



Prefeitura Municipal de São Carlos

CONCURSO PÚBLICO

10. PROVA OBJETIVA

MÉDICO – ÁREA CARDIOLOGIA

- ♦ VOCÊ RECEBEU SUA FOLHA DE RESPOSTAS E ESTE CADERNO CONTENDO **50** QUESTÕES OBJETIVAS.
- ♦ CONFIRA SEU NOME E NÚMERO DE INSCRIÇÃO IMPRESSOS NA CAPA DESTE CADERNO.
- ♦ LEIA CUIDADOSAMENTE AS QUESTÕES E ESCOLHA A RESPOSTA QUE VOCÊ CONSIDERA CORRETA.
- ♦ RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES.
- ♦ MARQUE, NA FOLHA INTERMEDIÁRIA DE RESPOSTAS, LOCALIZADA NO VERSO DESTA PÁGINA, A LETRA CORRESPONDENTE À ALTERNATIVA QUE VOCÊ ESCOLHEU.
- ♦ TRANSCREVA PARA A FOLHA DE RESPOSTAS, COM CANETA DE TINTA AZUL OU PRETA, TODAS AS RESPOSTAS ANOTADAS NA FOLHA INTERMEDIÁRIA DE RESPOSTAS.
- ♦ A DURAÇÃO DA PROVA É DE **3** HORAS.
- ♦ A SAÍDA DO CANDIDATO DA SALA SERÁ PERMITIDA APÓS TRANSCORRIDA **1** HORA DO INÍCIO DA PROVA.
- ♦ AO SAIR, VOCÊ ENTREGARÁ AO FISCAL A FOLHA DE RESPOSTAS E ESTE CADERNO, PODENDO DESTACAR ESTA CAPA PARA FUTURA CONFERÊNCIA COM O GABARITO A SER DIVULGADO.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO DE QUESTÕES.



Prefeitura Municipal de
São Carlos

FOLHA INTERMEDIÁRIA DE RESPOSTAS

QUESTÃO	RESPOSTA
01	A B C D E
02	A B C D E
03	A B C D E
04	A B C D E
05	A B C D E

06	A B C D E
07	A B C D E
08	A B C D E
09	A B C D E
10	A B C D E

11	A B C D E
12	A B C D E
13	A B C D E
14	A B C D E
15	A B C D E

16	A B C D E
17	A B C D E
18	A B C D E
19	A B C D E
20	A B C D E

21	A B C D E
22	A B C D E
23	A B C D E
24	A B C D E
25	A B C D E

QUESTÃO	RESPOSTA
26	A B C D E
27	A B C D E
28	A B C D E
29	A B C D E
30	A B C D E

31	A B C D E
32	A B C D E
33	A B C D E
34	A B C D E
35	A B C D E

36	A B C D E
37	A B C D E
38	A B C D E
39	A B C D E
40	A B C D E

41	A B C D E
42	A B C D E
43	A B C D E
44	A B C D E
45	A B C D E

46	A B C D E
47	A B C D E
48	A B C D E
49	A B C D E
50	A B C D E

POLÍTICA DE SAÚDE

01. A criação do SUS na Constituição Federal de 1988

- (A) foi o resultado de um grande movimento sanitário mundial e brasileiro, que preconizava a necessidade de um sistema de saúde público e gratuito para a população mais desfavorecida social e economicamente.
- (B) foi resultado do movimento contrário à situação existente durante a ditadura militar, época em que havia um sistema universal e descentralizado, com grandes dificuldades de se impor por falta de financiamento adequado.
- (C) foi o resultado de um processo social em contraposição a um modelo assistencial privatista hegemônico anterior, que tinha como uma das características privilegiar a prática médica curativa e individual, em detrimento das ações coletivas.
- (D) representou a vitória do movimento sanitário que propunha um modelo de sistema de saúde universal e descentralizado, com enfoque coletivo e preventivo de pequena complexidade, mesmo que em detrimento das ações curativas e individuais.
- (E) representou a vitória do movimento sanitário, composto principalmente por médicos, que propunha importantes mudanças no tocante às responsabilidades dos gestores estaduais, aos quais foram passadas as execuções das principais ações de saúde coletiva e práticas curativas individuais.

02. A legislação referente ao SUS determina que

- (A) a sua gestão pode ser pública ou privada, dependendo da situação de cada estado da federação, devendo a decisão ser sempre submetida aos conselhos de saúde.
- (B) a sua gestão na esfera estadual pode ser exercida pelo Secretário de Saúde ou por um dos representantes da sociedade do Conselho Estadual de Saúde, desde que haja delegação formal de competência.
- (C) tanto a gestão como a gerência dos serviços que dele fazem parte devem ser exercidas por entes públicos, a não ser que haja uma deliberação em contrário do poder legislativo.
- (D) a sua gestão deve ser sempre pública, podendo a gerência dos serviços que dele fazem parte ser pública ou privada.
- (E) os conselhos de saúde, por serem as instâncias máximas em cada esfera de governo, podem deliberar sobre qualquer forma de gestão e de gerência dos serviços de saúde.

03. A vigilância sanitária de portos e aeroportos deve ser normatizada e executada por órgãos

- (A) municipais, exclusivamente.
- (B) federais, complementada por órgãos municipais e estaduais.
- (C) estaduais, exclusivamente.
- (D) municipais, complementada por órgãos estaduais.
- (E) estaduais, complementada por órgãos federais.

04. A evolução do SUS

- (A) tem evidenciado cada vez mais que os municípios bastam a si próprios, sendo a esfera estadual de governo dispensável para a sua consolidação, pois a execução atual das ações de saúde são totalmente municipalizadas.
- (B) tem mostrado como a regulação das referências já é um problema superado, o que dispensa o gestor da esfera estadual de governo dessa função, passando à atribuição de intermediar verbas de origem federal.
- (C) tem mostrado que as dificuldades de repor recursos humanos outrora existentes não mais existem, depois que a legislação passou a permitir a contratação de profissionais por meio das fundações estatais.
- (D) tem mostrado que a desmotivação dos trabalhadores da saúde pode ser facilmente superada por mecanismos de gerência na administração direta, que permitam a avaliação individual do desempenho.
- (E) tem evidenciado o papel do gestor da esfera estadual como coordenador em âmbito do estado e importante ator na consolidação da integralidade da atenção à saúde.

05. Há uma forte convicção por parte dos gestores do SUS de que os gastos públicos com a saúde, no país, são insuficientes para um sistema público universal. Esse problema poderá ser solucionado

- (A) se houver correção de distorções na vinculação de recursos da União e esclarecimento do que são ações e serviços de saúde.
- (B) se o governo federal publicar um decreto definindo mais fontes de recursos federais e municipais.
- (C) se houver um decreto federal que determine diferentes formas de gestão e gerenciamento de serviços.
- (D) se houver uma priorização das ações de saúde de baixa complexidade, sem o uso das tecnologias mais avançadas da investigação médica.
- (E) se houver uma parceria com o setor privado na gestão do sistema, aproveitando-se o acúmulo desse setor na agilização de resolução de problemas emergenciais.

06. O Pacto pela Saúde propõe que nos territórios

- (A) municipais se desenvolvam todas as ações e serviços de atenção primária à saúde, assim como de serviços especializados.
- (B) das macrorregiões de saúde haja serviços especializados de maior densidade tecnológica.
- (C) municipais se desenvolvam todas as ações de vigilância em saúde, das mais simples àquelas de grande complexidade.
- (D) municipais somente as ações emergenciais sejam desenvolvidas obrigatoriamente.
- (E) das microrregiões haja serviços conveniados com centros universitários de especialidades de maior densidade tecnológica.

07. Um trabalhador da construção civil sofre uma queda e sofre múltiplas fraturas. Sobre essa situação, assinale a alternativa correta.

- (A) Todo o atendimento deve ser prestado por serviço conveniado com a empresa, não cabendo ao SUS assumir esse ônus.
- (B) O atendimento de urgência só pode ser feito em unidade que tenha um ortopedista.
- (C) O atendimento de urgência deve ser feito no município de ocorrência, mas caso seja necessária cirurgia, deve ser encaminhado a um serviço estadual.
- (D) O atendimento de urgência e acompanhamento devem ser feitos dentro da rotina da assistência ao paciente politraumatizado.
- (E) O atendimento de urgência deve ser feito no município de ocorrência, mas o acompanhamento deve ocorrer no município da empresa.

08. Em um município de pequeno porte, discute-se a formação do Conselho Municipal de Saúde. Assinale a alternativa correta.

- (A) Nos casos de municípios com menos de 20 mil habitantes, não há obrigatoriedade de se ter um Conselho de Saúde.
- (B) Nos casos de municípios com menos de 10 mil habitantes, o Conselho de Saúde pode ser substituído pela Câmara Municipal.
- (C) O Conselho Municipal de Saúde deve ser formado como em qualquer município, independentemente de suas dimensões.
- (D) Nos casos de municípios com menos de 10 mil habitantes, o Conselho Estadual de Saúde pode decidir as questões mais importantes.
- (E) O Conselho Municipal de Saúde pode ter uma composição diferente daquela prevista na Lei n.º 8.142/90.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

09. A ausculta de estalido protossistólico aórtico é mais importante e consistente para o diagnóstico de

- (A) valva aórtica bicúspide não complicada.
- (B) miocardiopatia hipertrófica.
- (C) coarctação da aorta não complicada.
- (D) estenose aórtica subvalvar.
- (E) estenose aórtica supralvalvar.

10. Homem de 26 anos de idade apresenta-se por síndrome febril há 5 dias, com picos vespertinos de até 38,5 °C. O paciente refere ter apresentado quadro de diarreia aguda duas semanas antes do início da febre, resolvido em 48 horas espontaneamente, e refere também uso recreacional semanal de maconha. Teria recebido diagnóstico de sopro por prolapso da valva mitral durante a adolescência. Seu exame físico revela bulhas rítmicas taquicárdicas, normofonéticas, com sopro mesossistólico, regurgitativo, Grau II de Levine, em área aórtica acessória, sem irradiações. Notam-se também pequenas máculas equimóticas indolores na palma das mãos, pequenas hemorragias retinianas com centro pálido apenas em olho direito. O ecocardiograma transtorácico confirma insuficiência mitral moderada com prolapso do folheto posterior da valva, mas não detecta vegetações. De acordo com os critérios diagnósticos de Duke para endocardite infecciosa, pode-se afirmar que

- (A) a presença de endocardite infecciosa só poderá ser afirmada se houver pelo menos um critério maior, quer por várias hemoculturas positivas por germe claramente envolvido ou por ecocardiograma inequívoco com vegetações.
- (B) a coleta de uma única hemocultura positiva para estafilococos coagulase-negativos constituirá um critério maior, permitindo o diagnóstico bem definido junto aos outros três critérios menores descritos.
- (C) a ausência de vegetações observáveis, mantida mesmo após um ecocardiograma transesofágico, permitirá excluir a hipótese de endocardite infecciosa, devendo-se a síndrome a outro processo patológico.
- (D) a coleta de uma única hemocultura positiva para enterococos permitirá o diagnóstico bem definido de endocardite infecciosa, posto que somará cinco critérios menores e nenhum critério maior.
- (E) o aparecimento de evidências de glomerulonefrite deverá ser considerado um critério menor adicional aos descritos inicialmente, completando com eles um critério maior e três critérios menores, o que leva ao diagnóstico bem definido da endocardite infecciosa.

11. Mulher de 29 anos de idade, portadora de estenose mitral por cardiopatia reumática crônica, com área valvar mitral estimada ecocardiograficamente em 1,6 cm², apresenta-se no primeiro trimestre de sua primeira gestação. A melhor evidência disponível sugere que se deva
- (A) interromper a profilaxia antimicrobiana secundária da febre reumática durante o período da gravidez, face ao risco muito baixo de surto naquele ambiente hormonal.
 - (B) evitar a todo custo cardioversão elétrica sobre eventual fibrilação atrial aguda, face aos seus efeitos deletérios sobre o coração do feto.
 - (C) preferir o uso de quinidina ou de procainamida como antiarrítmicos, caso ocorra fibrilação atrial aguda e se opte por não fazer cardioversão elétrica, com mínima tocoxicidade.
 - (D) proscrever o uso de diuréticos, caso haja síndrome de insuficiência cardíaca congestiva, posto que o risco de hipoperfusão placentária se tornaria excessivamente elevado.
 - (E) indicar a valvoplastia percutânea com balão antes que se instale a hipervolemia fisiológica do segundo trimestre da gestação, que levaria à instalação de sintomas.
12. Em pacientes tabagistas e dislipidêmicos, para os quais se estabeleça diagnóstico simultâneo de hipotireoidismo e insuficiência coronária estável de indicação terapêutica clínica, é sabido que
- (A) CKMB elevada nunca pode ser atribuída ao hipotireoidismo, que aumenta exclusivamente a fração MM da creatinoquinase.
 - (B) o aumento da creatinoquinase devido ao hipotireoidismo é desprezível e não confunde a avaliação do uso de estatinas.
 - (C) a introdução terapêutica de T4 em doses de 75 a 100 mcg/dia não produz piora dos sintomas anginosos ou arrítmicos.
 - (D) não se observa aumento da mortalidade global no longo prazo mediante tratamento concomitante das duas condições.
 - (E) como nas demais dislipidemias secundárias, o hipotireoidismo costuma acentuar a hipertrigliceridemia, mas não a hipercolesterolemia.
13. Sobre os fatores de risco para doença aterosclerótica das coronárias, há boa evidência de que
- (A) obesidade represente um intermediário de outros fatores de risco, como diabetes, hipertensão e dislipidemia, mas não um fator de risco independente, conforme consenso recente.
 - (B) fatores psicossociais possam acrescentar risco aterosclerótico relevante tanto por agressão direta ao endotélio quanto por agravamento de tabagismo, hipertensão e dislipidemia.
 - (C) hipoestrogenemia associada ao período pós-menopausal esteja claramente estabelecida como fator de risco cardiovascular reversível pelo estudo *Women's Health Initiative*.
 - (D) a condição abstêmia total em relação às bebidas alcoólicas não pareça acrescentar risco atribuível, considerando-se grandes amostras populacionais.
 - (E) a ingestão regular e prolongada de doses suplementares de folato pareça reduzir os níveis de homocisteína e, por conseguinte, o risco aterosclerótico cardiovascular.
14. De acordo com as Diretrizes sobre Ressonância e Tomografia Cardiovascular, uma indicação de ressonância nuclear magnética cardiovascular classe III (consenso de que o procedimento não é útil ou eficaz e de que provavelmente seus riscos são maiores do que seus benefícios) é:
- (A) avaliação da função ventricular global, volumes e massa.
 - (B) detecção de trombo ventricular no infarto agudo do miocárdio.
 - (C) diagnóstico de síndrome coronária na fase aguda.
 - (D) avaliação da função ventricular regional em repouso.
 - (E) avaliação da insuficiência mitral aguda no infarto agudo do miocárdio.
15. Na avaliação ecocardiográfica de um atleta masculino de alto rendimento, assintomático, nota-se espessura da parede posterior do ventrículo esquerdo = 12 mm, espessura do septo interventricular = 12 mm, diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo = 57 mm. Esses dados são consistentes com a hipótese de que
- (A) se trate de hipertrofia patológica do miocárdio, pois a espessura relativa das paredes excede 0,40.
 - (B) o diagnóstico seja de hipertrofia concêntrica do miocárdio, pois o limite de 11 mm das paredes foi excedido.
 - (C) se trate de miocardiopatia hipertrófica, não assimétrica, em evolução para dilatação e aumento do estresse da parede.
 - (D) o diagnóstico seja de hipertrofia excêntrica do miocárdio, ultrapassando 55 mm do diâmetro ventricular diastólico.
 - (E) se trate de hipertrofia fisiológica do miocárdio, que pode reverter rapidamente após a cessação dos treinos de alto rendimento.
16. De acordo com a IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST, na fase pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio ocorre a maior parte dos óbitos. Sobre essa fase, é correto afirmar que
- (A) o atendimento médico tende a ser mais tardio entre idosos, mulheres e pobres.
 - (B) a realização pré-hospitalar do eletrocardiograma tem impacto desprezível sobre a mortalidade.
 - (C) há forte evidência a favor da administração precoce de aspirina e de clopidogrel nessa fase.
 - (D) está bem determinada a inferioridade da fibrinólise pré-hospitalar em relação à angioplastia primária.
 - (E) está bem determinada a superioridade da fibrinólise pré-hospitalar em relação à angioplastia primária.

17. Para pacientes portadores de valva aórtica bicúspide, é correto afirmar que
- (A) devem ser proibidos de participar de esportes competitivos mesmo que não haja gradiente pressórico transvalvar relevante nem dilatação da raiz da aorta.
 - (B) se indica a realização de ecocardiograma periódico a cada 3 a 5 anos no caso de a velocidade do jato aórtico ser menor do que 3 metros/segundo.
 - (C) sintomas tendem a surgir bastante precocemente, antes mesmo da área valvar aórtica decrescer para menos de 2 cm².
 - (D) não se indica cirurgia se a estenose ou a insuficiência forem modestas, mesmo que haja dilatação da aorta para mais de 50 mm.
 - (E) indica-se a introdução bastante precoce de beta-bloqueadores, antes de qualquer adulteração maior do fluxo transvalvar ou do diâmetro aórtico.
18. Sobre aneurismas da aorta torácica, pode-se afirmar que
- (A) predominam na quarta década de vida.
 - (B) acometem homens e mulheres em proporção semelhante.
 - (C) a hipertensão arterial está ausente em até 60% dos casos.
 - (D) não se tem certeza de que a aterosclerose predomine na patogenia.
 - (E) em mais de 50% dos casos, há concomitância de aneurisma abdominal.
19. Nos pacientes com insuficiência cardíaca grave para os quais se avaliem critérios para transplante cardíaco, não parece ter maior relevância para contra-indicação
- (A) o perfil psicológico com personalidade tipo D, em que a resposta ao estresse pode ser mais branda.
 - (B) a suspeita de abuso alcoólico, desde que o paciente reiteradamente negue qualquer dependência.
 - (C) creatinina entre 2 e 2,9 mg/dL, sem proteinúria, sem redução de tamanho renal ou oclusão arterial.
 - (D) se a carga viral está zerada ou não à época da cirurgia em portadores de hepatite C.
 - (E) a ocorrência recente de tromboembolismo pulmonar, desde que não haja coagulopatia importante.
20. Homem de 53 anos de idade, portador de miocardiopatia dilatada, evoluiu tardiamente com insuficiência mitral funcional, também conhecida como secundária. Sobre essa disfunção mitral, sabe-se que
- (A) a anuloplastia mitral costuma acarretar melhora significativa da função ventricular, tanto fração de ejeção como volume sistólico final.
 - (B) não deve ser submetida a tratamento cirúrgico pela alta mortalidade do procedimento sobre miocardiopatia dilatada.
 - (C) a valvoplastia mitral, com abordagem sobre os folhetos valvares, é superior à redução do anulo, que dilata pouco na mitral.
 - (D) a intervenção cirúrgica valvar é bastante eficaz, posto que a produção da insuficiência se deve mais à tração dos papilares numa câmara dilatada.
 - (E) só justifica os riscos da intervenção cirúrgica sobre o aparelho valvar caso tenha se superposto hipertensão pulmonar ao quadro inicial.
21. A remodelagem miocárdica observada na miocardiopatia pós-infarto
- (A) inicia-se cerca de 40 dias após um infarto do miocárdio, quando se estabiliza a cicatriz.
 - (B) provavelmente não progredirá se não tiver ocorrido dilatação até a quarta semana pós-infarto.
 - (C) não pode ser previsível a partir da detecção de ondas T negativas, segundo o estudo GISSI-3.
 - (D) mostra que a normalização precoce das ondas T é menos preditora do prognóstico do que o complexo QRS.
 - (E) será tão maior quanto menos angiotensina II for produzida no miocárdio sob estresse.
22. Mulher de 68 anos de idade, acompanhada em serviço de atenção básica à saúde por miocardiopatia dilatada de etiologia indeterminada, com nível sérico de creatinina em 2,0 mg/dL no início da terapêutica, sob uso oral de 50 mg de captopril a cada 8 horas, 25 mg de hidroclorotiazida toda manhã e 3,125 mg de carvedilol a cada 12 horas. Mantém esse tratamento há 3 anos, com aderência terapêutica estimada em mais de 90%. Sobre os efeitos dessa medicação, pode-se dizer que
- (A) há efeito bloqueador de canais de cálcio associado ao uso de carvedilol em proporção à dose.
 - (B) o uso prolongado de carvedilol associa-se habitualmente a aumento da trigliceridemia.
 - (C) mesmas doses de carvedilol tendem a produzir efeito maior em pacientes idosos.
 - (D) o carvedilol tem efeito equilibrado em 3 para 2 sobre receptores alfa-1 e beta, respectivamente.
 - (E) é preferível não introduzir carvedilol quando há disfunção renal, com creatinina acima de 1,8 mg/dL.
23. Após um episódio de parada cardíaca súbita em paciente sem cardiopatia estrutural previamente suspeita, deve fazer parte das considerações diagnósticas que
- (A) miocardite é o achado menos comum nas vítimas com menos de 40 anos, entre os quais predomina a cardiomiopatia hipertrófica.
 - (B) poderia ser atribuída apenas a trauma precordial muito intenso, mas não a uma simples bolada, por exemplo.
 - (C) estima-se que 15 a 20% dos casos em que não se encontra qualquer cardiopatia possam ser atribuídos a fibrilação ventricular idiopática ou doença elétrica primária.
 - (D) não existe correlação entre a ocorrência de fibrilação ventricular idiopática e a presença prévia de padrão eletrocardiográfico de repolarização precoce.
 - (E) em cerca de 15% dos casos se detectará causa não cardíaca, como hemorragia intracraniana, por exemplo.
24. Ao prescrever estatinas, deve-se considerar que
- (A) síndromes miopáticas são significativamente mais frequentes em portadores de esteatose hepática.
 - (B) se espera que os sintomas da síndrome miopática desapareçam em até 2 semanas após a suspensão da droga.
 - (C) dois terços dos pacientes que apresentarão síndrome miopática o farão nos primeiros 6 meses de uso.
 - (D) miopatia clinicamente relevante define-se como sintomas e elevação de 3 vezes na creatinofosfoquinase.
 - (E) quadros de rabdomiólise franca, com insuficiência renal aguda, têm sido descritos sobretudo com a pravastatina.

25. Enfermeira de 42 anos de idade, trabalhando em regime de quatro plantões noturnos por semana, dormindo durante o dia, apresenta dislipidemia com indicação para uso de estatinas. Ao prescrevê-las, deve-se considerar que
- (A) a administração da droga deve ocorrer logo antes de seu maior período de jejum, independentemente de quando aconteça.
 - (B) a administração da droga deve ocorrer sempre uma a duas horas antes da maior refeição do dia.
 - (C) a administração da droga deve ocorrer sempre no período noturno, independente de seus plantões.
 - (D) as refeições devem ser mantidas a cada 3 horas, quer durante o período diurno quer durante o período noturno.
 - (E) os ritmos hormonais circadianos se perdem no regime de plantão, tornando irrelevante o horário da tomada da droga.
26. Sobre os tumores cardíacos, é correto afirmar que
- (A) os mixomas são encontrados exclusivamente nos átrios, sem acometimento primário ventricular.
 - (B) a embolização oriunda de tumores cardíacos é mais comumente pulmonar que sistêmica.
 - (C) o acometimento metastático é cerca de 30 vezes mais comum do que o acometimento primário.
 - (D) linfomas ventriculares tornam-se bem mais frequentes com os tratamentos por célula-tronco.
 - (E) mesoteliomas pericárdicos também se relacionam à exposição ao asbestos e à tuberculose.
27. Homem de 59 anos de idade, de outra forma assintomático, obeso grau I (IMC=34,7 kg/m²), com síndrome metabólica (hipertensão arterial sistêmica estágio I controlada com hidroclorotiazida, *diabetes mellitus* mantido com hemoglobina glicada ao redor de 7% à custa de 10 unidades noturnas de insulina, modesta hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia controladas por estatina em dose baixa), trazendo exames laboratoriais normais, incluindo creatinina de 1,4 mg/dL e teste de esforço sem evidências de isquemia, apresenta-se às vésperas de cirurgia para exploração e provável exérese de massa mediastinal. Segundo os critérios revisados de Goldman, seu risco cardíaco (morte, infarto do miocárdio não fatal ou parada cardíaca não fatal) nessa cirurgia não cardíaca seria:
- (A) 0,4%, pois diabetes e hipertensão estão controlados adequadamente.
 - (B) 5,4%, pois há quatro fatores de risco (idade, hipertensão, diabetes e dislipidemia).
 - (C) 2,4%, pois há dois fatores de risco (tipo de cirurgia e uso de insulina para diabetes).
 - (D) 1,0%, pois há um único fator de risco (tipo de cirurgia).
 - (E) 6,6%, pois há três fatores de risco e o paciente não está em uso de betabloqueadores.
28. No tratamento de um tromboembolismo pulmonar, é correto afirmar que
- (A) é preferível usar expansão volêmica mais vigorosa com solução fisiológica a lançar mão de norepinefrina, caso haja hipotensão sustentada após as medidas de suporte iniciais.
 - (B) o risco de recorrência do tromboembolismo é de cerca de 25%, caso os níveis terapêuticos de anticoagulação (TTPA) não sejam atingidos nas primeiras 24 horas de tratamento.
 - (C) a mais importante contra-indicação ao uso de trombolíticos nessa condição é a hipotensão persistente após expansão volêmica e introdução de dobutamina intravenosa.
 - (D) a dose recomendada de uroquinase é de 250 000 unidades intravenosas durante os primeiros 30 minutos, seguida de 100 000 unidades/hora nas 24 horas seguintes.
 - (E) o principal benefício da trombólise sobre a simples anticoagulação, segundo os vários estudos de grande porte, fica na importante redução de mortalidade no longo prazo.
29. Quanto às apresentações de acometimento cardíaco em condições hematológicas, sabe-se que
- (A) a hemocromatose hereditária produz insuficiência cardíaca com volumes ventriculares praticamente normais, predominando o componente diastólico, como na endomiocardiofibrose e na amiloidose.
 - (B) o uso repetido de eritropoietina para tratamento da anemia nos pacientes renais crônicos associa-se a redução do estresse miocárdico por hipóxia e alto débito, mas acarreta forte hipertrofia miocárdica.
 - (C) quando o infarto agudo do miocárdio incide durante uma crise de falcização, pode-se esperar obstrução aterosclerótica significativa na maioria dos pacientes, que infartam pelo aumento da demanda de O₂.
 - (D) a ocorrência de infarto agudo do miocárdio em pacientes portadores de trombocitose só se dá quando há concomitante obstrução aterosclerótica prévia dos vasos afetados.
 - (E) a policitemia vera também é uma das causas possíveis da insuficiência cardíaca de alto débito, à semelhança do que se observa nos pacientes com anemia severa.
30. Distúrbios cardíacos podem relacionar-se a síndromes cerebrovasculares. Nesse caso,
- (A) boa parte das manifestações cardíacas na fase aguda de um quadro cerebrovascular decorre da potente liberação simpática e parassimpática consequente ao quadro encefálico.
 - (B) menos de 10% dos pacientes com hemorragia subaracnóide poderão apresentar desnivelamentos de ST, inversão de T e ondas Q patológicas devidas exclusivamente ao quadro neurológico.
 - (C) elevação de troponina I e evidência ecocardiográfica de distúrbio da contratilidade regional bastam para excluir que anomalias eletrocardiográficas sejam devidas apenas a hemorragia subaracnoide.
 - (D) a ocorrência de edema agudo dos pulmões durante a lesão encefálica aguda associa-se exclusivamente aos picos hipertensivos, sem outros componentes cardiogênicos ou não cardiogênicos.
 - (E) as arritmias observadas são taquiarritmias, decorrentes da crise adrenérgica associada, sendo as bradiarritmias e os bloqueios atrioventriculares de ser atribuídos a outras causas concorrentes.

31. Sobre as hipertensões arteriais sistêmicas secundárias, é falso afirmar que
- (A) pode ser inferior a 1% o número de pacientes submetidos a diagnóstico diferencial para feocromocitoma que, de fato, confirmam a doença, com os restantes sendo classificados como pseudofeocromocitoma, comumente por confusão com distúrbio do pânico.
 - (B) na síndrome de Cushing iatrogênica, o tratamento com espironolactona (antagonista dos efeitos mineralocorticoides) e tiazídicos, embora indicado como abordagem inicial, não controla adequadamente a aterosclerose acelerada.
 - (C) o encontro incidental de tumores adrenais irrelevantes, “incidentalomas”, por vezes bilaterais, é descrito em 0,4% a 4,4% de todas as tomografias abdominais realizadas por qualquer causa, dependendo da resolução do equipamento, anulando seu valor para diagnóstico na hipertensão.
 - (D) embora não haja mais dúvidas de que a hipertensão possa ser secundária à apneia obstrutiva do sono, não existe consenso sobre a relação dose-efeito entre o grau de hipertensão e a gravidade da apneia obstrutiva do sono, havendo grandes hipertensões com discretas apneias e vice-versa.
 - (E) os pacientes com hipertensão secundária a hipotireoidismo tendem a apresentar predomínio diastólico, relacionado ao nível de TSH, redução da pressão de pulso, com renina baixa e alta reatividade a variações da carga salina.
32. Para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio em pacientes com insuficiência renal crônica severa, sabe-se que
- (A) infradesnívelamentos de ST e liberação de troponina I durante sessões rotineiras de hemodiálise não são atribuíveis à condição extracardíaca, diferentemente de quando ocorrem entre as diálises.
 - (B) a dor torácica prolongada tem especificidade diagnóstica e valor prognóstico significativamente menores nos pacientes em regime ambulatorial periódico de hemodiálise.
 - (C) o diagnóstico da lesão cardíaca é mais confiável por intermédio do monitoramento da troponina T, cuja cinética é significativamente menos influenciada pela disfunção renal do que a da troponina I.
 - (D) há alta prevalência de isquemia silenciosa nesse grupo de pacientes, da mesma forma como se observa em pacientes idosos ou diabéticos.
 - (E) não deve ser rotina dar peso maior à dor torácica em renais crônicos nem indicar com maior liberalidade a cinecoronariografia nesses pacientes.
33. Não é considerado um indicador de mau prognóstico para a insuficiência cardíaca:
- (A) alto RDW (amplitude da distribuição eritrocitária) ao hemograma.
 - (B) presença de obesidade.
 - (C) redução da triiodotironina.
 - (D) ritmo respiratório noturno de Cheyne-Stokes.
 - (E) quadro depressivo.
34. No tratamento da insuficiência valvar aórtica, é correto afirmar que
- (A) com o uso de nifedipina, a indicação cirúrgica costuma ser mais tardia, assim como a sobrevida de 10 anos parece ser significativamente maior.
 - (B) as novas diretrizes da American Heart Association passaram a prescrever tratamento cirúrgico precoce, sem aguardar pelos sintomas e pela queda da fração de ejeção ventricular.
 - (C) a atividade física deve ser desencorajada, pois, embora aumente a fração de ejeção, aumenta também a fração regurgitante e, com isso, acelera a dilatação ventricular.
 - (D) 80% da eventual redução pós-operatória do volume diastólico final do ventrículo esquerdo apresenta-se entre 6 meses e 1 ano a contar da cirurgia.
 - (E) a consideração de que o prognóstico sob tratamento conservador é pior em homens do que em mulheres deve suportar a indicação cirúrgica mais precoce naqueles.
35. O índice de Cornell para diagnóstico eletrocardiográfico da sobrecarga elétrica do ventrículo esquerdo baseia-se nas seguintes medidas:
- (A) S de V1 + R de V5 ou V6 ≥ 35 mm.
 - (B) R de aVL + S de V1 > 25 mm em homens ou > 20 mm em mulheres.
 - (C) S de III + R de aVL + T de V1 ≥ 18 mm em homens ou ≥ 15 mm em mulheres.
 - (D) R de aVL ≥ 11 mm ou S de III + R de aVL ≥ 15 mm.
 - (E) R de aVL + S de V3 > 28 mm em homens ou > 20 mm em mulheres.
36. Nos pacientes afetados por Febre Reumática, as atuais diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia afirmam que
- (A) quando o surto da doença apresenta cardite, esta se manifesta precocemente, nas primeiras 24 horas.
 - (B) invariavelmente não se estabelece tamponamento pericárdico durante uma cardite reumática aguda.
 - (C) a presença de sopro sistólico mitral ou diastólico de Carey Coombs na fase aguda prognostica cronificação da lesão valvar.
 - (D) quando não se detecta sopro de disfunção valvar na fase aguda do surto, é adequado presumir a ausência de sequelas no longo prazo.
 - (E) é bastante provável que a cardite se apresente em mais de 40% dos primeiros surtos da doença.
37. Dentre os critérios de Boston para diagnóstico da insuficiência cardíaca, o que representa maior peso é
- (A) frequência cardíaca > 110 bat/min em repouso.
 - (B) ortopneia.
 - (C) terceira bulha audível na ponta.
 - (D) estase jugular > 6 cm H₂O.
 - (E) índice cardiorácico $> 0,50$.

38. Segundo as diretrizes para indicação de ecocardiograma da Sociedade Brasileira de Cardiologia, constitui recomendação classe I para a realização do exame para avaliação de prolapso da valva mitral (PVM):
- estratificação de risco em pacientes com clínica ou diagnóstico de PVM.
 - exclusão de PVM em parentes de 1.º grau em pacientes com doença valvar mixomatosa.
 - exclusão de PVM em pacientes sem sinais físicos sugestivos ou história familiar, mas em avaliação para função de pilotos de aviação civil.
 - confirmação do PVM em pacientes com diagnóstico prévio, mas sem evidências clínicas que o suportem.
 - exclusão de PVM em portadores de transtorno do pânico e dores torácicas atípicas.
39. A quarta Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnive-
lamento de ST estabelece que
- o ácido acetilsalicílico deve ser introduzido na fase aguda para todos os pacientes com menos de 85 anos de idade.
 - o clopidogrel não deve ser introduzido na fase aguda, junto ao ácido acetilsalicílico, para pacientes com mais de 75 anos de idade.
 - não se deve administrar dose de carga do clopidogrel, oferecido junto ao ácido acetilsalicílico na fase aguda, para pacientes com mais de 75 anos de idade.
 - a combinação entre ácido acetilsalicílico e clopidogrel deve ser prescrita, incluindo a dose de carga, para pacientes de qualquer faixa etária, na fase aguda.
 - a manutenção com clopidogrel é indicada em receptores de *stent* não farmacológico por pelo menos 12 meses, passando a pelo menos 6 meses se o *stent* for farmacológico.
40. Após sofrer um infarto agudo do miocárdio com suprades-
nive-
lamento de ST, deve-se considerar para a orientação do paciente quanto à retomada de sua vida sexual que
- a atividade sexual equivale a 2-3 METs durante a fase pré-orgásmica e a 3-4 METs durante o orgasmo, ou seja, corresponde a caminhar no plano a uma velocidade de 3,0-6,0 km/h.
 - o risco relativo de um infarto do miocárdio nas duas horas que se seguem a um ato sexual atinge cerca de 6 vezes o observado numa população controle.
 - o risco relativo de IAM após relação sexual é cerca de 3 vezes maior em pacientes com história prévia de angina ou IAM do que naqueles sem antecedentes cardiovasculares.
 - em pacientes estáveis, sem complicações, a atividade sexual com o(a) parceiro(a) habitual pode ser reiniciada em aproximadamente 40 a 60 dias.
 - independentemente de suas perigosas interações com nitratos, drogas como o sildenafil não devem ser usadas antes de 2 a 3 meses do infarto, pelo estresse cardiovascular que promovem.
41. Sobre a variabilidade da frequência cardíaca, sabe-se que
- é produto basicamente do tono simpático e que seus valores variam inversamente com o risco de morte súbita, fortalecendo o conceito de que a atividade parassimpática aumentada acresce risco cardiovascular.
 - SDNN de 50 ms na segunda semana pós-infarto do miocárdio implica em cerca de 5 vezes mais mortalidade do que SDNN de pelo menos 100 ms no mesmo período.
 - ela se mostra uma variável preditora independente para a mortalidade no pós-infarto agudo do miocárdio, atingindo seu pior prognóstico com valores de SDNN abaixo dos 150 ms.
 - parece haver clara correlação entre o grau de estenose coronária e a redução da variabilidade da frequência cardíaca nos pacientes com angina estável submetidos a cateterismo.
 - a normalização dessa variabilidade, após um infarto do miocárdio, ocorre muito modestamente, no máximo para 1,5 vez o valor observado durante o quadro agudo, só se recuperando com revascularização efetiva.
42. Assinale o critério eletrocardiográfico com maior sensibilidade para o diagnóstico de sobrecarga ventricular direita:
- R/S em $V_1 > 1$.
 - S em $V_1 \leq 2$ mm.
 - deflexão intrinsecoide em $V_{3R} > 0,04$ s.
 - S em V5 ou V6 ≥ 7 mm.
 - R em $V_1 \geq 7$ mm.
43. Assinale o critério eletrocardiográfico com maior especificidade para o diagnóstico de sobrecarga ventricular direita:
- R/S em $V_1 > 1$.
 - S em $V_1 \leq 2$ mm.
 - deflexão intrinsecoide em $V_{3R} > 0,04$ s.
 - S em V5 ou V6 ≥ 7 mm.
 - R em $V_1 \geq 7$ mm.
44. É reconhecida a correlação entre a apneia obstrutiva do sono e a hipertensão arterial sistêmica. Sobre essa relação, sabe-se que
- a presença do ronco torna-se suficientemente significativa para prever a hipertensão a partir da quinta década de vida nos homens e a partir da menopausa nas mulheres.
 - a queda na saturação de oxigênio parece ser significativamente mais relevante do que os próprios episódios apneicos para promover hipertensão.
 - o efeito hipertensógeno da apneia obstrutiva do sono varia com a idade, sendo maior em pacientes com mais de 65 anos de idade do que em mais jovens.
 - a hipertensão nessas condições costuma apresentar endotelina-1 alta, renina alta e aldosterona alta, justificando a melhor resposta observada com captopril e espirolactona.
 - a amigdalectomia em pacientes entre 21 e 60 anos de idade acarreta resolução da apneia em cerca de 60% dos pacientes e resolução da hipertensão em metade destes.

45. Hipertensos frequentemente recebem a prescrição de atenolol. Em relação a essa opção terapêutica, é falso afirmar que
- (A) o atenolol é menos eficaz do que os betabloqueadores vasodilatadores para reduzir a pressão aórtica, embora apresente efeito semelhante sobre a pressão braquial, o que ajuda a compreender o seu menor poder cardioprotetor.
 - (B) o atenolol não consegue manter 24 horas de efeito suficiente, deixando algumas horas no fim das madrugadas sem proteção, justamente num horário propício aos picos hipertensivos coerentes com o pico circadiano do cortisol.
 - (C) o papel de redutores de infarto do miocárdio fatal ou não cabe melhor aos betabloqueadores lipofílicos, que também são superiores na redução dos picos hipertensivos induzidos por exercício, em ambos os casos superando o atenolol.
 - (D) os betabloqueadores lipofílicos, como o metoprolol, comparados com betabloqueadores hidrofílicos, como o atenolol, implicam em menor descarga simpática no hipotálamo, o que explica em parte seu melhor efeito na redução da morte súbita.
 - (E) os efeitos inotrópico e cronotrópico negativos do atenolol são aproximadamente equivalentes, havendo penetração em sistema nervoso central em quantidade suficiente para aumentar o tona parassimpático e acarretar redução do risco de morte súbita.
46. Nos casos de fibrilação atrial incidindo em pacientes portadores de Wolf-Parkinson-White, é correto afirmar que
- (A) embora, nessas condições o impulso atrial possa ser conduzido rapidamente pela via rápida e induzir fibrilação ventricular, essa ocorrência é baixa.
 - (B) a indução de fibrilação ventricular nessas condições é mais provável nos pacientes cujo período refratário da via anômala for mais longo.
 - (C) o tratamento preconizado é a cardioversão elétrica tanto nos pacientes com má tolerância hemodinâmica quanto nos pacientes com boa tolerância.
 - (D) é contraindicada a administração intravenosa de procainamida ou propafenona caso a duração do QRS exceda os 120 ms, devendo ser cardiovertidos eletricamente esses pacientes.
 - (E) a ablação por cateter do feixe anômalo torna o risco de recorrência da fibrilação atrial tão pequeno quanto na população geral.
47. Nos pacientes com acometimento patológico do pericárdio, sabe-se que
- (A) a pressão intrapericárdica começa a subir aceleradamente quando o volume pericárdico se acumula entre 300 e 500 mL.
 - (B) o nível de BNP no fluido pericárdico guarda forte correlação com a pressão intrapericárdica, mas não com os volumes e pressões ventriculares.
 - (C) a complacência do pericárdio varia largamente com a velocidade de sua distensão, permitindo acomodação crônica a grandes derrames.
 - (D) a indicação de corticosteroides tem maior força de recomendação por evidência do que a indicação de colchicina nos casos de pericardite recorrente.
 - (E) a pressão arterial sistólica, que sobe cerca de 10 mmHg com a inspiração em pessoas normais, pode cair 10 a 15 mmHg com a inspiração em portadores de derrame pericárdico.
48. Nas disfunções do nó sinusal, sabe-se que
- (A) o que antigamente era conhecido como pausa atrial persistente, vista na amiloidose, por exemplo, é melhor descrito como fibrilação atrial fina, segundo eletrogramas intra-atriais.
 - (B) não se deve confundir o portador da síndrome bradi-taqui com pacientes que alternem períodos de bradicardia sinusal com períodos de fibrilação atrial de alta resposta.
 - (C) a incompetência cronotrópica, ou seja, a incapacidade de atingir ao menos 80% da frequência cardíaca prevista para a idade está ausente em 10% dos pacientes nesse grupo.
 - (D) existe a sugestão de que sejam provavelmente subdiagnosticados os casos em que a disfunção do nó sinusal, com indicação de marcapasso, é consequente à doença de Lyme.
 - (E) essas disfunções são relativamente raras nos corações transplantados, presumidamente em relação com a pequena influência do sistema nervoso autônomo nesses tecidos desnervados.
49. Será inesperado encontrar o sinal de Kussmaul em paciente com
- (A) cardiomiopatia restritiva.
 - (B) tumores atriais direitos.
 - (C) insuficiência tricúspide.
 - (D) tromboembolismo pulmonar maciço.
 - (E) infarto do ventrículo direito.
50. Em pacientes com insuficiência renal crônica moderada, eventualmente se apresentam questionamentos sobre a manutenção do uso de drogas inibidoras da enzima conversora de angiotensina. Dentre as várias drogas desse grupo, a que se espera ser mais tolerada por um paciente com insuficiência renal crônica leve a moderada, por ter eliminação predominantemente hepatobiliar, é
- (A) captopril.
 - (B) enalapril.
 - (C) tandrolapril.
 - (D) lisinopril.
 - (E) fosinopril.