

NOME DO CANDIDATO

ASSINATURA DO CANDIDATO

RG DO CANDIDATO

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO**INSTRUÇÕES GERAIS**

- I. Nesta prova, você encontrará 06 (seis) páginas numeradas sequencialmente, contendo 50 (cinquenta) questões correspondentes às seguintes disciplinas: Língua Portuguesa (10 questões), Raciocínio Lógico e Matemático (05 questões), Legislação Aplicada à EBSERH (05 questões), Legislação Aplicada ao SUS (05 questões) e Conhecimentos Específicos (25 questões).
- II. Verifique se seu nome e número de inscrição estão corretos no cartão de respostas. Se houver erro, notifique o fiscal.
- III. Assine e preencha o cartão de respostas nos locais indicados, com caneta azul ou preta.
- IV. Verifique se a impressão, a paginação e a numeração das questões estão corretas. Caso observe qualquer erro, notifique o fiscal.
- V. Você dispõe de 4 (quatro) horas para fazer esta prova. Reserve os 20 (vinte) minutos finais para marcar o cartão de respostas.
- VI. O candidato só poderá retirar-se do setor de prova 2(duas) horas após seu início.
- VII. O candidato não poderá levar o caderno de questões. O caderno de questões será publicado no site do IBFC, no prazo recursal contra gabarito.
- VIII. Marque o cartão de respostas cobrindo fortemente o espaço correspondente à letra a ser assinalada, conforme o exemplo no próprio cartão de respostas.
- IX. A leitora óptica não registrará as respostas em que houver falta de nitidez e/ou marcação de mais de uma alternativa.
- X. O cartão de respostas não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado. Exceto sua assinatura, nada deve ser escrito ou registrado fora dos locais destinados às respostas.
- XI. Ao terminar a prova, entregue ao fiscal o cartão de respostas e este caderno. As observações ou marcações registradas no caderno não serão levadas em consideração.
- XII. É terminantemente proibido o uso de telefone celular, pager ou similares.

Boa Prova!

DESTAQUE AQUI

Nome: _____

Assinatura do Candidato: _____

Inscrição: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

RASCUNHO

Para responder às questões de 1 a 3, leia o texto abaixo.

As raízes do racismo

Drauzio Varella

Somos seres tribais que dividem o mundo em dois grupos: o "nosso" e o "deles". Esse é o início de um artigo sobre racismo publicado na revista "Science", como parte de uma seção sobre conflitos humanos, leitura que recomendo a todos.

Tensões e suspeições intergrupais são responsáveis pela violência entre muçulmanos e hindus, católicos e protestantes, palestinos e judeus, brancos e negros, heterossexuais e homossexuais, corintianos e palmeirenses.

Num experimento clássico dos anos 1950, psicólogos americanos levaram para um acampamento adolescentes que não se conheciam.

Ao descer do ônibus, cada participante recebeu aleatoriamente uma camiseta de cor azul ou vermelha. A partir desse momento, azuis e vermelhos faziam refeições em horários diferentes, dormiam em alojamentos separados e formavam equipes adversárias em todas as brincadeiras e práticas esportivas.

A observação precisou ser interrompida antes da data prevista, por causa da violência na disputa de jogos e das brigas que irrompiam entre azuis e vermelhos.

Nos anos que se seguiram, diversas experiências semelhantes, organizadas com desconhecidos reunidos de forma arbitrária, demonstraram que consideramos os membros de nosso grupo mais espertos, justos, inteligentes e honestos do que os "outros".

Parte desse prejulgamento que fazemos "deles" é inconsciente. Você se assusta quando um adolescente negro se aproxima da janela do carro, antes de tomar consciência de que ele é jovem e tem pele escura, porque o preconceito contra homens negros tem raízes profundas.

Nos últimos 40 anos, surgiu vasta literatura científica para explicar por que razão somos tão tribais. Que fatores em nosso passado evolutivo condicionaram a necessidade de armar ligações que não encontram justificativa na civilização moderna? Por que tanta violência religiosa? Qual o sentido de corintianos se amarem e odiarem palmeirenses?

Seres humanos são capazes de colaborar uns com os outros numa escala desconhecida no reino animal, porque viver em grupo foi essencial à adaptação de nossa espécie. Agrupar-se foi a necessidade mais premente para escapar de predadores, obter alimentos e construir abrigos seguros para criar os filhos.

A própria complexidade do cérebro humano evoluiu, pelo menos em parte, em resposta às solicitações da vida comunitária.

Pertencer a um agrupamento social, no entanto, muitas vezes significou destruir outros. Quando grupos antagônicos competem por território e bens materiais, a habilidade para formar coalizões confere vantagens logísticas capazes de assegurar maior probabilidade de sobrevivência aos descendentes dos vencedores.

A contrapartida do altruísmo em relação aos "nossos" é a crueldade dirigida contra os "outros".

Na violência intergrupais do passado remoto estão fincadas as raízes dos preconceitos atuais. As interações negativas entre nossos antepassados deram origem aos comportamentos preconceituosos de hoje, porque no tempo deles o contato com outros povos era tormentoso e limitado.

Foi com as navegações e a descoberta das Américas que indivíduos de etnias diversificadas foram obrigados a conviver, embora de forma nem sempre pacífica. Estaria nesse estranhamento a origem das idiosincrasias contra negros e índios, por exemplo, povos fisicamente diferentes dos colonizadores brancos.

Preconceito racial não é questão restrita ao racismo, faz parte de um fenômeno muito mais abrangente que varia de uma cultura para outra e que se modifica com o passar do tempo. Em apenas uma geração, o apartheid norte-americano foi combatido a ponto de um negro chegar à Presidência do país.

O preconceito contra "eles" cai mais pesado sobre os homens, porque eram do sexo masculino os guerreiros que atacavam nossos ancestrais. Na literatura, essa constatação recebeu o nome de hipótese do guerreiro masculino.

A evolução moldou nosso medo de homens que pertencem a outros grupos. Para nos defendermos deles, criamos fronteiras que agrupam alguns e separam outros em obediência a critérios de cor da pele, religião, nacionalidade, convicções políticas, dialetos e até times de futebol.

Demarcada a linha divisória entre "nós" e "eles", discriminamos os que estão do lado de lá. Às vezes com violência.

1) Considere as afirmações abaixo.

- I. O autor afirma que a ciência comprova que há, naturalmente, grupos superiores a outros e isso justifica o racismo.
- II. O autor afirma que apenas os homens tribais, não evoluídos, apresentam preconceito.

Está correto o que se afirma em

- a) somente I
- b) somente II
- c) I e II
- d) nenhuma

2) Considere as afirmações abaixo.

- I. De acordo com o texto, o homem tem tendência a se agrupar, tendo como base sempre a cor da pele e as características físicas.
- II. O intuito da experiência científica dos psicólogos americanos na década de 1950 era obter dados que ajudassem a descrever o comportamento humano.

Está correto o que se afirma em

- a) somente I
- b) somente II
- c) I e II
- d) nenhuma

3) Considere o período e as afirmações abaixo.

Estaria nesse estranhamento a origem das idiosincrasias contra negros e índios, por exemplo, povos fisicamente diferentes dos colonizadores brancos.

- I. O uso do futuro do pretérito do verbo "estar" indica falta de certeza quanto à origem do preconceito contra outros povos.
- II. O adjetivo "idiosincrasias" pode ser substituído, sem alteração de sentido, por agressões.

Está correto o que se afirma em

- a) somente I
- b) somente II
- c) I e II
- d) nenhuma

4) Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, as lacunas.

- I. O médico atende _____ cinco anos naquela clínica.
- II. Devemos obedecer _____ regras do hospital.

- a) a – as
- b) a – às
- c) há – às
- d) há – as

5) Considere as orações abaixo.

- I. É necessário calma.
- II. Conhecemos lugares o mais lindos possível.

A concordância está correta em

- a) somente I
- b) somente II
- c) I e II
- d) nenhuma

6) Considere as orações abaixo e assinale a alternativa correta.

- I. O rápido garoto terminou o exercício.
 - II. O garoto anda muito rápido.
- a) Em I e II, "rápido" é um advérbio.
 - b) Em I e II, "rápido" é um adjetivo.
 - c) Em I, "rápido" é advérbio e, em II, é adjetivo.
 - d) Em I, "rápido" é adjetivo e, em II, é advérbio.

7) Considere o período e as afirmações abaixo.

Os estudantes que praticam atividades físicas sempre sentem-se mais dispostos.

- I. Se a oração subordinada fosse colocada entre vírgulas, não haveria qualquer alteração de sentido.
- II. Deveria ter sido usada a próclise.

Está correto o que se afirma em

- a) somente I
- b) somente II
- c) I e II
- d) nenhuma

8) Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, as lacunas.

- I. Há um conflito, pois as ideias dele vão _____ minhas.
II. O doutor não estava _____ do caso.
a) de encontro às – a par
b) de encontro às – ao par
c) ao encontro das – a par
d) ao encontro das – ao par

9) Considere as orações abaixo.

- I. Prescreveu-se vários medicamentos.
II. Trata-se de doenças graves.

A concordância está correta em

- a) somente I
b) somente II
c) I e II
d) nenhuma

10) Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, as lacunas.

- I. Espera-se que o rapaz tenha bom _____.
II. O paciente corre risco _____.

- a) censo – eminente
b) censo – iminente
c) senso – eminente
d) senso – iminente

RACIOCÍNIO LÓGICO E MATEMÁTICO

11) Marcia recebeu seu salário e gastou $\frac{3}{8}$ no mercado e um

quinto do restante com vestuário, e ainda lhe sobrou do salário R\$ 1400,00. O salário que Marcia recebeu é igual a:

- a) Um valor menor que R\$ 2.500,00
b) R\$ 2.800,00
c) Um valor entre R\$ 2.500,00 e R\$ 2.750,00
d) Um valor maior que R\$ 2.800,00

12) Dois candidatos A e B disputaram um cargo numa empresa. Os funcionários da empresa poderiam votar nos dois ou em apenas um deles ou em nenhum deles. O resultado foi o seguinte: 55% dos funcionários escolheram o candidato A, 75% escolheram o candidato B, 10% dos votos foram em branco. Pode-se afirmar então que o total de funcionários que escolheram somente um dentre os dois candidatos foi de:

- a) 50%
b) 40%
c) 90%
d) 120%

13) Se o valor lógico de uma proposição **p** é verdadeiro e o valor lógico de uma proposição **q** é falso então o valor lógico da proposição composta $[(p \rightarrow q) \vee \sim p] \wedge \sim q$ é:

- a) Falso e verdadeiro
b) Verdadeiro
c) Falso
d) Inconclusivo

14) Seja a proposição **p**: Maria é estagiária e a proposição **q**: Marcos é estudante. A negação da frase “Maria é estagiária ou Marcos é estudante” é equivalente a:

- a) Maria não é estagiária ou Marcos não é estudante.
b) Se Maria não é estagiária, então Marcos não é estudante.
c) Maria não é estagiária, se e somente se, Marcos não é estudante.
d) Maria não é estagiária e Marcos não é estudante.

15) Sejam as afirmações:

- I. Se o valor lógico de uma proposição **p** é falso e o valor lógico de uma proposição **q** é verdadeiro, então o valor lógico da conjunção entre **p** e **q** é verdadeiro.
II. Se todo **X** é **Y**, então todo **Y** é **X**.
III. Se uma proposição **p** implica numa proposição **q**, então a proposição **q** implica na proposição **p**.

Pode-se afirmar que são verdadeiras:

- a) Todas
b) Somente duas delas
c) Somente uma delas
d) Nenhuma

LEGISLAÇÃO APLICADA À EBSEERH

16) Considerando a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH, assinale a alternativa **incorreta**:

- a) A EBSEERH não é autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada.
b) A integralização do capital social será realizada com recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro.
c) No desenvolvimento de suas atividades de assistência à saúde, a EBSEERH observará as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde.
d) A EBSEERH terá sede e foro em Brasília, Distrito Federal, e poderá manter escritórios, representações, dependências e filiais em outras unidades da Federação.

17) Considerando a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, analise os itens abaixo e a seguir assinale a alternativa **correta**:

- I. É dispensada a licitação para a contratação da EBSEERH pela administração pública para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social.
II. O lucro líquido da EBSEERH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, excetuadas as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência.
III. Ficam as instituições públicas federais de ensino e instituições congêneres impedidas de ceder à EBSEERH, no âmbito e durante a vigência de um contrato com esta empresa, quaisquer bens e direitos.
a) Apenas I e II estão corretos
b) I, II e III estão corretos.
c) Apenas II está correto.
d) Todos os itens mencionados são incorretos.

18) Considerando o Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011, que aprovou o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH, assinale a alternativa **incorreta**:

- a) Três membros indicados pelo Ministro de Estado da Educação farão parte do Conselho de Administração da EBSEERH.
b) Fará parte do Conselho de Administração da EBSEERH um membro indicado pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior, sendo reitor de universidade federal ou diretor de hospital universitário federal.
c) O prazo de gestão dos membros do Conselho de Administração será de dois anos contados a partir da data de publicação do ato de nomeação, podendo ser reconduzidos por igual período.
d) A Presidência do Conselho de Administração da EBSEERH será exercida por qualquer um de seus membros, mediante escolha pelo próprio Conselho.

19) Considerando o Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011, que aprovou o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH, assinale a alternativa **incorreta**:

- a) A EBSEERH será supervisionada pelo Ministério de Estado da Educação.
b) Opinar sobre as linhas gerais das políticas, diretrizes e estratégias da EBSEERH, orientando o Conselho de Administração e a Diretoria Executiva no cumprimento de suas atribuições é atribuição do Conselho Fiscal da EBSEERH.
c) A EBSEERH será administrada por uma Diretoria Executiva, composta pelo Presidente e até seis Diretores, todos nomeados e destituíveis, a qualquer tempo.
d) O órgão de auditoria interna da EBSEERH vincula-se diretamente ao Conselho de Administração.

20) De acordo com o Regimento Interno da EBSEERH, editar normas necessárias ao funcionamento dos órgãos e serviços da empresa, bem como aprovar a regulamentação do quadro de pessoal de cada diretoria, é competência:

- a) Do Conselho de Administração da EBSEERH
- b) Do Conselho Consultivo da EBSEERH
- c) Do presidente da EBSEERH
- d) Do Conselho Fiscal da EBSEERH.

LEGISLAÇÃO APLICADA AO SUS

21) A notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória alimentam um dos sistemas de informação em saúde do Brasil, denominado:

- a) Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória (SINASC).
- b) Sistema Nacional de Morbidade e Mortalidade (SIM).
- c) Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
- d) Sistema de Informações Gerenciais de Doenças de notificação compulsória (SIG-NC).

22) A lei 8080/1990 **NÃO** incluiu no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

- a) A participação na formulação da política e na execução de ações de combate à fome e distribuição de renda.
- b) A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.
- c) A vigilância nutricional e orientação alimentar.
- d) A colaboração na proteção do meio ambiente.

23) Sobre a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que define funcionamento dos conselhos de saúde, assinale a alternativa **incorreta**:

- a) A cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovem a renovação de, no mínimo, 50% de suas entidades representativas.
- b) Compete aos conselheiros examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, nas ações e aos serviços de saúde.
- c) O tempo de mandato dos conselheiros será definido pelas respectivas representações.
- d) O conselho de saúde terá poder de decisão sobre o seu orçamento e não será mais apenas o gerenciador de suas verbas.

24) Segundo o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema é a definição de

- a) Pactuação Integrada em Saúde.
- b) Rede hierarquizada em Saúde.
- c) Rede de Atenção à Saúde.
- d) Mapa da Saúde.

25) Considerando a lei 8142/1990, analise os itens abaixo e a seguir assinale a alternativa correta:

- I. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 2 (dois) anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.
 - II. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
 - III. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde. A representação dos usuários nestes conselhos será definida pelos próprios conselhos.
 - IV. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
 - V. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio provados pelas respectivas secretarias municipais, estaduais ou Ministério da Saúde.
- a) I,II,III, IV e V estão corretas.
 - b) Apenas II e IV estão corretas
 - c) Apenas I,II,IV e V estão corretas.
 - d) Apenas II, IV e V estão corretas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

26) Durante e por meio da fase de estimulação atrial de um estudo eletrofisiológico, é possível afirmar:

- a) O estímulo de marca-passo deve persistir por não mais do que 10 segundos em cada local, evitando distorções por acomodação autonômica.
- b) Os piores locais de estimulação são o átrio direito alto e a região do seio coronário, onde os tempos obtidos são pouco reprodutíveis.
- c) Depois de cessar a inibição por *overdrive* do nó sinusal, seu ritmo retorna mais lento e só depois reacelera (fenômeno de reaquecimento).
- d) O aumento da frequência de estimulação até ocorrer bloqueio atrioventricular de segundo grau, Mobitz II, determina o ponto de Wenckebach.

27) Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Avaliação e Tratamento de Pacientes com Arritmias Cardíacas, constitui contraindicação para prevenção secundária, o implante de cardioversor-desfibrilador, na seguinte condição:

- a) Síncope recorrente em portadores de síndrome do QT longo congênito, apesar do uso de betabloqueador.
- b) Taquicardia ventricular incessante ou taquiarritmias ventriculares secundárias a Wolff-Parkinson-White.
- c) Taquicardia ventricular sustentada, espontânea, de causa não reversível, com fração de ejeção $\leq 35\%$.
- d) Síncope associada à síndrome de Brugada, com alterações eletrocardiográficas espontâneas ou induzidas.

28) Quanto ao uso do teste ergométrico baseado em evidências para avaliação do risco para taquicardia ventricular sustentada e morte súbita, admite-se que:

- a) Não existe nenhuma condição na qual seja considerada, definitivamente recomendada (Classe I, Nível A), a indicação de teste ergométrico para avaliação do risco de taquicardia ventricular sustentada ou morte súbita.
- b) Entre os maiores indicadores do risco desses eventos estão a falência cronotrópica e os supradesniveleamentos de ST, mas não a falência inotrópica nem os infradesniveleamentos de ST.
- c) Seu valor é superior em casos de cardiopatias obstrutivas, como a cardiomiopatia hipertrófica, quando comparado ao seu uso para pacientes portadores de cardiomiopatias dilatadas.
- d) Segundo as evidências atualmente aceitas, sua indicação como exame após infarto agudo do miocárdio, antes da alta hospitalar, não deve mais ser feita, pela alta taxa de falsos positivos em que incorre.

29) De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis, considera-se indicação Classe I, o implante de marca-passo definitivo nos pacientes com disfunção do nó sinusal com:

- Bradiarritmia sinusal que desencadeia ou agrava insuficiência cardíaca, angina do peito ou taquiarritmias.
- Síncope de etiologia indefinida, na presença de doença do nó sinusal documentada ao estudo eletrofisiológico.
- Intolerância aos esforços, claramente relacionada à incompetência cronotrópica, independente da resposta à atropina.
- Frequência cardíaca crônica < 40/min, mesmo que em quadros oligossintomáticos, durante vigília, pelo risco de morte súbita.

30) Nos portadores de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis, os riscos de interferência podem ser mais ou menos aceitáveis. Considera-se “aceitável com riscos”, a indicação onde se “pode provocar danos e não há consenso sobre riscos e segurança, mesmo sob cuidados específicos de proteção”. Está nessa categoria:

- Uso cirúrgico do eletrocáuterio bipolar ou mesmo unipolar, com paciente monitorizado e sem necessidade universal de ímã.
- Radioterapia de regiões não exatamente coincidentes com o gerador, sem utilidade de proteção de chumbo ou de reprogramação assíncrona.
- Desfibrilação externa de emergência, independente da orientação paralela ou perpendicular das pás em relação ao gerador, desde que com ímã.
- Passagem por sistemas detectores de metais ou antifurto, como em aeroportos ou bancos, mesmo com exposição prolongada.

31) Admite-se que é verdadeiro, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para Avaliação e Tratamento de Pacientes com Arritmias Cardíacas, no que concerne à indicação de implante de marca-passo definitivo, dizer que:

- A única indicação Grau A na síncope neurocardiogênica é síncope associada a importante componente cardioinibitório, documentado por teste de inclinação (*tilt-test*), claramente refratária ao tratamento farmacológico.
- Não há recomendação Grau A nem Grau B1 na cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva, mesmo nos pacientes com gradiente médio > 55 mmHg no teste provocativo e refratários ao tratamento medicamentoso.
- Não existe absolutamente nenhuma indicação para tal implante em portadores de bloqueio atrioventricular de primeiro grau, mesmo que na presença de síncope, sempre devido a outra causa.
- É indicado em casos com períodos de resposta ventricular baixa e sintomas definidos de baixo fluxo cerebral e/ou insuficiência cardíaca consequentes a bradicardia, exceto se a arritmia de base for o flutter atrial.

Considere a figura abaixo para responder a questão 32:



32) O traçado eletrocardiográfico acima reproduzido revela:

- Bradicardia atrial ectópica com interferências não filtradas na linha de base, pois o intervalo RR é regular.
- Fibrilação atrial sem bloqueio atrioventricular total, de vez que os complexos QRS são estreitos.
- Fibrilação atrial crônica com infarto agudo do miocárdio anterossseptal, com R progredindo pouco e alterações de repolarização.
- Fibrilação atrial com bloqueio atrioventricular total e provável sobrecarga ventricular esquerda.

33) Sobre o uso dos resincronizadores cardíacos, tem-se como verdadeiro que:

- O estudo MIRACLE ICD demonstrou que o efeito terapêutico é melhor no bloqueio de ramo esquerdo do que no bloqueio de ramo direito.
- Em pacientes com QRS entre 120 e 150 ms seus efeitos terapêuticos são claramente inferiores em um ano em relação aos com QRS > 150 ms.
- A duração do complexo QRS não prevê adequadamente a dissincronia mecânica, embora seja o índice mais usado para essa variável.
- Os estudos de cintilografia, ressonância magnética ou doppler tecidual não acrescentam poder preditivo a simples duração do complexo QRS.

34) Na avaliação de síncope de causa indeterminada, o uso do *tilt-test*:

- Indica com alto poder preditivo síncope neuromediada, caso se reproduza a síncope com bradicardia ou hipotensão, sem provocação farmacológica.
- Indica com alto poder preditivo síncope cardiogênica, caso se reproduza pré-síncope com bradicardia associada à arritmia ventricular frequente.
- Atinge máximo poder preditivo positivo nos portadores de cardiopatia estrutural, como a cardiomiopatia hipertrófica ou isquêmica.
- É maximamente útil para o controle terapêutico nos pacientes com síncope neuromediada ou síncope por síndrome do seio carotídeo.

35) Quanto à eletrocardiografia de alta definição, admite-se que:

- Por amplificação, filtragem e promediação, obtido o vetor magnitude, o que interessa são os 40 ms logo após o QRS não produzir mais oscilações.
- É obtida por derivações bipolares convencionais, no sistema ortogonal corrigido, produzindo derivações X, Y e Z, origens do vetor magnitude.
- Seu principal uso visa o período imediatamente seguinte à cicatrização dos infartos do miocárdio, quando os eventos por reentrada se reduziram.
- Visa detectar pós-potenciais tardios, alguns milissegundos após o fim do complexo QRS, envolvidos nas arritmias por atividade deflagrada.

36) Sobre o uso dos monitores diagnósticos implantáveis (*loop recorders*):

- Quando corretamente indicado, somente após a exaustão dos outros métodos mais comuns para diagnóstico, é altamente custo-efetivo.
- Ao demonstrar o diagnóstico eletrocardiográfico, revela taquiarritmias breves, mas de alta frequência, em cerca de dois terços dos usuários.
- O diagnóstico mais específico que provê não mostra vantagem sobre eventos ou sobrevida, comparado ao uso empírico de antiarrítmicos orais.
- Não produz diagnóstico eletrocardiográfico das síncopes não esclarecidas por outros meios em cerca de metade ou mais dos usuários.

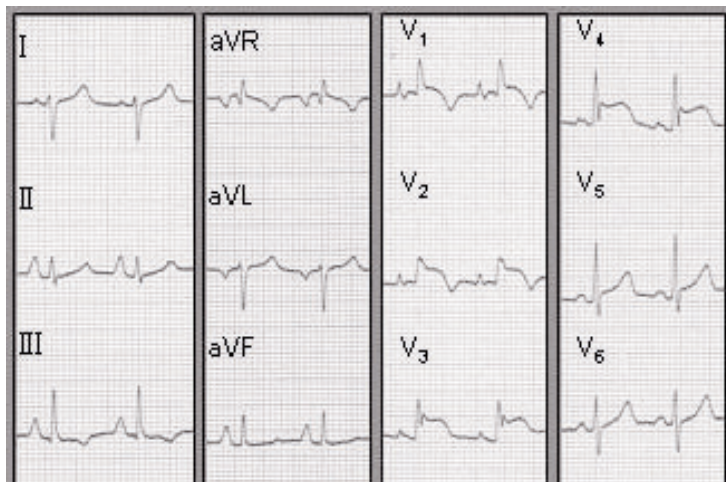
37) O uso do mapeamento eletroanatômico:

- Obtém um mapa da atividade elétrica das câmaras cardíacas a partir dos potenciais registrados dentro da câmara, sem influência dos de superfície.
- Apresenta imagem tridimensional sem utilizar raios X, reduzindo os riscos da fluoroscopia para a orientação das ablações por cateter.
- É um método exclusivamente diagnóstico, com poder preditivo positivo e poder preditivo negativo bem inferiores aos do mapeamento por radioscopia.
- Não tem indicação nos pacientes com bloqueio de ramo de maior duração e nos portadores de marca-passos ou resincronizadores miocárdicos.

Caso clínico referente às questões 38 e 39:

Um homem de 46 anos de idade, sem antecedentes familiares de doença coronária, negando tabagismo, diabetes, hipertensão, dislipidemia ou hábitos sedentários, procura o Pronto Atendimento com queixas de dor torácica de início há 1 hora, em repouso, "em pontadas", durando poucos segundos na forma aguda, mas sendo reproduzível parcialmente até o momento da entrada, mediante a compressão local da caixa torácica. Conta alguns episódios de "desmaios" nos últimos 5 anos, em repouso ou não, que não chegaram a diagnóstico na época.

38) Considerando o traçado eletrocardiográfico na chegada ao Pronto Atendimento, reproduzido abaixo, a hipótese diagnóstica para o paciente referido no caso clínico é:



- a) Pericardite aguda.
- b) Infarto agudo da parede anterosséptal do miocárdio.
- c) Fenômeno da repolarização precoce.
- d) Síndrome de Brugada.

39) Diante do diagnóstico pertinente à questão anterior, uma conduta apropriada seria:

- a) Iniciar o uso de anti-inflamatórios hormonais ou não hormonais.
- b) Colher marcadores e indicar angioplastia primária ou estreptoquinase.
- c) Internar o paciente e realizar avaliação para implante de cardiodesfibrilador.
- d) Dispensá-lo com orientação e tranquilização sobre a repolarização precoce.

40) Nas síndromes de pré-excitação:

- a) O eletrocardiograma basal comumente não mostra alterações diagnósticas, que podem tornar-se mais evidentes caso se tenha usado manobra vagal, aumentando o tempo de condução pela junção atrioventricular normal.
- b) A quantidade de pré-excitação depende da velocidade de condução na via anômala e na junção atrioventricular normal, ficando mais evidente no eletrocardiograma quando a velocidade pela via anômala se acelera.
- c) O intervalo P-delta ao eletrocardiograma depende, basicamente, da velocidade de condução pela via anômala, variando acentuadamente em função da frequência ventricular.
- d) A duração do complexo delta-QRS depende, fundamentalmente, da velocidade de condução pela via anômala, sem relação relevante com a frequência ventricular ou com variações da condução pela junção atrioventricular normal.

41) No caso de pacientes com flutter atrial, sabe-se que:

- a) Antecedentes de cirurgia sobre comunicação interatrial ou de cirurgia de Fontan sugerem fortemente que uma eventual arritmia seja do tipo istmo-dependente e prevêem refratariedade absoluta à terapêutica medicamentosa, pelo caráter automático e não de reentrada da arritmia.
- b) Quer envolvendo ou não o tendão de Todaro, o que distingue os 4 tipos principais dessa arritmia são dois fatores: o comprimento do circuito de macro-reentrada e sua velocidade média de condução, sempre com indicação terapêutica elétrica.
- c) O envolvimento do istmo cavotricuspídeo no circuito de macro-reentrada é o elemento decisivo para distinguir entre os dois tipos principais da arritmia, sendo importante também para escolha entre terapêutica medicamentosa ou elétrica.
- d) As técnicas de ablação têm indicação muito mais precisa nos flutters não dependentes do istmo e secundários à cardiopatia estrutural do que nos flutters dependentes do istmo e secundários a doenças agudas não necessariamente estruturais.

42) Em atletas de alto rendimento, não é esperado encontrar como caráter eletrocardiográfico relacionado a treinamento:

- a) Bloqueio atrioventricular de primeiro grau.
- b) Redução das ondas de pré-excitação.
- c) Padrão de repolarização precoce.
- d) Ondas R de alta voltagem nas derivações precordiais.

43) Quanto à realização de cardioversão/desfibrilação externa:

- a) O posicionamento das pás pode ser anteroposterior, com uma pá sobre o esterno e outra pá na posição infraescapular direita.
- b) Na fibrilação ventricular, a opção necessária é pela desfibrilação, enquanto na taquicardia ventricular sem pulso, a opção necessária é pela cardioversão.
- c) As taquicardias associadas à intoxicação digitalica constituem as arritmias com melhor indicação para uso da cardioversão elétrica.
- d) Não deve ser realizada em portadores de implante de cardiodesfibrilador, pelo risco de desencadear reentrada pelo aparelho.

44) Algumas arritmias cardíacas podem ser produzidas paradoxalmente por efeito pró-arrítmico das próprias drogas antiarrítmicas. Entre esses casos, temos como verdadeiro que:

- a) A taquicardia atrial multifocal costuma ser desencadeada pela intoxicação digitalica, revertendo-se esse efeito com o uso de teofilina.
- b) A frequência ventricular nos pacientes com pré-excitação em fibrilação atrial é aumentada com o uso de digoxina, podendo ser reduzida com verapamil.
- c) O *torsades de pointes* pode ser induzido, embora pouco frequentemente, pelo uso de amiodarona, revertendo-se esse efeito com uso de isoproterenol.
- d) A flecainida pode induzir taquicardia ventricular incessante, para o que a reversão mais provavelmente ocorre em resposta à propafenona.

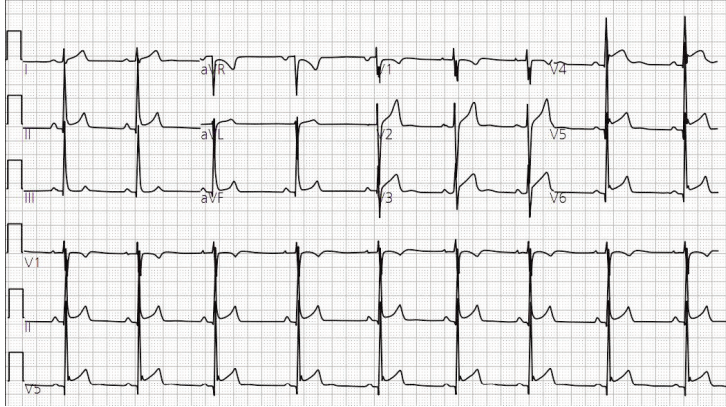
45) Mulher de 62 anos de idade, portadora de cardiomiopatia isquêmica, em insuficiência cardíaca congestiva classe funcional IV (NYHA), sob uso de bloqueadores de receptor de angiotensina II, betabloqueadores com ação vasodilatadora e diuréticos de alça, apresenta traçado eletrocardiográfico com bloqueio de ramo esquerdo (duração do QRS de 128 ms) e ecocardiograma com fração de ejeção de 29%. Em relação à indicação de implante de resincronizador miocárdico nessa paciente, tem-se que:

- a) Reduziria a taxa de morte e de internações por insuficiência cardíaca, mas não alteraria a taxa global de mortes por qualquer causa.
- b) Não reduziria taxa de morte por insuficiência cardíaca nem a mortalidade, mas reduziria as internações por insuficiência cardíaca.
- c) Reduziria a taxa de morte e de internações por insuficiência cardíaca, bem como a taxa global de mortes por qualquer causa.
- d) Não reduziria taxa de morte ou de internações por insuficiência cardíaca, bem como poderia aumentar a mortalidade.

46) Segundo as recomendações do Departamento de Arritmia e de Eletrofisiologia Clínica da Sociedade Brasileira de Cardiologia, constitui indicação classe I para o uso de ablação por cateter:

- Wolff-Parkinson-White aparente assintomático, em indivíduos com profissão de risco.
- Fibrilação atrial ou flutter atrial paroxístico, associado a pré-excitação manifesta.
- Taquicardia ventricular sustentada, associada a cardiopatia, sintomática, recorrente ou incessante, de difícil controle clínico.
- Flutter atrial paroxístico, sintomático, como opção ao tratamento farmacológico.

Considere a figura abaixo para responder a questão 47:



47) Quanto ao diagnóstico correspondente ao traçado eletrocardiográfico reproduzido acima, é correto afirmar que:

- Associa-se a sintomas não atribuíveis a outras causas, tais como dor torácica atípica e percepção de palpitações sem arritmia detectada.
- Está presente em 2% a 5% da população, tanto em mulheres quanto em homens, sem relação com práticas atléticas.
- Trata-se de achado eletrocardiográfico comum e completamente benigno, sem associação com risco de morte súbita.
- Está relacionado a episódios de morte súbita em indivíduos sem cardiopatia estrutural, sobretudo quando as alterações são inferolaterais.

48) É considerado um critério menor para o diagnóstico da displasia arritmogênica do ventrículo direito (DAVD):

- Morte súbita prematura (abaixo dos 35 anos), devido a DAVD num parente em primeiro grau.
- DAVD confirmada patologicamente em autópsia ou em cirurgia num parente em primeiro grau.
- Identificação de mutação patogênica associada ou provavelmente associada com DAVD no paciente.
- Taquicardia ventricular sustentada ou não sustentada, com morfologia de bloqueio de ramo esquerdo com eixo superior.

49) Quanto à morte súbita cardíaca, é correto dizer que:

- Mais de 80% das vítimas apresentam indicadores de risco arritmico ou de risco hemodinâmico antes do evento, o que sugere que o maior impacto epidemiológico decorrerá da vigilância sobre esses subgrupos de risco.
- A redução da morbimortalidade por doença coronária aterotrombótica nos países desenvolvidos tem levado à redução semelhante da proporção de vítimas que sofrem morte súbita até a primeira hora do quadro.
- Cerca de 90% de todas as mortes súbitas atribuídas a causa cardíaca ocorrem num prazo de até duas horas após o início do quadro, depois desse prazo aumentando a representação de outras morbidades como causas.
- Ao contrário do senso comum, que sugere que elevações do nível de estresse psicossocial podem estar associadas a aumento do número de eventos, não se nota qualquer correlação estatística entre os dois.

50) Na ocorrência de taquicardia ventricular sobre coração normal, a forma mais frequentemente encontrada será:

- Fascicular, com QRS estreito.
- Com bloqueio de ramo direito.
- Ramo a ramo.
- Com bloqueio de ramo esquerdo.