

**Concurso Público para provimento de cargos de
Médico - Nível III (Grau A) - Residência Médica
Cirurgia Cardiovascular**

Nome do Candidato

Caderno de Prova '04', Tipo 001

Nº de Inscrição

MODELO

Nº do Caderno

MODELO1

Nº do Documento

0000000000000000

ASSINATURA DO CANDIDATO

00001-0001-0001

P R O V A**Conhecimentos Gerais
Conhecimentos Específicos
Dissertativa****INSTRUÇÕES**

- Verifique se este caderno:
 - corresponde a sua opção de cargo.
 - contém 40 questões, numeradas de 1 a 40.
 - contém a proposta e espaços para rascunho e transcrição definitiva das três questões dissertativas. Caso contrário, reclame ao fiscal da sala um outro caderno. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta certa.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher a resposta certa.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

VOCÊ DEVE

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A,B,C,D,E) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS, conforme o exemplo: (A) ● (C) (D) (E)
- Ler o que se pede na Prova Dissertativa e utilizar, se necessário, o espaço para rascunho.

ATENÇÃO

- Marque as respostas primeiro a lápis e depois cubra com caneta esferográfica de material transparente de tinta preta.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de máquina calculadora.
- Em hipótese alguma os rascunhos das questões da Prova Dissertativa serão corrigidos.
- A duração da prova é de 5 horas para responder a todas as questões objetivas, preencher a Folha de Respostas e responder a Prova Dissertativa (rascunho e transcrição).
- Ao término da prova, chame o fiscal da sala e devolva todo o material recebido.
- Proibida a divulgação ou impressão parcial ou total da presente prova. Direitos Reservados.

**CONHECIMENTOS GERAIS**

1. Em relação às instituições públicas, é correto afirmar:
 - (A) Uma organização é considerada moderna se é capaz de usar o conhecimento para desenvolver e oferecer novos produtos e serviços, dentro de espírito inovador e criativo.
 - (B) Um ambiente de trabalho moderno é bastante rígido, proporciona disciplina, impermeabiliza procedimentos já existentes dentro da organização e evita inovações que desestabilizem a rotina.
 - (C) O fornecimento de informações aos cidadãos é essencialmente seletivo, para que eles não influenciem significativamente as decisões políticoadministrativas.
 - (D) A política de capacitação de servidores públicos prescinde de ferramentas de informática e uso das tecnologias da informação.
 - (E) O compartilhamento de conhecimento e informação na gestão pública será incluído como prioridade apenas em políticas de gestão do conhecimento futuras.

2. No momento em que o Governo avalia o desempenho de suas organizações e de seus servidores por metas ou objetivos alcançados, ele está avaliando a gestão pública por meio
 - (A) da eficiência.
 - (B) da eficácia.
 - (C) da efetividade.
 - (D) da qualidade.
 - (E) do custo.

3. De uma maneira geral, as competências gerenciais são classificadas em três categorias: conhecimentos, habilidades e atitudes. Essas categorias são necessárias para ocupar um cargo de gerente e dependem do nível hierárquico do cargo, das tarefas a serem desenvolvidas pelo gerente e do tipo de organização, entre outros fatores. A relação correta entre habilidades e nível hierárquico é:
 - (A) Quanto mais alto o nível hierárquico do cargo a ser ocupado, mais habilidades técnicas serão requeridas.
 - (B) Em cargos de gerências táticas e intermediárias são requeridas com maior intensidade as chamadas habilidades e atitudes.
 - (C) Em cargos com características operacionais são requeridas maiores habilidades técnicas como principal condição desse gerenciamento.
 - (D) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades atitudinais serão requeridas.
 - (E) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades conceituais serão requeridas.

4. O Brasil é um Estado organizado de forma Federativa. Isto significa que as atribuições inerentes aos poderes executivo, legislativo e judiciário são divididas em duas esferas de atuação: a Federal (União) e a Estadual. Em relação a essas esferas, é INCORRETO afirmar que
 - (A) a cúpula dos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário formam o núcleo estratégico do Estado.
 - (B) aos Estados e Municípios são atribuídas as ações de caráter local.
 - (C) a Constituição da União e as leis federais determinam o escopo e o alcance das constituições dos Estados Federados.
 - (D) o critério de divisão de poderes entre União e Estados membros é, ao mesmo tempo, funcional e territorial.
 - (E) os Estados têm total autonomia para formulação e aplicação de suas políticas, independentemente do poder central.

5. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) consta que: "são significativos os fatores externos decorrentes do desenvolvimento do capital humano sob a perspectiva do Ciclo de Vida. Ao mesmo tempo em que uma população saudável e bem nutrida influencia positivamente os indicadores educacionais, o investimento em educação tem reflexos positivos sobre os indicadores de saúde".
Dentre outras, são ações propostas no PMDI:
 - (A) adoção de perspectiva integrada de desenvolvimento do capital humano; salto de qualidade no ensino e ampliação da escolaridade da população jovem mineira, orientada por padrões internacionais (OCDE); superação da pobreza crônica das novas gerações; protagonismo juvenil e capacitação para o trabalho.
 - (B) aumento do número de escolas e hospitais de atendimento público; aumento de ambulatórios setoriais ou regionais; aumento do número de vagas para médicos no atendimento público.
 - (C) adoção de qualidade no ensino e no atendimento público em todos os órgãos destinados à população; superação da pobreza crônica e capacitação para o trabalho.
 - (D) superação da pobreza crônica; elaboração de programas materno-infantil e de adolescentes para diminuir a mortalidade infantil; construções de escola de nível médio e de ensino superior.
 - (E) construções de redes de hospitais de atendimento público; implantação em todo o estado mineiro do Programa de Saúde do Trabalhador; Construção de Escolas Públicas para aumentar o número de vagas disponíveis e capacitação para o trabalho.



6. É VETADO ao Funcionário Público
- (A) facilitar as atividades de fiscalização pelos órgãos de controle.
 - (B) observar os princípios e valores da Ética Pública.
 - (C) divulgar e informar a todos os integrantes de sua classe sobre a existência de Código de Conduta Ética.
 - (D) utilizar-se do cargo, emprego ou função para obter qualquer favorecimento para si ou outrem.
 - (E) apresentar-se ao trabalho com vestimentas adequadas ao exercício da função.
-
7. Dentre as características das organizações públicas modernas, nas quais o conhecimento é valorizado, encontra-se
- (A) coordenação centralizada de tarefas.
 - (B) predomínio do trabalho individual.
 - (C) transmissão do conhecimento coletivo, de preferência, em forma de documentos impressos.
 - (D) o servidor-polivalente e inovador.
 - (E) diminuição do poder dos usuários dos serviços dessas empresas.
-
8. Segundo seu delineamento, em um estudo de
- (A) *coorte*, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (B) caso-controle, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (C) prevalência, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (D) caso-controle, o risco da doença não é medido diretamente.
 - (E) caso-controle e de prevalência, o risco da doença é medido diretamente.
-
9. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe
- (A) que as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde do país sejam homogeneizadas e contempladas dentro de um documento igual para todos os estados.
 - (B) que a esfera federal de gestão realize todo o planejamento e a regionalização das ações fique a cargo dos estados e municípios.
 - (C) que cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) realize o seu planejamento.
 - (D) instrumentos de planejamento de centralização: Plano Diretor, Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).
 - (E) Plano Federal Bienal de Saúde, instrumento básico que norteia a Programação Bienal das ações e serviços de saúde prestados.
-
10. Sobre os modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar que
- (A) se fundamentam em regionalização, integralização e terceirização dos serviços.
 - (B) cada doença tem um nível de atenção à saúde (primária, média complexidade e alta complexidade) predeterminado.
 - (C) se fundamentam em regionalização e integração dos serviços interfederativos.
 - (D) foram implantados com vistas ao atendimento das Doenças de Notificação Compulsória (DNC).
 - (E) os serviços de atenção primária são as únicas portas de entrada no sistema SUS.



-
11. O projeto de vigilância em saúde (Vigisus) é
- (A) voltado à redução de mortalidade por doenças transmissíveis e não abrange a exposição a fatores de risco associados com a saúde.
 - (B) composto de duas fases: Vigisus I (1999 a 2004) para Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigisus II (2005-2013) para Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.
 - (C) destinado à redução da mortalidade e da morbidade de doenças transmissíveis, mas não abrange as doenças não transmissíveis.
 - (D) executado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Fundação Nacional de Saúde, sendo financiado pelo Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento.
 - (E) direcionado para serviços de saneamento em grandes aglomerados urbanos e, por isso, não inclui a saúde de povos indígenas e quilombolas.
-
12. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições,
- (A) o controle e a fiscalização do serviço de internação e atendimento ambulatorial, não abrangendo a execução da política de sangue e seus derivados.
 - (B) a fiscalização e inspeção de alimentos quanto à qualidade sanitária, sem abranger a vigilância nutricional e a orientação alimentar.
 - (C) a participação na formulação da política de saúde pública, não incluindo a execução de ações de saneamento básico.
 - (D) a participação no controle e formulação da política de medicamentos, excetuando a participação na produção de insumos de interesse para a saúde.
 - (E) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
-
13. O controle social no Sistema Único de Saúde
- (A) diminuiu após a Norma Operacional Básica (NOB 1/96), desde que esta redefiniu vínculos de serviços com seus usuários.
 - (B) está contemplado em um dos blocos de financiamento para a gestão do Sistema Único de Saúde.
 - (C) está previsto somente para serviços públicos de assistência à saúde.
 - (D) pressupõe ações dos usuários sobre serviços, exclusivamente, da iniciativa privada.
 - (E) requer financiamento do próprio usuário.
-
14. A educação em saúde, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) é o objetivo de um Programa destinado a capacitar trabalhadores da saúde para a utilização adequada de equipamentos usados em serviços de saúde.
 - (B) está prevista em legislação, mas ainda não existe uma secretaria de gestão relacionada a essa área.
 - (C) restringe-se a um compromisso de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores da saúde.
 - (D) refere-se à qualificação de trabalhadores da saúde e, ainda, à promoção de hábitos saudáveis aos usuários do SUS.
 - (E) prevê atividades exclusivas dos trabalhadores da saúde para atendimento da população.
-
15. Quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência podem corresponder ao Piso Assistencial Básico (PAB) destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal.
 - (B) na esfera estadual, conta com recursos transferidos pela União e essas transferências regulares não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
 - (C) na esfera municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, existem transferências eventuais da União para municípios, as quais não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
 - (D) os fundos de saúde dos municípios não podem receber verba oriunda de reembolso de despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde.
 - (E) os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG) e o teto financeiro do estado; não deve conter os tetos de municípios.
-



16. Na legislação do Sistema Único de Saúde,
- (A) “Programação Pactuada e Integrada (PPI)” restringe-se às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.
 - (B) “Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)” é um montante que corresponde ao financiamento do conjunto de ações assistenciais em situações de emergência, assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde, transferido eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde.
 - (C) “Índice de Valorização de Resultados (IVR)” consiste na atribuição de valores adicionais ao teto financeiro da assistência do estado, transferidos eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, quando houver obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.
 - (D) “Remuneração por Serviços Produzidos” restringe-se ao pagamento direto aos prestadores privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor.
 - (E) “Fração Assistencial Especializada (FAE)” é um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado.
-
17. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê:
- (A) Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade de serviços de média complexidade, incluindo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar para sua própria população.
 - (B) Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, nos quais as funções de gestão e relacionamento com prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor municipal, podendo este delegar aos gestores de hospitais as funções de controle e avaliação dos prestadores.
 - (C) Ao governo federal cabe prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município, para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência, sempre de acordo com a Programação Pactuada e Integrada.
 - (D) A assistência de alta complexidade deve ser programada no âmbito federal, e em alguns casos macrorregionais, tendo em vista as características especiais desse grupo: alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.
 - (E) A programação da assistência de alta complexidade, consolidada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, não deve conter a referência de pacientes para outros Estados, ou mesmo, reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros Estados.
-
18. As ações de auditoria dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são
- (A) atividades que necessitam de um órgão que consolide as informações necessárias, analise os resultados obtidos em decorrência de suas ações, mas não proponha medidas corretivas.
 - (B) de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho.
 - (C) ações de controle que podem, ou não, auditar procedimentos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos.
 - (D) ações de controle que excluem autorização de internações e procedimentos ambulatoriais, desde que sejam critérios médicos.
 - (E) monitoramentos da qualidade dos serviços prestados, sem priorizar a regularidade e fidedignidade de registros de produção e faturamento de serviços.
-
19. Segundo Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS-NOAS 01), houve fortalecimento do controle, regulação e avaliação da assistência aos usuários devido
- (A) à criação de procedimentos técnico-administrativos prévios à prestação de serviços hospitalares, os quais não podem ser fiscalizados pelos usuários.
 - (B) à previsão de compra de serviços da rede privada, pautada apenas na sua indisponibilidade na rede pública.
 - (C) à possibilidade de compra de serviços da rede privada com base no interesse público e necessidades assistenciais.
 - (D) à implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos que não podem ser avaliados pelos usuários.
 - (E) ao fato do gestor federal elaborar todos os planos de controle, regulação e avaliação para fortalecimento da capacidade de gestão.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

20. A situação na qual há maior benefício da revascularização cirúrgica do miocárdio sobre a intervenção coronária percutânea, em pacientes com doença arterial coronária crônica, é o paciente
- (A) multiarterial e *Syntax score* maior que 19.
 - (B) triarterial e *Syntax score* maior que 33.
 - (C) com disfunção do ventrículo esquerdo e *Syntax score* menor que 10.
 - (D) triarterial e com função preservada do ventrículo esquerdo.
 - (E) multiarterial e *Syntax score* menor que 5.
21. O aumento da incidência de mediastinite no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio,
- (A) não está relacionado com o tipo de enxerto utilizado.
 - (B) não está associada a diabetes.
 - (C) é maior quando utilizada a artéria torácica interna pediculada.
 - (D) é menor quando utilizados apenas enxertos arteriais.
 - (E) pode ser maior com o uso de ambas as artérias torácicas internas.
22. Com relação ao melhor período para ser realizada a revascularização cirúrgica do miocárdio na fase aguda do infarto, pode-se afirmar:
- (A) O infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do seguimento ST é um quadro clínico grave e o paciente deve ser operado dentro das primeiras 48 horas para evitar o aumento da área isquêmica miocárdica.
 - (B) O infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do seguimento ST tem comportamento semelhante à angina instável e o paciente deve ser operado o mais precoce possível.
 - (C) O infarto agudo do miocárdio, independente do tipo, é um quadro clínico grave representado pela isquemia miocárdica e, portanto, deve-se aguardar 30 dias para a indicação cirúrgica.
 - (D) A cirurgia precoce de revascularização do miocárdio tem impacto positivo na sobrevida de pacientes com infarto agudo do miocárdio.
 - (E) A alta morbidade pós-operatória torna a cirurgia um procedimento proibitivo na fase aguda do infarto.
23. De acordo com as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a cirurgia na insuficiência aórtica importante está indicada
- (A) independente da sintomatologia.
 - (B) apenas na presença de sintomas.
 - (C) em pacientes sintomáticos ou assintomáticos com disfunção leve a moderada do ventrículo esquerdo em repouso (fração de ejeção $< 0,50$).
 - (D) apenas em pacientes com disfunção grave do ventrículo esquerdo (fração de ejeção $< 0,25$).
 - (E) em pacientes assintomáticos com função sistólica normal em repouso (fração de ejeção $> 0,50$) e dilatação progressiva do ventrículo esquerdo, quando o grau de dilatação é moderadamente grave (diâmetro diastólico de 70 a 75 mm ou diâmetro sistólico final de 50 a 55 mm).
24. De acordo com as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o tratamento cirúrgico na insuficiência da valva mitral é indicado para pacientes
- (A) assintomáticos, mas com insuficiência mitral importante confirmada pelo ecocardiograma transesofágico.
 - (B) assintomáticos com insuficiência mitral moderada, mas que serão submetidos à revascularização miocárdica.
 - (C) assintomáticos com insuficiência mitral importante e fração de ejeção $> 0,60$.
 - (D) sintomáticos ou assintomáticos, com insuficiência mitral importante com disfunção ventricular esquerda moderada, fração de ejeção 0,30 a 0,60, e/ou diâmetro sistólico final de 40 a 55 mm.
 - (E) sintomáticos ou assintomáticos, com insuficiência mitral importante e função ventricular esquerda preservada com fração de ejeção $> 0,60$ e diâmetro sistólico final de ≤ 55 mm.
25. Diversas técnicas são utilizadas para correção cirúrgica da obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo. Pode-se afirmar corretamente que a operação de
- (A) Konno-Rastan está relacionada a uma incisão no anel aórtico junto do folheto coronariano direito, progredindo em direção à via de saída do ventrículo esquerdo e uma incisão no septo ventricular.
 - (B) Nicks-Nunez está relacionada a uma incisão no anel aórtico entre os folhetos coronariano esquerdo e não coronariano, com abertura do anel mitral e progredindo em direção ao meio da cúspide anterior mitral.
 - (C) Rittenhouse-Manouguian está relacionada a uma incisão no anel aórtico entre os folhetos coronariano direito e não coronariano, com abertura do anel mitral e progredindo em direção à cúspide posterior mitral.
 - (D) Rastelli está relacionada à incisão no ventrículo esquerdo com abertura da via de saída do ventrículo esquerdo e ampliação com pericárdio bovino corrugado ou enxerto de Dacron.
 - (E) Ross está relacionada à ampliação da via de saída do ventrículo esquerdo com implante da valva autóloga pulmonar em posição aórtica e implante de valva biológica na posição pulmonar.
26. Relacione um fator limitante para indicação cirúrgica e uma complicação tardia que podem ser observados, com maior frequência, na correção cirúrgica arterial da transposição das grandes artérias:
- (A) idade da criança e arritmias ventriculares.
 - (B) peso da criança e arritmias atriais.
 - (C) anatomia da aorta e estenose das veias pulmonares.
 - (D) presença de comunicação interatrial e isquemia miocárdica.
 - (E) anatomia das artérias coronárias e estenose do tronco arterial pulmonar.



27. O tratamento cirúrgico para a correção da fibrilação atrial evoluiu muito nos últimos anos. Entretanto, alguns fatores estão relacionados à menor taxa de reversão e manutenção do ritmo sinusal:
- (A) fibrilação atrial de longa duração, ondas de baixa amplitude e átrio direito de grandes dimensões.
 - (B) fibrilação atrial de longa duração, ondas de baixa amplitude e átrio esquerdo de grandes dimensões.
 - (C) fibrilação atrial paroxística, ondas de baixa amplitude e átrio direito de tamanho pouco aumentado.
 - (D) fibrilação de longa duração, ondas de grande amplitude e átrio direito de grandes dimensões.
 - (E) fibrilação atrial paroxística, ondas de grande amplitude e átrio esquerdo de dimensões pouco aumentadas.
28. A patogênese da resposta inflamatória desencadeada pela circulação extracorpórea é multifatorial. Os fenômenos importantes para desencadeamento desta reação são:
- (A) lesão endotelial pela diminuição dos radicais livres e inativação dos complementos.
 - (B) aumento da expressão de moléculas de adesão celular e fatores de necrose tecidual.
 - (C) diminuição da proteína C reativa e do fator ativador de plaquetas.
 - (D) liberação de citocinas e inibição das endotoxinas.
 - (E) inibição do óxido nítrico e de endotelinas.
29. O transplante cardíaco é reconhecido como o melhor tratamento para a insuficiência cardíaca refratária. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Transplante Cardíaco, há contraindicação absoluta ao transplante cardíaco:
- (A) *diabetes mellitus* insulino dependente e insuficiência hepática irreversível.
 - (B) resistência vascular pulmonar fixa maior que 5 Wood e idade maior que 60 anos.
 - (C) incompatibilidade ABO na prova cruzada e insuficiência renal.
 - (D) doença psiquiátrica grave e antecedente de hepatite viral.
 - (E) doença pulmonar obstrutiva crônica grave e doença cerebrovascular grave.
30. Recentemente tem se discutido os efeitos da circulação extracorpórea na variação dos níveis dos hormônios tireoidianos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Como consequência, em relação ao hormônio tireoestimulante (TSH), a triiodotironina (T3) e a tiroxina (T4) pode-se afirmar corretamente que
- (A) as concentrações de TSH, T4 total e T4 livre tendem a decrescer no pós-operatório. Têm-se atribuído a este referido padrão de variação hormonal, o conceito de "síndrome hipotireoidiana pós-circulação extracorpórea".
 - (B) o mecanismo fisiopatológico mais relevante na alteração do perfil hormonal tireoidiano durante a circulação extracorpórea é o aumento da conversão da molécula de T4 para seu componente ativo.
 - (C) o estado de T3 baixo pode ter importantes consequências hemodinâmicas e a reposição hormonal pode melhorar o débito cardíaco.
 - (D) a reposição hormonal no período pós-operatório, sobretudo nas primeiras 48 horas, pode induzir a presença de arritmias.
 - (E) não há alteração hormonal tireoidiana pós-circulação extracorpórea.
31. Os exames que devem ser solicitados para a confirmação diagnóstica de paciente com dissecação aguda da aorta são:
- (A) radiografia de tórax e ecocardiograma transtorácico.
 - (B) radiografia de tórax e angiotomografia da aorta.
 - (C) ecocardiograma transtorácico e ressonância magnética da aorta.
 - (D) ecocardiograma transesofágico e angiotomografia da aorta.
 - (E) ecocardiograma transesofágico e ressonância magnética da aorta.
32. Em relação às úlceras de aorta torácica,
- (A) são secundárias as rupturas de placa aterosclerótica situadas preferencialmente na aorta descendente.
 - (B) acometem, preferencialmente, pacientes do sexo masculino, hipertensos graves, na quarta e quinta década de vida.
 - (C) não apresentam relação com as dissecações de aorta.
 - (D) não necessitam de tratamento cirúrgico, pois apresentam boa resposta ao tratamento medicamentoso.
 - (E) quando localizadas na aorta ascendente, a principal opção terapêutica será através do tratamento endovascular com *stent*.
33. As doenças agudas e crônicas da aorta torácica podem ser classificadas conforme o segmento do vaso comprometido e a necessidade de intervenção pode ser distinta. É correto afirmar que
- (A) as dissecações crônicas tipo A de Stanford apresentam indicação de operação independentemente do seu diâmetro.
 - (B) a principal operação para a correção das dissecações tipo B de Stanford é a operação de Bentall e De Bono.
 - (C) os aneurismas do arco aórtico não devem ser operados por apresentarem elevada morbidade neurológica.
 - (D) o momento da indicação cirúrgica para a correção das dissecações crônicas tipo A de Stanford é semelhante à utilizada para os aneurismas da aorta ascendente.
 - (E) os procedimentos híbridos nas operações da aorta torácica acrescentam dificuldades aos procedimentos aórticos já complexos.
34. Em relação à anatomia do arco aórtico e dos vasos da base, é correto afirmar que
- (A) a apresentação anatômica mais frequente em sequência dos vasos é: tronco braquiocefálico, artéria carótida comum esquerda, artéria vertebral esquerda e artéria subclávia esquerda.
 - (B) o arco bovino é apresentação anatômica incomum para os vasos da base.
 - (C) quando presente, o divertículo de Kommerell está frequentemente associado à hipoplasia do arco aórtico.
 - (D) o divertículo de Kommerell pode estar presente no arco aórtico para a direita relacionado à origem anômala da artéria subclávia esquerda.
 - (E) a disfagia lusória não apresenta correlação com a origem anômala da artéria subclávia.



<p>35. Em relação às alterações genéticas da aorta torácica,</p> <p>(A) a valva aórtica bivalvulada é anomalia congênita infrequente, porém quando associada ao aneurisma da aorta ascendente, impõe correção mais precoce do segmento dilatado.</p> <p>(B) a morfologia da parede da aorta é semelhante nas valvas aórticas bivalvuladas quando comparadas às trivalvuladas.</p> <p>(C) o paciente com síndrome de Marfan de forma geral caracteriza-se por apresentar aneurisma da aorta ascendente, grande estatura e frouxidão ligamentar.</p> <p>(D) a indicação de correção cirúrgica do aneurisma da aorta ascendente é semelhante, em relação ao diâmetro da aorta, para os pacientes com síndrome genética.</p> <p>(E) mais de uma centena de mutações genéticas do gene da fibrilina foram relacionadas à síndrome de Marfan.</p>	<p>38. Nas endocardites infecciosas,</p> <p>(A) os estreptococos são os principais agentes responsáveis pelas endocardites infecciosas comunitárias.</p> <p>(B) quando houver a necessidade de troca valvar, deve-se dar preferência pela prótese biológica em função da menor recidiva de infecção nesse tipo de enxerto.</p> <p>(C) não há necessidade de profilaxia bacteriana para os pacientes submetidos à plastia da valva mitral com anel, quando submetidos à extração dentária.</p> <p>(D) o homoenxerto aórtico não é boa opção de enxerto para o tratamento cirúrgico das endocardites da valva aórtica.</p> <p>(E) as endocardites fúngicas apresentam boa resposta terapêutica à antibioticoterapia específica.</p>
<p>36. Em relação às valvas atrioventriculares, a</p> <p>(A) degeneração mixomatosa é a valvopatia mitral mais comum no Brasil.</p> <p>(B) plastia mitral, frequentemente, apresenta bons resultados nos pacientes com valvopatia mitral reumática e dupla disfunção.</p> <p>(C) insuficiência tricúspide secundária a valvopatia mitral, não necessita de tratamento cirúrgico concomitante.</p> <p>(D) evolução tardia dos pacientes com insuficiência tricúspide moderada e anel dilatado, secundária a valvopatia mitral, é pior quando não abordada se comparado aos pacientes submetidos à correção das duas valvas.</p> <p>(E) comissurotomia mitral cirúrgica é o procedimento de escolha para os pacientes com estenose mitral pura.</p>	<p>39. Em relação às doenças do pericárdio,</p> <p>(A) a infecção pericárdica de origem viral é a forma mais comum de agressão pericárdica.</p> <p>(B) a pericardite constritiva de etiologia tuberculosa deixou de ser a principal causa desta doença, após o efetivo tratamento de doenças que comprometem o sistema imunológico como a SIDA.</p> <p>(C) a utilização do NT-proBNP para avaliação dos pacientes com pericardiopatia e restrição diastólica não se justifica, pois este peptídeo natriurético tem sua eficácia comprovada somente para a avaliação das disfunções sistólicas do músculo cardíaco.</p> <p>(D) o pulso paradoxal e o sinal de Kussmaul não são relevantes para o diagnóstico de tamponamento cardíaco.</p> <p>(E) a cirurgia de ressecção do pericárdio nas pericardites constritivas são procedimentos que devem ser realizados de forma cuidadosa, iniciando-se pela ressecção do pericárdio situado sobre o ventrículo direito e após sua completa liberação, estende-se lateralmente até ambos os nervos frênicos e inferiormente até a face diafragmática do coração.</p>
<p>37. Na utilização dos dispositivos de troca da valva aórtica por cateter, é correto afirmar que</p> <p>(A) deveriam ser realizados de rotina, pois procedimentos menos invasivos, na maioria das vezes, trazem benefícios para o paciente enfermo.</p> <p>(B) pode ser realizada naqueles pacientes sintomáticos com doença valvar aórtica avançada, considerados de alto risco para a cirurgia convencional, tanto para corrigir a estenose como a insuficiência aórtica grave.</p> <p>(C) são procedimentos de exceção, utilizados em pacientes de alto risco para a cirurgia convencional, com indicação precisa para os casos de insuficiência de prótese biológica aórtica.</p> <p>(D) a avaliação da via de acesso transfemoral que é a via preferencial, é de fácil manipulação e, portanto, não necessita de maiores preocupações quanto à sua utilização.</p> <p>(E) são procedimentos considerados de exceção que deveriam ser utilizados para qualquer paciente com doença valvar aórtica grave, mas não o são, principalmente pelo alto custo da prótese.</p>	<p>40. Em relação aos tumores primários do coração, é correto afirmar que</p> <p>(A) são neoplasias pouco frequentes, facilmente identificadas pelo ecocardiograma e que apresentam distribuição etiológica semelhante nas faixas etárias neonatal, pediátrica e adulta.</p> <p>(B) o mixoma é o tumor benigno mais frequente e com maior potencial embólico.</p> <p>(C) as cavidades do lado direito do coração são aquelas onde o implante tumoral é mais frequente.</p> <p>(D) os rabdomiomas, apesar da baixa prevalência entre os tumores da faixa etária pediátrica, apresentam elevada morbimortalidade operatória pela dificuldade de ressecção da massa tumoral.</p> <p>(E) o fibroelastoma papilífero é tumor com elevado potencial embólico.</p>



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA

**QUESTÃO 2**

a. Quais são as complicações mecânicas do infarto agudo do miocárdio?

Redação Definitiva

b. Quais dessas complicações necessitam ser operadas imediatamente após o diagnóstico e por quê?

Redação Definitiva

c. Descreva a(s) principal(is) técnica(s) cirúrgica(s) utilizada(s) para a correção da(s) complicação(ões) mecânica(s) do infarto que deve(m) ser operada(s) em sua fase crônica.

Redação Definitiva

NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



b. Quais foram os métodos de coleta de evidências para estabelecer a opção terapêutica?

Redação Definitiva

c. Se você fosse planejar um estudo para obter um alto grau de recomendação e força de evidência para os medicamentos propostos, como organizaria?

Redação Definitiva



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA