



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2018, DE 5 DE OUTUBRO DE 2017

PROGRAMAS – GRUPO 011

Endoscopia Respiratória I (608)

Data e horário da prova:

*Domingo,
3/12/2017, às 14h*

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Liberdade é o espaço que a felicidade precisa.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos ou apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções na folha de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização **iades** |
Instituto Américo de Desenvolvimento

Informações: (61) 3574-7200
www.iades.com.br

PNEUMOLOGIA

Itens de 1 a 120

S.J.S., do sexo masculino, de 50 anos de idade, procurou atendimento em mau estado geral, icterico, com febre alta medida em casa. Referiu oligúria, dor intensa nas panturrilhas e hemoptise intensa nas últimas horas prévias à internação. Os resultados dos exames foram: hemograma com hemoglobina = 7,7 g/dL; leucócitos = 22.000 mm³ e 27% de bastões; TGO = 580 U/L; TGP = 400 U/L; bilirrubina total = 7,0 mg/mL; bilirrubina indireta = 4,8 mg/mL; CPK = 2.000 U/L, creatinina = 4,25 mg/dL; ureia = 100 mg/dL; potássio = 3,0 mEq/L; EQU com hematúria, sem proteinúria. Tinha havido, 14 dias antes, grande volume de chuva no município, o que provocou inundação na residência do paciente.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

1. O paciente em questão apresenta granulomatose de Wegener com síndrome pulmão-rim. Nesse caso, há necessidade de terapia imunossupressora e de diálise de urgência.
2. Considerando-se o acometimento pulmonar, no tratamento inicial, devem-se prescrever ciclosporina e metilprednisolona.
3. O tempo médio de latência da doença relaciona-se à exposição à enchente. O acometimento pulmonar em questão é extremamente comum e não grave.
4. Trata-se de síndrome de Weil, e o tratamento de escolha é penicilina G 1,5 milhão UI intravenosa de 6 horas em 6 horas.
5. O acometimento pulmonar, principal causa de óbito dessa doença, ocorre em razão da ruptura de capilares.

M.J, 34 anos de idade, sexo feminino, obesa, tabagista, em uso de anticoncepcional oral à base de estrogênio havia 4 anos, foi internada na sala vermelha de um hospital por dispneia súbita e insuficiência respiratória sem instabilidade hemodinâmica.

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

6. Tromboembolismo venoso é a principal hipótese diagnóstica. Nesse caso, a anticoagulação deve ser imediatamente iniciada e deve ser feita angiotomografia de tórax se houver condições clínicas.
7. Se a anticoagulação for contraindicada, deve-se proceder à colocação de filtro de veia cava.
8. Essa paciente deve utilizar medicamentos anticoagulantes por tempo indeterminado após a alta hospitalar.
9. Os novos anticoagulantes orais são indicados para a paciente em questão, se houver disfunção renal crônica.
10. Deve-se iniciar o uso de warfarina associado à anticoagulação com heparina, que pode ser suspensa após dois exames de tempo de protrombina no alvo terapêutico.

J.S.L., 26 anos de idade, sexo masculino, tinha HIV prévio sem tratamento e procurou atendimento em pronto atendimento por dispneia e sibilância associados à tosse seca. Realizou radiografia de tórax que evidenciou infiltrado intersticial difuso. Foi iniciado tratamento com levofloxacino na dose adequada para pneumonia por 10 dias, sem melhora do quadro. O paciente, então, retornou ao pronto atendimento com piora da tosse e da dispneia, associadas a hipoxemia (oximetria periférica de 87%). Apresentou sibilância difusa à ausculta pulmonar, sem turgência jugular ou edema periférico. Os exames laboratoriais indicam hemoglobina = 10,0 g/dL; leucócitos = 5.000 mm³ com 10% de linfócitos e 40% de segmentados; 140 mil plaquetas, proteína C reativa = 70 mg/L; DHL = 1.200 U/L; creatinina = 1,5 mg/dL; ureia = 80 mg/dL, potássio = 3,6 mEq/L.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

11. Devem-se prescrever azitromicina, corticoide e nebulizações de resgate e liberar o paciente para tratamento em domicílio.
12. Deve-se prescrever sulfametoxazol + trimetropina com plano de 21 dias de tratamento.
13. Se confirmada doença moderada, deve-se iniciar tratamento com prednisona, com dose de 40 mg, duas vezes ao dia.
14. O gradiente alvéolo-capilar de O₂ maior ou igual a 45 mmHg confirma doença moderada.
15. Primaquina e clindamicina são opções terapêuticas no caso de falha no tratamento de primeira linha.

Mulher, 72 anos de idade, obesa e hipertensa fazia acompanhamento no ambulatório de pneumologia por apresentar dispneia aos esforços com evolução no último mês. Realizou espirometria que evidenciou diminuição de capacidade pulmonar total (CPT), diminuição de capacidade vital (CV), diminuição de volume expiratório forçado em 1s/capacidade vital forçada (VEF1/CVF).

A respeito do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

16. É correto afirmar que a paciente em questão é tabagista e necessita de broncodilatadores de longa duração.
17. O uso de indacaterol, beta-agonista de média duração, aumentaria a sobrevida dessa paciente.
18. Fraqueza ou paralisia diafragmática poderiam justificar a solicitação de espirometria para essa paciente.
19. Considerando-se o padrão espirométrico, as principais hipóteses diagnósticas para essa paciente são fibrose cística ou bronquiolite.
20. A correção da obesidade poderia melhorar a espirometria dessa paciente.

Área livre

Paciente inicia acompanhamento no ambulatório para tratar pneumonite por hipersensibilidade (PH) diagnosticada em internação hospitalar recente.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

21. Infiltrado reticulonodular difuso pode estar relacionado à fase crônica da doença apresentada por esse paciente.
22. Ecografia pulmonar à beira do leito desse paciente deve mostrar padrão B bilateral.
23. Ecografia pulmonar à beira do leito desse paciente deve mostrar ausência de deslizamento pleural na fase crônica da doença.
24. Aspergilose pulmonar é uma hipótese etiológica para esse caso e eosinofilia associada a aumento de IgE sérica são indicativos desse diagnóstico.
25. A presença de alveolite linfocitária acentuada no lavado broncoalveolar é quase universal, mas não patognomônica.

Mulher, 60 anos de idade com obesidade mórbida e hipertensão de difícil controle, foi a consulta com pneumologista encaminhada por médico do posto de saúde e apresentou polissonografia que demonstrava 10 episódios de eventos obstructivos durante 1 hora de sono.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

26. Hipertensão pulmonar é indicador de cronicidade e de piora da funcionalidade para essa paciente.
27. A primeira conduta para essa paciente é a adoção de medidas de perda de peso.
28. Para essa paciente, há alto risco de bradicardia vagal e de morte noturna inexplicada.
29. A hipertensão arterial sistêmica dessa paciente pode ser também explicada pela vasodilatação sistêmica em função do aumento da $p\text{CO}_2$.
30. Essa paciente deve ser encaminhada para uvulopalatofaringoplastia, em razão do quadro de apneia obstructiva do sono branda.

C.S.J., 45 anos, do sexo feminino é internada por apresentar colangite grave. No primeiro dia de internação na UTI, é submetida a ventilação mecânica com difícil manejo respiratório.

O Raio X de tórax evidencia infiltrado intersticial e alveolar difuso, além de relação P/F ($p\text{O}_2/\text{FiO}_2$) de 80 mmHg.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

31. É um quadro de síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) leve em fase proliferativa.
32. A paciente encontra-se na fase exudativa da doença pulmonar.
33. Essa paciente apresenta complacência pulmonar diminuída.
34. Os níveis altos de PEEP nessa paciente devem indicar reabilitação pulmonar na alta hospitalar.
35. Essa paciente apresenta permeabilidade pulmonar aumentada com edema intersticial e alveolar rico em proteínas.

M.S.L., 62 anos de idade, moradora da periferia, deu entrada na emergência de um hospital apresentando insuficiência respiratória e em choque séptico. Realizou gasometria arterial que evidenciou $\text{pH} = 7,03$, $p\text{CO}_2 = 25$ mmHg, $p\text{O}_2 = 50$ mmHg, bicarbonato = 9 mEq/L, lactato = 11 mmol/L. Na radiografia de tórax, há consolidações em base e cavitação em ápice direito. Constatou-se também coletados culturais e escarro com BAAR 3+.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

36. Levofloxacino, gentamicina e amicacina parenterais são opções de tratamento para essa paciente, uma vez que está impossibilitada de receber medicamentos por via oral no momento.
37. O RHZE deve ser introduzido assim que possível e quando a paciente estiver estável.
38. Não há necessidade de cobertura para germes atípicos, tendo em vista a gravidade do caso.
39. O *geneXpert* do escarro, para identificação do *Mycobacterium tuberculosis*, é superior ao BAAR.
40. A isoniazida, utilizada no tratamento da tuberculose, não está relacionada à hepatotoxicidade do tratamento.

Homem de 72 anos de idade, DPOC prévio, procura emergência por piora da dispneia e mudança do padrão do escarro (amarelado nos últimos dias). É realizada gasometria arterial na chegada, que evidencia $\text{pH} = 7,20$; $p\text{CO}_2 = 100$ mmHg; $p\text{O}_2 = 67$ mmHg; $\text{HCO}_3 = 36$ mEq/L; e $\text{BE} = +9$.

Em relação a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

41. O caso demonstra uma acidose respiratória compensada em um paciente retentor crônico de CO_2 .
42. É indicada ventilação não invasiva, caso não haja rebaixamento de sensório.
43. Deve-se proceder prontamente à intubação orotraqueal desse paciente.
44. Se o paciente for submetido à ventilação mecânica, deve-se manter um volume minuto baixo, em razão do alto risco de barotrauma.
45. É importante manter o auto-PEEP em pacientes DPOC em ventilação mecânica, a fim de otimizar a complacência pulmonar.

C.S.P., do sexo feminino, 24 anos de idade, procura atendimento por mialgia, rinorreia, cefaleia, dor de garganta, tosse e febre alta, além de dispneia. A radiografia de tórax indica infiltrado intersticial bilateral.

Considerando que o quadro evoluiu com piora dos sintomas nas últimas 48 horas, julgue os itens a seguir.

46. Há indicação de início de oseltamivir.
47. Há indicação de internação hospitalar em razão de febre alta persistente.
48. Há necessidade de notificação somente nos casos de síndrome da angústia respiratória grave (SARA).
49. Nesse caso, cefaleia não é um sinal de gravidade.
50. A vacinação está indicada para a faixa etária dessa paciente, independentemente de gestação.

G.C.S., de 62 anos de idade, diabética, encontra-se internada em hospital para tratamento de pneumonia. Após 5 dias de início do antibiótico, foi realizada radiografia de tórax em razão da persistência da febre. O exame demonstrou que demonstrou derrame pleural volumoso à esquerda. A paciente foi submetida à toracocentese.

A respeito desse caso, julgue os itens a seguir.

51. No caso de exame bacterioscópico positivo e de glicose < 60 mg do líquido pleural, é indicada a drenagem do tórax.
52. Odor pútrido do líquido pleural pode estar associado à pneumonia aspirativa.
53. A pleuroscopia é indicada para essa paciente em razão da febre persistente e do histórico de diabetes.
54. Estafilococo é frequentemente associado à pneumonia com evolução para derrame pleural.
55. Deve-se escalar o antibiótico para cefepima ou ceftazidima, independentemente do resultado da análise do líquido pleural.

Uma mulher de 30 anos de idade, moradora da periferia de uma grande cidade, procura atendimento por dor ventilatório-dependente, emagrecimento e febre vespertina há cerca de 1 mês. Realiza radiografia de tórax que demonstra derrame pleural volumoso à direita.

Quanto ao caso clínico relatado, julgue os itens a seguir.

56. Em caso de tuberculose pleural, essa paciente deve ser mantida em isolamento respiratório para aerossol.
57. A biópsia pleural é importante ferramenta diagnóstica para essa paciente.
58. Essa paciente provavelmente apresenta a segunda forma mais comum de tuberculose extrapulmonar.
59. Há um importante fator epidemiológico para tuberculose em brasileiros nesse caso.
60. Essa paciente apresenta, necessariamente, BAAR no escarro.

Uma paciente com hipertensão pulmonar faz acompanhamento no ambulatório de pneumologia e vem fazendo uso de verapamil com melhora da classe funcional após introdução deste.

Com base nessa situação hipotética e os nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

61. Caso essa paciente realize cateterismo cardíaco direito, provavelmente apresentará resultado positivo para vasodilatadores pulmonares de curta duração.
62. Se não houvesse resposta ao verapamil, a bosentana seria a droga de escolha para classe funcional III.
63. Essa paciente deve realizar teste para HIV.
64. Essa paciente apresenta a causa mais comum de *cor pulmonale*.
65. Uma cintilografia pulmonar perfusional com defeitos de enchimento segmentares indicaria doença pulmonar obstrutiva crônica.

Paciente, sexo masculino, 50 anos de idade, residente no interior do Brasil, procurou hospital referindo febre, tosse e mal-estar. A radiografia de tórax indicou adenopatia hilar. O paciente relatou grande presença de morcegos e pássaros em na respectiva residência. Havia feito limpeza de poleiros do galpão da própria residência há 8 dias.

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

66. Nesses casos, uma massa arredondada de tecido cicatricial com ou sem calcificação central pode permanecer no pulmão.
67. Esse paciente deve receber itraconazol na fase aguda da doença em questão.
68. O quadro clínico sugere aspergilose.
69. Caso esse paciente permaneça com sintomas crônicos, deve-se descartar tuberculose pulmonar.
70. A apresentação clínica dessa doença normalmente é assintomática na fase aguda e, na fase crônica, pode haver retração e cavitação pulmonar.

Paciente do sexo feminino, 64 anos de idade, procurou atendimento de emergência referindo dor ventilatório-dependente, tosse produtiva de expectoração amarelada e febre alta. Ao exame, apresentou-se alerta; com oximetria periférica de 94% em ar ambiente; FR = 24 irpm; PA = 110 mmHg x 60 mmHg, FC = 104 bpm. Realizou exames de laboratório que evidenciam hemoglobina = 9,8 g/dl; leucócitos = 17.600 mm³ com 20% de bastões; ureia = 40 mg/dl; creatinina = 1,30 mg/dL; sódio = 138 mEq/L; potássio = 3,9 mEq/L; proteína C reativa = 140 mg/L. A radiografia de tórax indicou consolidação no lobo médio.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

71. A procalcitonina é melhor marcador de gravidade que a proteína C reativa.
72. O segundo patógeno mais comum nesses casos é o *Mycoplasma pneumoniae*.
73. Essa paciente deve ser internada para tratamento.
74. A pesquisa de antígenos urinários é útil para casos de infecções por *Legionella* e pneumococo, sendo positiva a partir do quarto dia de doença.
75. O risco de mortalidade para essa paciente gira em torno de 15%.

Paciente internado para procedimento de pneumonectomia realizou um exame de capacidade de difusão de monóxido de carbono (Dco).

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

76. Se esse paciente apresentar Dco abaixo de 40% do previsto, o risco de mortalidade, no pós-operatório, girará em torno de 50%.
77. Se esse paciente for DPOC e for submetido à cirurgia redutora, Dco muito baixa (menor que 30%) contribuirá maior risco de insucesso cirúrgico.
78. Se esse paciente apresentar Dco baixa, é possível que ele tenha asma.

79. Caso esse paciente apresente Dco aumentada, é provável que ele tenha colagenose em fase inicial.
80. Ao investigar a dispneia desse paciente, a Dco deve ser um dos primeiros exames solicitados.

Paciente, sexo masculino, 62 anos de idade, realizou tomografia computadorizada de tórax, para investigação de dispneia e tosse de evolução nos últimos 2 meses, que evidenciou de nódulos de 1,5 cm com áreas de consolidação e broncograma aéreo, além de pequenos nódulos satélites com o chamado sinal da galáxia.

A respeito do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

81. A imagem descrita no caso clínico em questão é típica de proteinose alveolar.
82. Considerando-se o exame de imagem descrito, sarcoidose é uma possibilidade para o diagnóstico.
83. O exame em questão difere do exame de imagem da histiocitose de células de Langerhans, em que há cistos e nódulos pequenos, geralmente menores que 5 mm.
84. Essa imagem está associada a linfonodomegalias hilares unilaterais.
85. Os nódulos são vistos em doenças intersticiais crônicas, entre elas a pneumonite por hipersensibilidade e a silicose.

Paciente, sexo masculino, 75 anos de idade, ex-tabagista pesado, DPOC, compareceu a consulta ambulatorial de rotina referindo dispneia ao deambular cerca de 100 metros em superfície plana. Relatou também ter realizado dois tratamentos com antibióticos em razão da exacerbação de sua doença no último ano.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

86. Esse paciente é classe 4 na escala de dispneia do Medical Research Council (MRC).
87. Esse paciente pode ser classificado como *GOLD C*.
88. Está indicado, para esse paciente, o tratamento contínuo com anticolinérgico de longa duração e beta 2 agonista de longa duração, ambos inalatórios.
89. Se esse paciente responder ao tratamento com broncodilatador de longa duração, deve-se retirá-lo e manter somente o beta 2 agonista de curta duração.
90. Em caso de persistência dos sintomas com terapia tripla, pode-se considerar o uso contínuo de macrolídeo.

C.S., sexo masculino, 24 anos de idade, asmático na infância, foi encaminhado a consulta com pneumologista por retorno de episódios de tosse e despertares noturnos mais que três vezes na semana, sibilância e intolerância aos esforços no último mês, além de uso de broncodilatador de curta duração pelo menos duas vezes ao dia.

Quanto ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

91. Esse paciente provavelmente tem asma não controlada.
92. O diagnóstico de asma desse paciente pode ser confirmado com variação do VEF1 de 180 ml e (ou) 6% do valor pré-broncodilatador.
93. Um teste de broncoprovocação positivo nem sempre indica que pacientes como o citado nesse caso, têm asma.
94. Devem-se acrescentar, no tratamento desse paciente, corticoide inalatório e broncodilatador de longa duração.
95. É recomendado que o paciente faça nova espirometria entre 3 meses e 6 meses após o início do tratamento.

Paciente da enfermaria apresenta quadro de hipoxemia e rebaixamento de sensório. A gasometria arterial indicou pH = 7,15; pCO₂ = 80 mmHg; pO₂ = 55 mmHg, HCO₃ = 32 mEq/L; e BE - 2.

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

96. É possível que esse paciente apresente intoxicação por opioide. A droga naloxona pode ser utilizada nesses casos.
97. Trata-se de distúrbio misto agudo: acidose respiratória e alcalose metabólica.
98. Em caso de distúrbio V/Q, espera-se desse paciente uma boa resposta à administração de oxigênio.
99. A acidose respiratória aguda desse paciente, muito provavelmente, está associada ao rebaixamento de sensório.
100. Caso esse paciente estivesse acometido por doença pulmonar obstrutiva crônica, tenderia a tolerar níveis mais elevados de pCO₂.

Trabalhador de demolição de construções com isolamento de amianto foi encaminhado para avaliação ambulatorial por dispneia progressiva e intolerância aos esforços. A radiografia de tórax indicou espessamento pleural difuso.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

101. Uma tomografia computadorizada de tórax de alta resolução é necessária para avaliação desse paciente.
102. O mesotelioma não ocorre nesse tipo de pneumoconiose.
103. Em pacientes expostos a amianto, quando há evolução para neoplasia, o adenocarcinoma pulmonar é o tipo histológico mais comumente encontrado.
104. A maioria dos pacientes com derrame pleural, nesse tipo de pneumoconiose, tem resolução espontânea e não requer tratamento.
105. O espessamento pleural desse paciente pode justificar os sintomas de tosse e dispneia.

Área livre

Um paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica em acompanhamento no ambulatório de pneumologia, segue com tabagismo ativo.

Com relação ao caso clínico, julgue os itens a seguir.

106. Na avaliação diagnóstica, o grau de dependência ao tabaco deve ser avaliado utilizando-se a escala de Epworth.
107. No teste para avaliação de dependência à nicotina, pontuação 4 sugere elevada dependência.
108. As terapias de reposição de nicotina (adesivo, goma ou pastilhas) são a primeira linha no tratamento com nível de evidência A.
109. O tempo de tratamento com reposição de nicotina para essa paciente varia de 8 a 12 semanas.
110. A reposição com nicotina é contraindicada para pacientes coronariopatas ou com histórico de arritmias cardíacas.

C.J.K, sexo feminino, 45 anos de idade, procurou atendimento de emergência referindo astenia, febre e hemoptise franca. A radiografia de tórax evidenciou nódulos pulmonares e opacidades múltiplas, associados a infiltrado interstício-alveolar difuso.

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

111. Doença vasculítica é uma possibilidade de diagnóstico, mas, especialmente no Brasil, deve-se descartar tuberculose para essa paciente.
112. Poliangeíte microscópica deve ser um diagnóstico diferencial para esse caso.
113. O infiltrado evidenciado na radiografia dessa paciente pode ser um sinal de hemorragia alveolar. Nesse caso, a angiotomografia computadorizada de tórax é bastante indicada para confirmação.
114. O Tromboembolismo está associado às vasculites pulmonares nas apresentações agudas.
115. Se confirmada vasculite pulmonar, essa paciente terá uma sobrevida em torno de 5% em 5 anos.

Paciente do sexo masculino, de 36 anos de idade, foi encaminhado para avaliação ambulatorial de tosse com 9 semanas de duração.

A respeito do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

116. Trata-se de tosse com evolução subaguda.
117. A fisiopatologia da tosse divide-se em quatro atos, sendo o último o de relaxamento.
118. Asma está associada ao quadro de tosse em cerca de 30% dos pacientes como o descrito nesse caso.
119. Se esse paciente for tabagista, a tosse estará diretamente relacionada à dose de cigarro utilizado.
120. Se esse paciente for usuário de inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) e a tosse estiver relacionada a essa droga, espera-se a resolução da tosse em até 48 horas após suspensão do medicamento.