



CONCURSO PÚBLICO

4. PROVA OBJETIVA

CONHECIMENTOS GERAIS E CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Médico Classe I – Cardiologia

INSTRUÇÕES

- ♦ VOCÊ RECEBEU SUA FOLHA DE RESPOSTAS E ESTE CADERNO CONTENDO 50 QUESTÕES OBJETIVAS.
- ♦ CONFIRA SEU NOME E NÚMERO DE INSCRIÇÃO NA CAPA DESTE CADERNO.
- ♦ LEIA CUIDADOSAMENTE AS QUESTÕES E ESCOLHA A RESPOSTA QUE VOCÊ CONSIDERA CORRETA.
- ♦ MARQUE NA TIRA A ALTERNATIVA QUE JULGAR CERTA E TRANSCREVA-A PARA A FOLHA DE RESPOSTAS, COM CANETA DE TINTA AZUL OU PRETA.
- ♦ A DURAÇÃO DA PROVA É DE 4 HORAS.
- ♦ A SAÍDA DO CANDIDATO DO PRÉDIO SERÁ PERMITIDA APÓS TRANSCORRIDA 1 HORA DO INÍCIO DA PROVA.
- ♦ AO TERMINAR A PROVA, VOCÊ ENTREGARÁ AO FISCAL A FOLHA DE RESPOSTAS E O CADERNO DE QUESTÕES.

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

VERSÃO

1

RESPOSTAS

01	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>

CONHECIMENTOS GERAIS

01. O sistema de saúde no Brasil, durante o período de 1988 a 1992, passou por uma situação de políticas que se caracterizaram por

- I. apoio ao modelo médico-assistencial privatista, expressa na expansão da assistência médica supletiva;
- II. prevalência da lógica da produtividade nos serviços públicos, por meio do Sistema de Informação Hospitalar e do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS;
- III. reforço à prática da pactuação entre as 3 esferas de governo.

Sobre as afirmações, é correto afirmar que

- (A) apenas II e III são corretas.
 - (B) apenas I e II são corretas.
 - (C) apenas I e III são corretas.
 - (D) I, II e III são corretas.
 - (E) nenhuma é correta.
- 02.** As negociações de serviços de atendimento a populações de municípios de diferentes níveis de complexidade devem ser
- (A) definidas pelo gestor estadual e homologadas nos conselhos de saúde de cada um dos municípios.
 - (B) definidas pelo Conselho Estadual de Saúde, mediante a apresentação da situação pelos conselhos municipais de saúde correspondentes.
 - (C) mediadas pelo gestor municipal do município de maior complexidade, mediante uma cooperativa intermunicipal.
 - (D) mediadas pelo estado, tendo como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na comissão intergestores bipartite regional.
 - (E) definidas pelo gestor federal, mediante termo de compromisso firmado na comissão intergestores tripartite.
- 03.** A Constituição Federal prevê o financiamento do Sistema Único de Saúde, por meio de recursos
- (A) do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.
 - (B) da contribuição provisória sobre movimentações financeiras (CPMF) e outras formas de taxação similares.
 - (C) do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, exclusivamente.
 - (D) do orçamento da União obrigatoriamente, e facultativamente dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.
 - (E) do orçamento da União, dos Estados e dos Municípios de porte maior que 100 000 habitantes.

04. Ao Programa da Saúde da Família (PSF) foram atribuídas

- (A) as ações básicas de emergência a todos os pacientes que procurem a unidade de saúde e o cadastramento de todos os habitantes da região.
- (B) as ações de promoção de saúde aos habitantes de uma determinada região, com ênfase aos menores de 14 anos e maiores de 60 anos de idade.
- (C) as funções de realizar a vacinação de todas as crianças e a de desenvolver ações de prevenção de acidentes, particularmente de trânsito.
- (D) as funções de cadastramento de todos os habitantes da região, com exceção daqueles que trabalham fora dela, e a de vacinação de todas as crianças e idosos.
- (E) as funções de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, e de promover a reorganização da prática assistencial.

05. O coeficiente de mortalidade geral

- (A) é um indicador extremamente confiável para medir a universalidade e a integralidade do sistema único de saúde.
- (B) tem sido abandonado pela deficiência dos serviços de registro de dados vitais que prejudicam a sua confiabilidade.
- (C) é muito utilizado em saúde pública, apesar de seu uso em estudos comparativos ser prejudicado pela presença de variáveis intervenientes.
- (D) depende diretamente do correto preenchimento das declarações de óbito e deverá ser utilizado novamente só após treinamento aos médicos de todo o país.
- (E) é um indicador pouco confiável para avaliar o acesso ao sistema de saúde, mas utilizado para medir o desenvolvimento econômico de uma sociedade.

06. No Brasil, nas últimas décadas,

- (A) as doenças e agravos não-transmissíveis têm crescido em número, mas sem impacto ainda nos custos econômicos.
- (B) tem ocorrido uma redução da mortalidade precoce, especialmente a ligada a doenças infecciosas e parasitárias.
- (C) as doenças crônicas não-transmissíveis têm sido a principal causa de reabilitação profissional.
- (D) os transtornos psíquicos tradicionalmente não são incluídos entre as doenças e agravos não-transmissíveis.
- (E) os conflitos no campo têm sido os principais responsáveis pelo aumento significativo das mortes por causas externas.

07. Espera-se, com o programa nacional de controle do tabagismo,

- (A) a sua diminuição e, conseqüentemente, dos custos sociais e econômicos das doenças dele decorrentes.
- (B) a diminuição das doenças crônicas do sistema respiratório, com exceção do câncer de pulmão, que tem outras causas mais significativas.
- (C) o aumento da obesidade e das doenças cardiovasculares, comuns nas populações com menor índice de tabagismo.
- (D) a substituição do hábito do tabagismo pelo do consumo de álcool, que deverá ser alvo de outro programa nacional.
- (E) a diminuição de doenças crônicas do sistema respiratório, porém, com pouco impacto nos custos sociais e econômicos.

08. Segundo a Resolução CREMESP 167/2007, o atestado ou relatório médico solicitado ou autorizado pelo paciente ou representante legal, para fins de perícia médica, deverá conter

- (A) apenas informações sobre o diagnóstico, os exames complementares, a conduta terapêutica proposta e as conseqüências à saúde do seu paciente, deixando a avaliação da incapacidade para o trabalho e para atividades de vida diária para o médico perito.
- (B) apenas informações sobre o diagnóstico, os exames complementares, a conduta terapêutica proposta, pois a avaliação para fins de afastamento, readaptação ou aposentadoria é exclusiva do médico perito.
- (C) apenas informações sobre a incapacidade para o trabalho e para as atividades de vida diária, pois esses são os dados considerados na avaliação pericial para fins de afastamento, readaptação ou aposentadoria.
- (D) diagnóstico e exames complementares, com ênfase nas alterações encontradas, sem qualquer menção a afastamento, necessidade de readaptação ou aposentadoria.
- (E) diagnóstico, exames complementares, conduta terapêutica proposta e conseqüências à saúde do paciente, podendo sugerir afastamento, readaptação ou aposentadoria, ponderando ao paciente que a decisão caberá ao médico perito.

09. Assinale a alternativa correta.

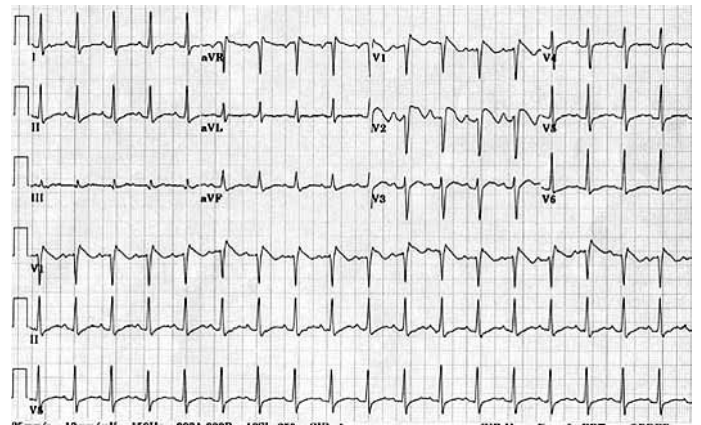
- (A) A incidência de mortes por acidentes de trânsito no município de São Paulo é similar à de cidades como Paris.
- (B) Não há mais casos de leptospirose no município de São Paulo há 10 anos, graças à vacinação.
- (C) A prevalência de hanseníase na população adulta no município de São Paulo é maior do que a de diabetes.
- (D) A prevalência de fumantes entre homens é maior do que entre mulheres, segundo inquérito domiciliar de saúde realizado em 2003.
- (E) Nos últimos 2 anos, houve mais de 100 casos de sarampo no município de São Paulo.

10. Assinale a alternativa correta.

- (A) As Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho são de notificação compulsória.
- (B) A varíola foi excluída da lista de agravos de notificação compulsória por ter sido considerada eliminada.
- (C) O tétano foi excluído da lista de agravos de notificação compulsória por ter sido considerado controlado.
- (D) As gripes em pessoas de mais de 60 anos de idade são de notificação compulsória no município de São Paulo.
- (E) As hepatites por vírus são de notificação compulsória imediata no estado de São Paulo.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

As questões de números 11 e 12 referem-se ao eletrocardiograma a seguir, registrado em regime ambulatorial.



11. O paciente portador desse eletrocardiograma tem 37 anos de idade e se queixa de desconforto torácico seguido por síncope e recuperação espontânea e breve, sem seqüelas aparentes, desencadeado enquanto assistia a uma comédia romântica no cinema. Seu diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de Brugada.
- (B) síndrome de Wolff-Parkinson-White.
- (C) displasia arritmogênica do ventrículo direito.
- (D) comunicação interatrial com hipertensão pulmonar.
- (E) síndrome do QT longo.

12. O tratamento indicado para esse paciente

- (A) será dependente da análise do estudo eletrofisiológico.
- (B) é a colocação de desfibrilador-cardioversor implantável.
- (C) dependerá da manometria de câmaras direitas.
- (D) é o uso não combinado de quinidina ou beta-bloqueio.
- (E) faz-se pela ablação elétrica do feixe anômalo.

13. Se um paciente portador de doença arterial coronária crônica estável, durante um episódio de angina desencadeada por esforço, se submeter a massagem do seio carotídeo ou a manobra de Valsalva, é esperado que

- (A) haja precipitação de arritmias ventriculares complexas pelo aumento em rebote do tono simpático.
- (B) a intensidade da angina aumente em conseqüência da redução do débito cardíaco para as coronárias.
- (C) a angina primeiro melhora e depois piora de intensidade, acompanhando a frequência cardíaca.
- (D) se produza redução dos riscos associados de morte súbita, pelo maior tono parassimpático.
- (E) haja alívio da angina associado, respectivamente, à redução de frequência cardíaca e de pré-carga.

14. Ao quantificar visualmente a estenose de uma artéria coronária, é correto considerar que
- (A) trechos vizinhos à lesão, desde que angiograficamente lisos, são referências ideais para comparação.
 - (B) quando a estimativa da estenose diverge em duas projeções diferentes, considera-se a média.
 - (C) o calibre de um vaso deve ser considerado independente de sua condição dominante ou não.
 - (D) a redução de 50% do lúmen corresponde à redução de 3 a 4 vezes da reserva de fluxo coronário.
 - (E) o uso do número de *frames* para atingir certos marcos indica quase só doença do leito distal.

15. Paciente com queixa de dispnéia e palpitações precordiais aos esforços apresenta pulso venoso jugular com o perfil representado pelo gráfico.



Trata-se de

- (A) fibrilação atrial.
 - (B) estenose mitral.
 - (C) bloqueio atrioventricular total.
 - (D) estenose aórtica.
 - (E) restrição pericárdica.
16. À ausculta de um paciente com queixa de dor torácica, observa-se quarta bulha em ápice, A_2 hipofonética +/4, sopro de predomínio mesossistólico, ejetivo, Grau II(VI), em área aórtica acessória e em área aórtica, pouco irradiado às carótidas, que se mostra mais intenso com o paciente em pé que com o paciente em decúbito dorsal horizontal. Trata-se de
- (A) estenose aórtica moderada.
 - (B) comunicação interventricular.
 - (C) cardiomiopatia hipertrófica.
 - (D) dupla disfunção aórtica.
 - (E) valva aórtica bicúspide.

As questões de números 17 a 19 referem-se a um homem de 48 anos de idade, que procura atenção médica após duas medidas independentes e recentes de pressão arterial 145 X 95 mmHg e queda sutil de rendimento físico no trabalho como almoxarife.

17. Na Unidade Básica de Saúde, nova medida de pressão aponta 130 X 90 mmHg, com índice de massa corpórea de 30 kg/m² e cintura de 92 cm. Não se observam outras anomalias no exame e seu eletrocardiograma é laudado como normal. Indica-se monitoramento residencial da pressão arterial (MRPA), segundo o que orientam as diretrizes brasileiras, e o paciente recebe o aparelho, é treinado e orientado a

- (A) obter três medidas diárias (manhã, tarde e noite) ao longo de duas semanas, desprezando-se as três medidas mais altas e as três medidas mais baixas.
- (B) medir a pressão arterial pela manhã e todas as vezes em que perceber sintomas, ao longo de uma semana, levando-se em consideração todas as medidas.
- (C) obter três medidas entre 6 e 10 h e três medidas entre 18 e 22 h, durante cinco dias úteis consecutivos, dos quais se despreza o primeiro.
- (D) obter uma medida entre 6 e 8 h e uma medida, ao se deitar à noite, durante sete dias consecutivos, levando-se em consideração todas as medidas.
- (E) registrar medidas aleatórias, pelo menos três vezes ao dia, por sete dias consecutivos ou não, evitando obtenção de valores viciados por cuidados especiais ou ritmo circadiano.

18. Os resultados da MRPA foram normais, ou seja,

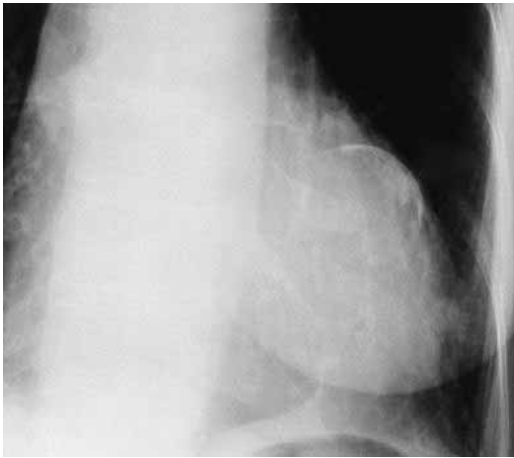
- (A) com menos de 40% das pressões sistólicas acima de 140 mmHg e das pressões diastólicas acima de 90 mmHg.
- (B) com menos de 25% das pressões sistólicas acima de 140 mmHg e das pressões diastólicas acima de 90 mmHg.
- (C) sem valores acima de 140 X 90 mmHg e sem variação diária da pressão sistólica acima de 20 mmHg.
- (D) sem correlação entre os sintomas de fadiga e variações significativas da pressão arterial.
- (E) com média das pressões sistólicas ≤ 135 mmHg e média das pressões diastólicas ≤ 85 mmHg.

19. O diagnóstico para a condição observada é

- (A) hipertensão do avental branco.
- (B) hipertensão mascarada.
- (C) pré-hipertensão.
- (D) hipertensão instável.
- (E) hipertensão episódica.

20. Mulher de 26 anos, portadora de síndrome de Marfan e com intenção de engravidar, apresenta aneurisma de aorta torácica de 4,6 cm de diâmetro. Recomenda-se
- (A) instituição de beta-bloqueio, mantido ao longo de toda a eventual gestação.
 - (B) correção cirúrgica do aneurisma, antes mesmo da concepção.
 - (C) acompanhamento bimestral dos diâmetros, com intervenção endovascular, se necessário.
 - (D) contra-indicação formal à realização de suas pretensões de engravidar.
 - (E) acompanhamento regular da gravidez, com preferência pelo parto normal.

Analise a radiografia.



21. O detalhe reproduzido corresponde à radiografia pósterio-anterior do tórax de uma mulher de 63 anos de idade, trabalhadora rural, tabagista de 35 anos-maço, com grandes varizes de membros inferiores e restrição por dispnéia CF-II (NYHA), sem acompanhamento médico regular após antecedentes de dor torácica intensa há 9 anos, mantendo-se então internada 12 dias por diagnóstico que ignora. O padrão radiográfico apresentado corresponde a
- (A) aneurisma de aorta torácica descendente.
 - (B) espessamento pericárdico pós-pericardite.
 - (C) bolha enfisematosa em língula.
 - (D) aneurisma do ventrículo esquerdo.
 - (E) trombo calcificado da artéria pulmonar.
22. Entre os pacientes internados em hospital por conta de insuficiência cardíaca, estatísticas brasileiras disponíveis fazem crer que
- (A) predominarão homens entre 40 e 65 anos de idade.
 - (B) mais de 30% serão internados novamente em 90 dias.
 - (C) apresentarão mortalidade intra-hospitalar média de 3% a 5%.
 - (D) ao redor de 15% sofrerão parada cardiorrespiratória nessa internação.
 - (E) até 25% terão morte súbita e não piora progressiva de sintomas.

23. Sobre as estatinas, é correto afirmar que

- (A) agem na via de transformação de mevalonato a colesterol, reduzindo a expressão genética da HMG-CoA redutase nos hepatócitos.
- (B) atorvastatina e rosuvastatina apresentam duração de ação maior que a de sinvastatina, induzindo menor expressão dos receptores de LDL.
- (C) reduzem os triglicérides porque, ao induzirem maior expressão dos receptores de LDL, também reduzem o VLDL, rico em triglicérides.
- (D) não afetam *in vivo* a oxidação periférica de lipoproteínas, auxiliando, assim, na proteção dos macrófagos e reduzindo a instabilidade das placas.
- (E) reduzem a inflamação vascular proporcionalmente à redução de proteína C-reativa altamente sensível e à redução do colesterol LDL.

24. Segundo a tradicional classificação de Vaughan Williams para antiarrítmicos, a classe correspondente a adenosina (útil para taquicardias supraventriculares) e a cloreto de magnésio (útil para fibrilação ventricular recorrente) é, respectivamente:

- (A) III; Ib.
- (B) III; nenhuma.
- (C) IV; nenhuma.
- (D) nenhuma; Ib.
- (E) nenhuma; nenhuma.

25. Quando um paciente se submete a qualquer teste cardiológico de sobrecarga em esteira,

- (A) a frequência cardíaca apresenta aumento inicial basicamente por reflexo à distensão das artérias pulmonares e, mais adiante, majoritariamente por inibição vagal.
- (B) a frequência cardíaca chega ao máximo quando o débito cardíaco chegou a 80% do máximo, restando, ainda, uma reserva de função por conta do aumento do volume sistólico.
- (C) o aumento do débito cardíaco é basicamente dependente da frequência cardíaca, pois o retorno venoso e o esvaziamento sistólico ventricular ocorrem mais dificilmente que em repouso.
- (D) distribui-se maior fluxo sanguíneo aos músculos com alta capacidade oxidativa que aos músculos com alta capacidade glicolítica, não só por condições metabólicas locais.
- (E) a vasodilatação muscular induzida pelo exercício reverte-se em até duas horas após a cessação do teste, correspondendo ao período de retorno do vago à atividade normal.

26. Sobre a febre reumática (FR), sabe-se atualmente que
- as meta-análises mostram que os antiinflamatórios hormonais são superiores ao placebo para prevenir a evolução da cardite à cardiopatia crônica.
 - o Brasil ainda apresenta incidência da doença próxima ao dobro do que se observa na África sub-saariana ou no centro-sul da Ásia.
 - a ausência de história recordada de faringo-amigdalite na maioria dos pacientes atesta a importância etiopatogênica do estado de portador.
 - o *Streptococcus pyogenes* torna-se menos virulento, mas mais capaz de desencadear a FR em grupamentos humanos mais apinhados.
 - para pacientes com cardiopatia reumática crônica comprovada, bastam dois critérios menores para o diagnóstico de recorrência da crise.
27. Mulher eurodescendente, de 32 anos, apresenta-se, não medicada, com hipertensão arterial sistêmica (190 X 110 mmHg), sem edema, presença de quarta bulha em área mitral, fundo de olho com relação A:V = 1:4, eletrocardiograma com achatamento de ondas T em derivações I, aVL, V₄, V₅ e V₆, junto a QTc = 0,48 s, *doppler* mitral sugerindo deficiência do relaxamento diastólico do ventrículo esquerdo, *clearance* de creatinina = 89 mL/min/1,73 m², Na = 148 mEq/L, K = 3,3 mEq/L, K (urinário) = 40 mEq/dia, pH sanguíneo = 7,50 e taxa aldosterona-renina = 64. Sobre os dados apresentados, pode-se dizer que
- se deverá buscar a confirmação do diagnóstico de hiperaldosteronismo primário pela prova de inibição da secreção de aldosterona por restrição salina.
 - é esperado que ocorra redução da aldosteronemia três horas após 1 mg/kg de captopril oral, diferenciando o quadro primário de secundário.
 - a queda de aldosterona após várias semanas de consumo diário de 400 mg de espironolactona ocorre, mas não promove queda da pressão arterial.
 - se a ressonância nuclear magnética reconhecer hipertrofia bilateral das adrenais, o tratamento cirúrgico está indicado.
 - valores inferiores a 20 para a taxa aldosterona-renina excluiriam a hipótese de se tratar de hiperaldosteronismo primário.
28. Considerando, respectivamente e em mmHg, pressão de átrio direito, pressão de ventrículo direito, pressão de artéria pulmonar, pressão capilar pulmonar em cunha e índice cardíaco, o perfil hemodinâmico mais sugestivo de infarto miocárdico do ventrículo direito é:
- 5; 25/5; 30/15; 15; 3,0
 - 5; 40/5; 40/20; 20; 2,3
 - 10; 55/5; 55/25; 20; 2,3
 - 15; 30/15; 30/12; 10; 1,9
 - 15; 25/15; 25/12; 12; 1,9
29. Durante a realização de intervenções coronárias percutâneas por cateter, há preocupação com os efeitos da embolização distal de fragmentos da placa aterosclerótica. Sobre esses efeitos, pode-se dizer que
- são desprezíveis nos pacientes com baixo índice de calcificação coronária e nas intervenções primárias, ganhando maior valor nas angioplastias sobre enxertos venosos.
 - são angiograficamente detectáveis em cerca de 15% dos pacientes, mas em até 75% dos pacientes se forem considerados os restos colhidos por protetor mecânico distal.
 - os ensaios já publicados sugerem que a proteção mecânica distal por filtro acelera a reversão do segmento ST e reduz a massa miocárdica comprometida.
 - estudos mais recentes sugerem que a realização de trombectomia prévia à angioplastia primária sob proteção mecânica distal reduz o tamanho do infarto e a mortalidade.
 - a indicação rotineira da proteção mecânica distal por filtro só está baseada em evidências atuais para casos com trombos grandes ou placas claramente rotas.
30. Desde 1949, quando Norman Jefferis Holter começou a usar a eletrocardiografia ambulatorial, o método vem se aprimorando. Sobre seus recursos atuais, sabe-se que
- o modo *memory-loop* consegue obter dados relevantes em cerca de 25% dos pacientes com síncope recorrente.
 - os pacientes encontram maior facilidade para conformar-se ao *memory-loop* que aos aparelhos de registro contínuo.
 - os aparelhos *memory-loop* implantáveis no subcutâneo devem permanecer ativos por 3 meses para documentar 68% das síncope.
 - a indicação de registro em *memory-loop* é formal quando se esperarem sintomas recorrentes a cada 7 a 14 dias.
 - o registro prolongado em atletas normais revela frequência significativamente maior de extrasístoles ventriculares.
31. Quanto às indicações e contra-indicações da ressonância nuclear magnética em cardiologia, é correto afirmar que
- pacientes com *stents* metálicos recém-colocados nas coronárias podem realizar normalmente o exame.
 - portadores de marcapasso podem realizar o exame sem problemas maiores que a frequência fixa.
 - há contra-indicação do exame em portadores de prótese aórtica em tórax.
 - há contra-indicação do exame em pacientes com suturas metálicas de esternotomia.
 - há contra-indicação do exame para investigação de estenose aórtica subvalvar congênita.

32. Mulher de 42 anos, trabalhadora burocrática, portadora de prolapso da valva mitral, evolui assintomática, embora sedentária. Apresenta agorafobia em tratamento psicoterapêutico há 6 meses, sem medicações. Mostra pressão arterial de 120 X 80 mmHg, frequência cardíaca de 88 batimentos/min, eupneica, corada, acianótica, boa perfusão periférica. Ausculta-se sopro holossistólico regurgitativo, grau II (VI), em área mitral, com irradiação à linha axilar posterior esquerda e ao mesocárdio. Murmúrio vesicular normal e sem ruídos adventícios. Hepatimetria normal, espaço de Traube timpânico. Sem edema. O eletrocardiograma mostra sobrecarga elétrica de câmaras esquerdas, sem alterações específicas da repolarização ventricular. O ecocardiograma assegura que o átrio esquerdo está dilatado, com 1,4 vezes o diâmetro da raiz da aorta. A espessura e o espessamento sistólico do septo interventricular e da parede posterior do ventrículo esquerdo são normais. Há espessamento e prolapso de ambos os folhetos mitrais, com alongamento de cordoalhas tendíneas e insuficiência mitral moderada a severa. Nota-se pequena insuficiência tricúspide, permitindo estimar em 40 mmHg a pressão sistólica da artéria pulmonar. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo em repouso é de 0,50, com diâmetro diastólico final de 58 mm e diâmetro sistólico final de 49 mm. Segundo a evidência disponível, indica-se melhor
- (A) acompanhamento ecocardiográfico semestral.
 - (B) beta-bloqueio com carvedilol mais diuréticos.
 - (C) intervenção cirúrgica sobre a valva mitral.
 - (D) tratamento apenas medicamentoso enquanto assintomática.
 - (E) profilaxia de endocardite infecciosa e seguimento bimestral.
33. Indica-se profilaxia antimicrobiana para endocardite infecciosa em portadores de
- (A) desfibrilador-cardioversor implantado.
 - (B) comunicação interatrial tipo *ostium secundum*.
 - (C) cardiomiopatia hipertrófica.
 - (D) doença de Kawasaki prévia, independente das valvas.
 - (E) prolapso da valva mitral sem regurgitação.
34. Níveis plasmáticos normais de dímero-D têm sensibilidade e valor preditivo negativo de, pelo menos, 98% para trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar. Entretanto, seus níveis podem estar elevados em outras condições. Não se espera que seu nível esteja elevado em quadros de
- (A) câncer.
 - (B) infarto do miocárdio.
 - (C) pós-operatório.
 - (D) primeiro trimestre de gravidez.
 - (E) estado inflamatório sistêmico.
35. A cintilografia pulmonar de perfusão e inalação
- (A) tem alta sensibilidade, mas baixa especificidade.
 - (B) tem alta especificidade, mas baixa sensibilidade.
 - (C) tem sensibilidade e especificidade baixas.
 - (D) não consegue o diagnóstico em até 20% dos pacientes.
 - (E) não deve mais ser realizada, substituindo-se por tomografia computadorizada.
36. Sobre as doenças cardiovasculares em idosos, sabe-se que
- (A) se detecta bloqueio atrioventricular de primeiro grau em até 10% dos idosos saudáveis.
 - (B) os benefícios da ressincronização ventricular são especialmente grandes em idosos.
 - (C) é mais eficaz o controle de ritmo que o controle de frequência na fibrilação atrial em idosos.
 - (D) é mais eficaz o controle de frequência que o controle de ritmo na fibrilação atrial em idosos.
 - (E) os bloqueios tanto de ramo direito quanto de ramo esquerdo acarretam maior mortalidade.
37. Homem de 79 anos, tabagista de 2 cigarros de palha / dia desde os 8 anos, normotenso até 5 anos atrás (quando mediu pela última vez a pressão arterial), com antecedentes familiares de infarto do miocárdio antes dos 50 anos em parentes de segundo grau, sem medida prévia dos níveis lipídicos, apresenta-se 8 horas após o início de dor torácica, pânico, sudorese fria e vômitos. Tem antecedentes de retirada cirúrgica, há 2 anos, de hematoma subdural crônico após queda acidental da própria altura. Há 2 meses, após nova queda acidental, teve fratura do fêmur direito, tratada cirurgicamente. Ao exame físico, encontra-se em Killip I, não obstante levemente desidratado. Não se observam anormalidades neurológicas. O eletrocardiograma revela supradesnivelamento de ST em derivações I, aVL, V₅ e V₆, com bloqueio de ramo direito e sem traçados antigos disponíveis para comparação. A troponina I, fração cardíaca, está uma vez e meia acima do limite logo à chegada. É válido considerar para a opção terapêutica que
- (A) após os 75 anos, haja vista o elevadíssimo risco hemorrágico, não se indica mais fibrinólise medicamentosa.
 - (B) seu hematoma subdural crônico, mesmo que retirado já há 2 anos, representa contra-indicação absoluta à fibrinólise medicamentosa.
 - (C) a presença de bloqueio de ramo possivelmente recente representa contra-indicação relativa à fibrinólise medicamentosa.
 - (D) a acumulação de suas três contra-indicações relativas à fibrinólise medicamentosa a contra-indicam neste evento.
 - (E) a fibrinólise medicamentosa está contra-indicada pelo antecedente de cirurgia cruenta há menos de 3 meses e pela idade avançada.

38. Dentre estes marcadores de lesão miocárdica, o que mais rapidamente retorna ao normal após um infarto do miocárdio é
- (A) troponina I cardíaca.
 - (B) troponina T cardíaca.
 - (C) CKMB-massa.
 - (D) mioglobina.
 - (E) relação CPK/CKMB.
39. Homem eurodescendente, de 19 anos, portador de cardiopatia reumática crônica, com dupla disfunção mitral previamente assintomática, entra em intenso quadro agudo de dispnéia durante jogo de futebol na várzea. Na emergência, mostra pressão arterial de 110 X 95 mmHg, ritmo sinusal a 132 batimentos / minuto, cianose periférica +++/4, M₁ hiperfonética ++/4, P₂ hiperfonética +++/4, B₃ em ápice, sopro holossistólico regurgitativo rude G IV (VI) em área mitral irradiada ao dorso e ao mesocárdio, ruflar mesodiastólico G II (VI) em área mitral, com dificuldades de auscultar reforço pré-sistólico em paciente agitado e taquicárdico. Ausculta-se redução global do murmúrio vesicular, junto a sibilância generalizada, com estertores crepitantes bastante infreqüentes e uso intenso de musculatura acessória para inspiração e expiração. Hepatimetria normal e espaço de Traube timpânico, com ruídos hidroaéreos reduzidos de freqüência. Sem edema em membros inferiores. O laboratório informa que a hemoglobina é de 13,8 g/dL, o perfil leucocitário é normal e há trombocitose discreta. A saturação arterial de oxigênio é de 80% e o pH é de 7,32. Em relação ao quadro semiológico do paciente, deve-se considerar que
- (A) a concentração arterial de desoxi-hemoglobina é maior do que 2,5 g/dL; logo, explica adequadamente o grau acentuado de cianose.
 - (B) não se justifica a entrada em edema agudo de pulmão em paciente assintomático a grandes esforços, certamente indicando tromboembolismo ou ruptura valvar.
 - (C) a hepatimetria normal e a ausência de edema de membros inferiores asseveram que a volemia deve estar normal e não participa da etiopatogenia do quadro.
 - (D) o quadro parece derivar-se de provável hipertensão arterial pulmonar e não da disfunção valvar, face à hiperfonese de P₂ e à redução do diferencial da pressão arterial.
 - (E) a cianose periférica não seria perceptível apenas pela condição pulmonar, mas se torna intensa porque, provavelmente, existe queda associada do débito cardíaco.
40. Segundo as diretrizes brasileiras, ao indicar a cinecoronariografia, deve-se considerar que
- (A) os contrastes iodados, tanto de alta quanto de baixa osmolaridade, têm propriedades trombogênicas.
 - (B) os contrastes não iônicos quelam avidamente o cálcio, decorrendo propriedades antitrombóticas.
 - (C) após injeção de contraste, há depressão miocárdica seguida por 8 a 10 s de hipertensão rebote.
 - (D) a sensação de calor intensa durante a injeção de contraste é produzida porque este tem pH básico.
 - (E) o maior risco nefrotóxico é de quadro oligúrico com pico em 24 horas e reversão em 5 a 7 dias.
41. Sobre as correlações entre pericardite e infecção pelo HIV, pode-se afirmar que
- (A) cerca de um terço de todas as pericardites são atualmente relacionadas a pacientes com o HIV.
 - (B) a pericardite, embora freqüente, só produz tamponamento em 10% desses pacientes.
 - (C) evidências em autópsia sugerem que cerca de 80% dos infectados tinham algum grau de pericardite.
 - (D) as neoplasias mais comuns nesses pacientes não produzem comprometimento pericárdico.
 - (E) mais da metade dessas pericardites não chegam a ter identificação de agente etiológico.
42. Mulher de 47 anos é levada ao pronto-socorro em taquicardia ventricular sem pulso. Segundo os algoritmos atuais do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, a primeira opção de antiarrítmico a ser usado é
- (A) lidocaína.
 - (B) sulfato de magnésio.
 - (C) epinefrina.
 - (D) procainamida.
 - (E) amiodarona.
43. Sobre o choque cardiogênico instalado sobre infarto agudo do miocárdio, sabe-se que
- (A) um terço dos pacientes que apresentarão choque após um infarto agudo do miocárdio já o apresentarão à internação hospitalar.
 - (B) se o choque não se houver estabelecido até o quarto dia pós-infarto, a probabilidade de que venha a fazê-lo depois cai a menos de 2%.
 - (C) a maior probabilidade de que ocorra se dá em homens com idade menor do que 45 anos ou maior do que 85 anos.
 - (D) tem o dobro de incidência entre pacientes com supradesnívelamento de ST quando comparados aos pacientes com infradesnívelamento de ST.
 - (E) esse quadro denuncia que, pelo menos, 60% da massa miocárdica ventricular foi agudamente afetada pelo infarto.

44. Quanto aos fatores predisponentes à dissecção de aorta, é sabido que
- (A) a degeneração cística da média, associada ou não a Marfan, apresenta-se em mais de 70% dos casos.
 - (B) cerca de um quarto dos pacientes com dissecção não tem antecedentes de hipertensão arterial.
 - (C) mais de um terço dos pacientes com dissecção de aorta apresenta arterite de células gigantes.
 - (D) o uso de cocaína em caucasianos com mais de 40 anos se associa a cerca de 5% dos casos atualmente.
 - (E) as mulheres grávidas ou puérperas têm menos dissecções de aorta do que as mulheres não grávidas.
45. Segundo o consenso global mais recente, constitui critério suficiente para diagnóstico de infarto do miocárdio agudo, recente ou em evolução:
- (A) elevação de ST e desenvolvimento de ondas Q patológicas no eletrocardiograma.
 - (B) dor torácica e elevação ou rebaixamento do segmento ST no eletrocardiograma.
 - (C) dor torácica e elevação típicas de marcadores bioquímicos de necrose do miocárdio.
 - (D) onda Q patológica no eletrocardiograma e distúrbio regional de cinesia do miocárdio.
 - (E) dor torácica e hipocinesia ou acinesia regional do miocárdio à ecocardiografia.
46. Na insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal,
- (A) nota-se maior prevalência nos grupos de menor faixa etária e entre os homens.
 - (B) a mortalidade é semelhante à observada em pacientes com redução da fração de ejeção.
 - (C) obesidade e/ou diabetes são comorbidades em cerca de 75% dos pacientes.
 - (D) a fibrilação atrial é menos comum do que nos casos com menor fração de ejeção.
 - (E) não se observa incidência tão alta de insuficiência renal quanto nos casos com redução da fração de ejeção.
47. Em pacientes com angina instável ou infarto do miocárdio sem elevação de ST, é boa norma terapêutica
- (A) oferecer oxigênio suplementar apenas aos cianóticos, com extensa crepitação ou saturação arterial de oxigênio inferior a 92%.
 - (B) retornar ao uso de nitratos orais, se não houver dor, após três a quatro horas sob uso endovenoso de nitroglicerina.
 - (C) iniciar o uso de beta-bloqueadores após as seis primeiras horas de evolução, assegurando-se, então, de não haver insuficiência cardíaca.
 - (D) usar bloqueadores de cálcio como a nifedipina associados a nitratos, mas nunca a beta-bloqueadores em pacientes na fase aguda.
 - (E) instalar infusão de fibrinolíticos e de heparina de baixo peso molecular o mais precocemente possível, reduzindo mortalidade e extensão da massa afetada.
48. É sabido que o uso indiscriminado de antiarrítmicos pode aumentar a mortalidade em pacientes no infarto agudo do miocárdio, tanto por redução da contratilidade quanto por efeitos pró-arrítmicos diretos. Alguns antiarrítmicos, além disso, podem elevar o limiar para desfibrilação. Entre eles, constam
- (A) procainamida e beta-bloqueadores.
 - (B) digoxina e verapamil.
 - (C) sotalol e propafenona.
 - (D) dofetilide e magnésio.
 - (E) amiodarona e lidocaína.
49. Segundo a classificação atualmente usada para as cardiomiopatias, pode ser considerada cardiomiopatia secundária a que se deve a
- (A) miocardite viral.
 - (B) taquicardia.
 - (C) defeitos de condução.
 - (D) doxorubicina.
 - (E) miopatias mitocondriais.
50. Sobre a estenose aórtica, é falso afirmar que
- (A) se detecta valva bicúspide em até 10% dos pacientes com a lesão e 65 anos ou mais.
 - (B) a forma degenerativa ou calcificada é um distúrbio aterosclerótico.
 - (C) o cardiomiócito aumenta de diâmetro, mas há perda de mitocôndrias e fibrose extensa.
 - (D) a forma reumática apresenta vascularização da valva, retração e, portanto, mais dupla disfunção.
 - (E) há aumento do fluxo coronário total, mas redução do fluxo coronário por 100 g de miocárdio.

