - demais imunoglobulinas dentro da normalidade. Gasoarterial ar ambiente: pO<sub>2</sub>: 54 mmHg, pCO<sub>2</sub>: 48 mmHg. Cultura de escarro: crescimento de *Mycobacterium kansasii* (duas em três amostras coletadas). Ao exame físico: SatO<sub>2</sub>: 92% aa (repouso), FC: 107 bpm, PA: 110x70, IMC: 16,2 kg/m<sup>2</sup>. MV+ bilateralmente, com roncos difusos, mobilizáveis com a tosse.

## 20

Qual a principal hipótese diagnóstica para o caso apresentado?

- (A) Fibrose cística
- (B) Bronquiectasias por deficiência de IgA.
- (C) Discinesia ciliar sem *situs inversus totalis*.
- (D) Bronquiectasias por imunodeficiência comum variável.

## 21

Assinale a alternativa que apresenta as condições clínicas de risco intermediário para inclusão em lista de espera para transplante pulmonar.

- (A) Infecção por *Micobacterium kansasii* e baixo peso.
- (B) Baixo peso e uso de oxigenioterapia suplementar.
- (C) Baixo peso e diarreia frequente.
- (D) Infecção por *Micobacterium kansasii* e oxigenioterapia suplementar.

## 22

O diagnóstico de rejeição humoral é sugerido quando

- (A) a dosagem de imunoglobulina IGG está acima de 1.800 mg/dL.
- (B) os anticorpos DAS estão presentes no painel imunológico do receptor.
- (C) há infiltrado mononuclear perivascular na biópsia pulmonar.
- (D) há áreas de pneumonia em organização na biópsia pulmonar.

## 23

São possibilidades de tratamento de rejeição humoral, EXCETO:

- (A) Bortezomib.
- (B) Plasmaférese.
- (C) Basiliximab.
- (D) Rituximab.

## 24

Nos primeiros seis meses de transplante pulmonar, deve-se evitar o uso do seguinte imunossupressor:

- (A) Everolimus.
- (B) Timoglobulina.
- (C) Basiliximab.
- (D) Micofenolato sódico.

## 25

São fatores de risco para desenvolvimento de disfunção crônica de enxerto, EXCETO:

- (A) Disfunção primária de enxerto.
- (B) Síndrome do refluxo gastroesofágico.
- (C) Episódios de rejeição celular aguda.
- (D) Infecção prévia por vírus Epstein-Barr (EBV).

## 26

De acordo com a legislação brasileira vigente, a única indicação para priorização em lista de espera para transplante pulmonar é:

- (A) Paciente com intubação orotraqueal e em ventilação mecânica.
- (B) Paciente em uso de Assistência Circulatória Extracorpórea (ECMO).
- (C) Paciente com disfunção severa do enxerto em até 30 dias após transplante.
- (D) Paciente com instabilidade hemodinâmica e necessidade de uso de droga vasoativa.

## 27

São indicações para realização de transplante cardiopulmonar, EXCETO:

- (A) Paciente com cardiopatia congênita e hipertensão pulmonar grave.
- (B) Paciente com miocardiopatia isquêmica passível de angioplastia e hipertensão pulmonar grave.
- (C) Paciente com miocardiopatia isquêmica cirúrgica e hipertensão pulmonar grave.
- (D) Paciente com hipertensão pulmonar grave e disfunção severa de ventrículo direito.

## 28

Em relação ao transplante pulmonar em pacientes com linfangioleiomiomatose, é correto afirmar:

- (A) Paciente precisará suspender o uso de inibidor de mTOR no momento da inclusão em lista.
- (B) Paciente deverá realizar obrigatoriamente transplante pulmonar bilateral.
- (C) Paciente necessitará obrigatoriamente de dieta hipogordurosa no pós-operatório.
- (D) Paciente poderá retornar o uso de inibidor de mTOR após seis meses de transplante.

## 29

Em relação à avaliação multiprofissional para inclusão em lista de espera para transplante pulmonar, assinale a alternativa correta.

- (A) O IMC igual a 28 kg/m<sup>2</sup> é contraindicação absoluta em todas as doenças de base.
- (B) Paciente com condição socioeconômica favorável não necessita de cuidador.
- (C) Paciente com teste de caminhada de seis minutos inferior a 180 m possui elevada mortalidade no perioperatório.
- (D) Paciente com alto grau de escolaridade dispensa necessidade de avaliação social e psicológica do cuidador.

## 30

São consideradas doenças linfoproliferativas associadas aos transplantes (PTLD), EXCETO:

- (A) Linfoma de Hodgkin.
- (B) Linfoma de Burkitt em tonsilas palatinas.
- (C) Linfoma gástrico de células B (MALT).
- (D) Linfoma intestinal de células B (GALT).

## 31

São indicações do uso da Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO) durante o transplante pulmonar, EXCETO:

- (A) Dificuldade técnica.
- (B) Crise de hipertensão pulmonar.
- (C) Hipoxemia refratária.
- (D) Choque hemorrágico para reposição rápida de hemoderivados.

## 32

Configura contraindicações absolutas ao transplante pulmonar, EXCETO:

- (A) Instabilidade clínica aguda.
- (B) Obesidade grau III.
- (C) Má aderência atual ou progressiva.
- (D) Idade maior que 65 anos.

### 33

João, residente do setor de transplante pulmonar, recebe um telefonema às 3h da madrugada com a oferta do seguinte doador: masculino, 18 anos, vítima de TCE, 12 dias de IOT, P/F 310, com radiografia apresentando infiltrado bibasal e com histórico de tabagismo com carga tabágica de 5 anos-maço. Ao avaliar a qualidade dos pulmões do doador para o transplante pulmonar, João estaria correto em afirmar:

- (A) Trata-se de um doador ideal.
- (B) Trata-se de um doador com apenas um critério de doador marginal.
- (C) Trata-se de um doador com dois critérios de doador marginal.
- (D) A presença de tabagismo, independente da carga tabágica, é um critério de doador marginal.

### 34

Em relação ao câncer de pulmão, é correto afirmar:

- (A) A presença de adenocarcinoma EGFR mutado é mais frequente em homens, asiáticos e não tabagistas.
- (B) A segmentectomia anatômica, independentemente do tamanho do tumor, é oncológicamente comparável à lobectomia pulmonar, desde que respeitada a margem de ressecção de 2 cm ou equivalente a duas vezes o tamanho do tumor.
- (C) Pacientes com achado de lesões com atenuação em vidro fosco puro quando menor que dois centímetros não precisam ser acompanhadas em pacientes não tabagistas.
- (D) A linfadenectomia no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão é importante no estadiamento final do paciente e pode ser determinante na definição do tratamento oncológico.

### 35

Em relação aos tratamentos cirúrgicos do enfisema pulmonar, é correto afirmar:

- (A) A cirurgia redutora de volume bilateral é uma opção cirúrgica que aumenta a qualidade de vida do paciente e pode ser utilizada como procedimento ponte para o transplante pulmonar.
- (B) O implante de válvulas endobrônquicas unidirecionais é uma opção terapêutica viável. Um preditor de boa resposta ao tratamento é a presença de fissura pulmonar incompleta.
- (C) O implante de válvulas endobrônquicas é fácil e seguro, sendo pouco frequente o relato de migração dos dispositivos.
- (D) As válvulas endobrônquicas podem ser indicadas para a maioria dos pacientes com enfisema pulmonar sem necessidade de preencher critérios rigorosos de seleção dos pacientes.

### 36

Paciente do sexo feminino em pós-operatório tardio de transplante pulmonar bilateral por DPOC comparece à consulta de retorno de três meses apresentando hiperemia de ferida operatória, dor e calor local. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento deve ser realizado com antibioticoterapia e ajuste de imunossuppressores e o tratamento cirúrgico não é necessário.
- (B) O tratamento deve ser multimodal, incluindo antibioticoterapia guiado por culturas, ajuste de imunossuppressores, retirada cirúrgica de fios de aço e desbridamento cirúrgico.
- (C) A confirmação diagnóstica dispensa biópsia óssea.
- (D) A retirada dos fios de osteossíntese não é necessária.

### 37

O transplante pulmonar corresponde a última linha de terapia para pacientes com doença pulmonar terminal. Entretanto, nem todos os pacientes são candidatos ao transplante pulmonar. Em relação às contraindicações, é correto afirmar:

- (A) A tuberculose ativa é uma contraindicação formal ao transplante pulmonar.
- (B) Qualquer história de neoplasia é considerada contraindicação.
- (C) Pacientes HIV+ não são candidatos ao transplante, independentemente da carga viral e contagem de CD4.
- (D) Pacientes com história de dependência a substâncias químicas, independentemente do tempo de abstenção, não podem receber transplante de pulmão.

### 38

A imunossupressão é parte importante do manejo dos pacientes do transplante pulmonar. Sobre a indução do transplante pulmonar, é correto afirmar:

- (A) Durante a indução e até o término do transplante pulmonar, não deve ser realizado imunossupressor sob risco de choque séptico.
- (B) A imunossupressão de indução de escolha é realizada com hidrocortisona e basiliximab.
- (C) A imunossupressão de indução é realizada somente após o término das anastomoses vasculares antes da reperusão.
- (D) A imunossupressão de indução de escolha é realizada com metilprednisolona e basiliximab.

### 39

Sobre a Disfunção Primária do Enxerto (PGD), é INCORRETO afirmar:

- (A) A PGD é graduada conforme a gasometria e a tomografia de tórax.
- (B) A PGD e a CLAD (disfunção crônica do enxerto) são entidades distintas.
- (C) A PGD corresponde a principal causa de óbito em até 30 dias após o transplante.
- (D) A ECMO pode ser considerada no tratamento de PGD grau 3.

---

### 40

Em relação à captação de órgãos em doadores com tumores de SNC, assinale a alternativa que apresenta o tipo histológico que contraindica o transplante pulmonar.

- (A) Meningioma.
- (B) Hemangioblastoma.
- (C) Meduloblastoma.
- (D) Ependimoma.





