



CONCURSO PÚBLICO

003. PROVA ESCRITA

2.º TENENTE MÉDICO PM ESTAGIÁRIO (CARDIOLOGIA)

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 60 questões objetivas.
- ◆ Confira seu nome e número de inscrição impressos na capa deste caderno.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta azul ou preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridos 75% do tempo de duração da prova.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno, podendo levar apenas o rascunho de gabarito, localizado em sua carteira, para futura conferência.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

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

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

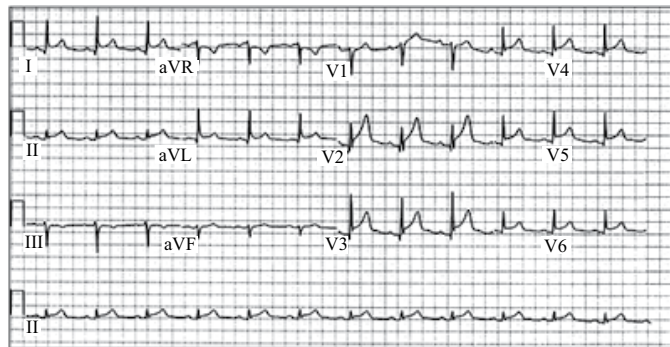
01. Quanto ao eletrocardiograma dos quadros de infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST), deve-se considerar que

- (A) o supradesnivelamento de ST ocorreu, na maioria dos casos, mas com evolução fugaz, de tal maneira que pode não mais estar visível no momento do registro eletrocardiográfico.
- (B) se um eletrocardiograma realizado mais de 40 dias após um quadro clínico suspeito de infarto agudo do miocárdio registra onda Q, é possível afirmar que, na fase aguda, este não tenha sido um IAMSSST.
- (C) é possível encontrar, em grande parte dos pacientes classificados como vítimas de IAMSSST, supradesnivelamentos não reconhecidos inicialmente em aVR ou infradesnivelamentos de ST não valorizados porque não se registraram as derivações antípodas.
- (D) são fatores relevantes a presença de infradesnivelamentos de ST em parede lateral e anormalidades de onda T, que, embora não sejam diagnósticos, têm valor para previsão de benefícios obtidos por intervenção invasiva precoce.
- (E) a presença de bloqueios de ramo ou de ritmos de marca-passo inviabiliza a classificação eletrocardiográfica dos infartos em formas com ou sem elevação do segmento ST.

02. As evidências permitem afirmar, sobre o eletrocardiograma na doença hipertensiva, que

- (A) o conhecido padrão de “strain”, com infradesnível de ST e inversão de T nas derivações com ondas R maiores, não se associa à ocorrência concomitante de doença arterial coronária.
- (B) a detecção de sobrecarga atrial esquerda mostra-se particularmente útil para sugerir hipertrofia ventricular esquerda nos pacientes portadores de bloqueio do ramo esquerdo.
- (C) os critérios de voltagem para detecção de sobrecarga ventricular esquerda são sensíveis sobretudo para mulheres, pessoas obesas e portadores de bloqueio do ramo direito.
- (D) os critérios para detecção de hipertrofia ventricular esquerda de moderada a grave são sistematicamente mais sensíveis do que específicos, tornando o eletrocardiograma um bom método de triagem.
- (E) a regressão da hipertrofia ventricular esquerda com o tratamento costuma ser detectada mais precoce e acuradamente pelo eletrocardiograma, já que a remodelagem elétrica ocorre antes da mecânica.

Observe o eletrocardiograma.



03. O traçado eletrocardiográfico é fortemente sugestivo de

- (A) pericardite aguda.
- (B) repolarização precoce.
- (C) infarto agudo do miocárdio com supra de ST.
- (D) hiperpotassemia.
- (E) cardiomiopatia hipertrófica.

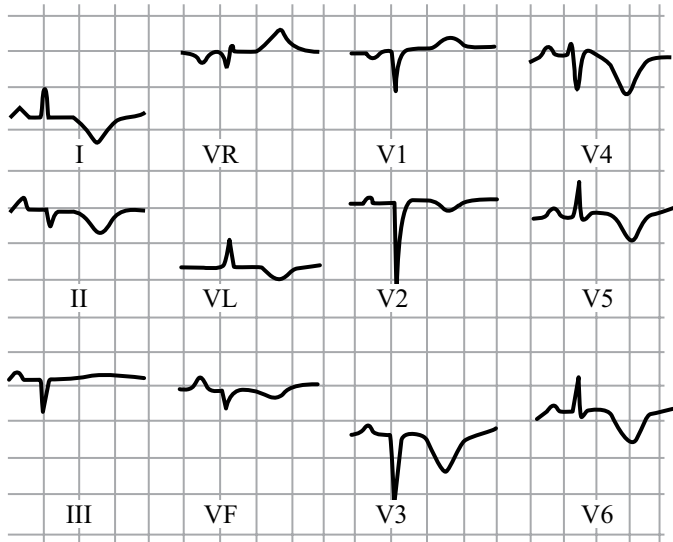
04. No que se refere ao uso de drogas para interferir favoravelmente sobre a remodelagem miocárdica, sabe-se que

- (A) a associação de inibidores da enzima conversora de angiotensina com bloqueadores de receptor de angiotensina II não se mostra mais potente sobre a remodelagem do que qualquer dos dois agentes usado separadamente.
- (B) a combinação de hidralazina e nitratos orais, embora muito potente para o reequilíbrio de cargas e para a redução da morbimortalidade da insuficiência cardíaca, não age sobre a remodelagem propriamente dita.
- (C) inotrópicos positivos como a digoxina, embora obsoletos para tratamento da doença sintomática, são altamente potentes para deter ou reverter a remodelagem miocárdica nas fases mais precoces (estádios A ou B na classificação AHA/ACC).
- (D) os inibidores da enzima conversora de angiotensina têm efeito superior ao da combinação hidralazina-nitratos sobre a remodelagem miocárdica em brancos, mas não em afrodescendentes.
- (E) a associação de carvedilol e inibidores de enzima conversora de angiotensina mostra-se especialmente potente para reversão da remodelagem miocárdica em casos de cardiomiopatia não isquêmica.

05. Sobre o tratamento da fibrilação atrial em uma mulher grávida, sugere-se que
- (A) a cardioversão química deve merecer precedência sobre a cardioversão elétrica, mesmo nas pacientes com instabilidade hemodinâmica.
 - (B) não se deve usar terapêutica anticoagulante ou ácido acetilsalicílico nas formas permanentes de fibrilação atrial em qualquer trimestre.
 - (C) o uso de heparina subcutânea é o único que as evidências sugerem para profilaxia primária dos processos tromboembólicos associados.
 - (D) a regulação da frequência ventricular deve ser feita preferivelmente com digoxina, betabloqueadores ou bloqueadores de cálcio.
 - (E) a droga preferida é a amiodarona, por conta das menores consequências sobre o feto e pela menor probabilidade de reversão espontânea e embolismo.
06. Homem de 56 anos de idade, motorista de ônibus, portador de cardiomiopatia chagásica crônica, manifestada como episódios de síncope não vinculados aos esforços, acabou de receber implante de dispositivo cardíaco eletrônico. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a volta ao exercício profissional
- (A) não é recomendada aos portadores de cardioversor-desfibrilador implantável, que podem, no entanto, dirigir veículos particulares após 6 meses sem eventos arrítmicos.
 - (B) deve ocorrer apenas após 6 meses, quer o implante tenha sido de marca-passo convencional ou de cardioversor-desfibrilador implantável.
 - (C) é mais segura nos portadores de cardioversor-desfibrilador implantável do que nos de marca-passos convencionais, pela cobertura tanto de bradi quanto de taquiarritmias.
 - (D) deve ser vetada definitivamente, em qualquer veículo, pois se demonstra que esses pacientes apresentam 14% a mais de chance de se envolver em acidentes fatais.
 - (E) é possível, após cicatrização cirúrgica em virtualmente todos os casos, excetuando-se a condução de ônibus elétricos por conta do campo magnético.
07. As diretrizes atualizadas da Sociedade Brasileira de Cardiologia, para a abordagem da insuficiência cardíaca crônica, consideram como indicação classe I prescrever
- (A) carvedilol em pacientes com mais de 70 anos, classe funcional entre II e IV (NYHA) e em associação com inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores dos receptores de angiotensina.
 - (B) bloqueadores dos receptores de angiotensina para pacientes que continuem sintomáticos, a despeito de terapêutica otimizada com betabloqueadores e inibidores da enzima conversora de angiotensina.
 - (C) espironolactona a pacientes no pós-infarto agudo do miocárdio que apresentem disfunção ventricular esquerda (fração de ejeção do ventrículo esquerdo < 40%).
 - (D) clortalidona ou hidroclorotiazida junto com espironolactona, associados em pacientes resistentes à ação dos diuréticos de alça, buscando bloqueio sequencial com preservação de função renal.
 - (E) vacinação rotineira contra influenza e contra pneumococos em todos os pacientes com insuficiência cardíaca crônica, que não apresentem contraindicação específica a essas vacinas.
08. Quanto à prática de exercícios físicos por pacientes com insuficiência cardíaca, sabe-se que
- (A) parte significativa de seus benefícios decorre da redução dos efeitos simpatoexcitatórios.
 - (B) gera maiores benefícios na etiologia isquêmica do que na etiologia chagásica.
 - (C) gera maiores benefícios em pacientes jovens ou de meia idade do que em idosos.
 - (D) aumenta significativamente a sobrevida, ao contrário do que se pensava no passado.
 - (E) embora melhore a sobrevida global, implica risco relevante de morte durante a prática.
09. Quanto às opções diagnósticas e terapêuticas nos portadores de insuficiência valvar aórtica (IAo), é correto afirmar que
- (A) as evidências mostram que a medida dos volumes ventriculares é melhor indicador de oportunidade cirúrgica do que os sintomas, pois a cardiomegalia induzida pela lesão valvar é quase completamente irreversível.
 - (B) se deve indicar cateterismo cardíaco como parte da rotina pré-operatória a todos os pacientes, mesmo que a ecocardiografia revele ausência de assimetrias da contratilidade regional do ventrículo esquerdo.
 - (C) de todos os dados ecocardiográficos, os que mais especificamente indicam gravidade são a velocidade máxima do fluxo maior do que 0,6 cm/s e a área valvar maior do que 2,5 cm², com diâmetro da aorta ascendente maior do que 4 cm².
 - (D) não há, atualmente, evidências definitivas que suportem a indicação de vasodilatadores cronicamente, de rotina, para pacientes assintomáticos com IAo crônica, a menos que esses pacientes sejam hipertensos.
 - (E) o tratamento cirúrgico da IAo, exceto em pacientes com acentuada redução da função ventricular esquerda, leva a um aumento da fração de ejeção e da sobrevida da maioria dos pacientes, sem progressão da insuficiência cardíaca.

10. Quanto ao uso de estatinas, é correto afirmar que
- (A) não só pioram a evolução de transaminases nos portadores de hepatite B ou C, como costumam elevar os níveis de transaminases na esteato-hepatite.
 - (B) essas drogas devem ser suspensas mesmo que os níveis de CPK estejam normais, desde que haja mialgia persistente sem outra causa identificada.
 - (C) os riscos de que induzam rabdomiólise significativa estão reduzidos quando em associação com ciclosporina nos pacientes transplantados.
 - (D) a incidência de rabdomiólise e de hepatotoxicidade são mais propriamente droga ou tempo-dependentes do que dose-dependentes.
 - (E) a elevação das transaminases entre 3 e 7 vezes o limite superior do normal não deve levar à suspensão da droga, desde que AST seja menor que ALT.
11. A medida da pressão arterial deve respeitar a melhor condição possível de sensibilidade e de especificidade para o diagnóstico de suas variações patológicas. Em função dessa necessidade, usa-se cada vez mais a medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou a medida residencial da pressão arterial (MRPA). Para obter essa confiabilidade de medidas, é correto afirmar que
- (A) a identificação da hipertensão do avental branco é irrelevante para o prognóstico, pois esses pacientes mostram risco igual ao dos normotensos, não se prescrevendo intervenção medicamentosa nem não medicamentosa.
 - (B) se identifica efeito significativo do avental branco quando a diferença das pressões obtidas no consultório com as obtidas por MAPA/MRPA for maior do que 20 mmHg (sistólica) ou do que 10 mmHg (diastólica).
 - (C) medidas superiores a 125/75 mmHg devem ser consideradas anômalas tanto em consultório quanto nos protocolos ambulatorial ou residencial (MAPA ou MRPA), não se usando parâmetros diferentes.
 - (D) se chama de normotensão do avental branco ou hipertensão mascarada a condição em que a pressão sistólica ou a pressão diastólica estão pelo menos 15 mmHg maiores na MAPA ou MRPA do que em consultório.
 - (E) não se sugere realização complementar de MAPA caso a média das pressões obtidas pela MRPA esteja entre 125/75 mmHg e 135/85 mmHg, pois isso não teria relevância para a tomada de conduta terapêutica.
12. Em um paciente de 17 anos de idade, com tetralogia de Fallot não corrigida, um procedimento com mais alto potencial de induzir prejuízo seria
- (A) não introduzir anticoagulação de rotina.
 - (B) realizar flebotomia segundo o hematócrito e os sintomas.
 - (C) introduzir alopurinol, com ou sem sintomas de hiperuricemia.
 - (D) erradicar os cálculos biliares apenas quando se tornarem sintomáticos.
 - (E) preferir diuréticos e inibidores da ECA para tratar eventual hipertensão.
13. Sobre o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica, é correto considerar que
- (A) os diuréticos de alça, não obstante capazes de reduzir edema mesmo em pacientes com função renal bastante reduzida, são ineficazes como anti-hipertensivos.
 - (B) a alfametildopa é opção como monoterapia não só em grávidas, mas em idosos e em usuários de drogas simpatomiméticas, como os beta-2-estimulantes e a cocaína.
 - (C) betabloqueadores de terceira geração, como o carvedilol e o nebivolol, têm impacto neutro ou até podem melhorar o metabolismo da glicose e lipídico.
 - (D) o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina em pacientes com função renal reduzida não é nefroprotetor, pois causa aumento de até 30% da creatinemia.
 - (E) os bloqueadores dos receptores AT₁ de angiotensina II, embora capazes de reduzir morbidade coronária e cardiovascular, associam-se a mais casos novos de diabetes.
14. Homem de 21 anos de idade, descendente remoto de moçambicanos e índios brasileiros, foi selecionado para prestar serviços ao Exército após rigoroso exame médico. Dois anos depois, sem qualquer história de trauma relevante, em exame periódico de rotina, assintomático, apresentou sopro holossistólico regurgitativo, grau II(VI), em área mitral, irradiado até a linha axilar anterior e se acentuando em decúbito lateral esquerdo. A ecocardiografia transesofágica não visualizou qualquer vegetação, mostrando folhetos valvares não espessados nem infiltrados. Um par de hemoculturas mostrou-se estéril e o hemograma completo foi normal. É correto considerar que o diagnóstico de
- (A) cardiopatia reumática crônica não pode ser excluído, sobretudo em descendentes de índios brasileiros, nos quais a representação do HLA-DR7 é bastante alta e se associa a quadros tardios de febre reumática.
 - (B) lesão valvar mitral sequelar a endocardite prévia pode ser excluído, diante da falta de quadro clínico na história e porque não há quadros de endocardite com resolução espontânea.
 - (C) cardiopatia reumática aguda deve ser considerado inclusive porque, segundo a OMS, o diagnóstico de cardiopatia reumática insidiosa não demanda demonstração de outras lesões ou de infecção estreptocócica pregressa.
 - (D) prolapso valvar mitral pode ser excluído porque lhe faltam os estigmas necessários para a confirmação, incluindo ausência de infiltrado mixomatoso e caráter holossistólico do sopro, em vez do esperado mesotelsistólico.
 - (E) endocardite infecciosa pode ser rejeitado, segundo os critérios de Duke, pois este caso clínico não apresenta qualquer critério maior, como também não apresenta qualquer critério menor.

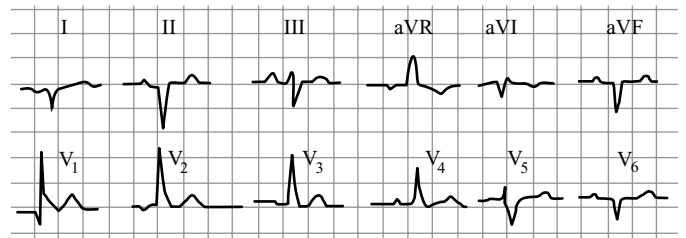
Observe o eletrocardiograma.



15. Mulher de 48 anos de idade, professora de português de um curso pré-vestibular, praticante de yoga, não obesa, sem antecedentes de hipertensão, diabetes ou tabagismo e sem outras queixas pregressas de saúde, foi vítima de sequestro que foi resolvido após 72 horas de intenso estresse e cerco policial. Ao ser resgatada, mostrava intensa dispneia, instalada de modo relativamente súbito após dor retroesternal constritiva intensa iniciada 4 horas antes do resgate, acompanhada, também, de sudorese fria e náuseas, e que perdurou por 2 horas seguintes, até resolver-se espontaneamente. Ao chegar ao pronto-socorro, encontrava-se taquicárdica, levemente hipotensa, com reperfusão capilar lentificada, sopro de insuficiência mitral discreto. Também mostrava o traçado eletrocardiográfico conforme o apresentado, troponina levemente elevada, ecocardiograma com fração de ejeção de 37% e acinesia apical do ventrículo esquerdo. Levada rapidamente à cinecoronariografia, mostrou coronárias completamente normais, sem desencadeamento de espasmo coronário após estimulação. Medicada com diuréticos e inibidores da enzima conversora de angiotensina, teve os sintomas de insuficiência cardíaca rapidamente revertidos. Após 48 horas, recebeu alta sem sintomas, com troponina normalizada e com cintilografia miocárdica por MIBI-Tc-Dipiridamol sem detecção de áreas definitiva ou transitoriamente mal perfundidas. A ressonância magnética abdominal mostrou-se normal, sem aumento da excreção de metanefrinas urinárias. Dez dias após a alta, tanto o eletrocardiograma quanto o ecocardiograma mostravam total normalização, sendo possível mantê-la assintomática sem qualquer das medicações anteriores. Diante desse quadro, uma hipótese diagnóstica foi assumida como mais provável. Em relação a essa hipótese, sabe-se que

- (A) tem os níveis de troponina como acurados preditores de gravidade.
- (B) produz acinesia ou hipocinesia apical como critério necessário para diagnóstico.
- (C) mostra concentração tardia de gadolínio à ressonância miocárdica.
- (D) mais de 50% das vítimas apresentam recorrências do quadro em 5 anos.
- (E) tem maior incidência em mulheres após a menopausa.

Observe o eletrocardiograma.



16. O traçado eletrocardiográfico apresentado foi registrado segundo técnica correta e é característico de

- (A) síndrome de Eisenmenger.
- (B) *cor pulmonale* crônico secundário.
- (C) destrocardia.
- (D) síndrome de pré-excitação.
- (E) ritmo juncional baixo.

17. No caso de pacientes vitimados por cardiomiopatia hipertrófica,

- (A) sintomas e sopro são indicadores proporcionais do gradiente intraventricular.
- (B) a manifestação clínica pode surgir em qualquer idade, dos 0 aos maiores de 90 anos.
- (C) o eletrocardiograma mostra-se normal em 75% dos parentes assintomáticos.
- (D) há predomínio de homens sobre mulheres em taxa próxima a 2,5:1.
- (E) a expectativa global de sobrevida é significativamente menor do que na população geral.

18. A cineangiocoronariografia tem indicação de realização classe I para

- (A) diagnóstico e planejamento terapêutico em pacientes com reconhecida ou possível angina *pectoris*, que tenham sobrevivido a quadro de morte súbita cardíaca.
- (B) diagnóstico e planejamento terapêutico em pacientes que não tenham podido submeter-se a testes não invasivos por conta de obesidade mórbida ou de outras doenças.
- (C) estratificação de risco em pacientes com fração de ejeção < 0,45, angina classe I ou II (CCS) e isquemia de risco intermediário nos testes não invasivos.
- (D) estratificação de risco em pacientes que, não obstante assintomáticos, apresentem características clínicas indicativas de alta probabilidade de doença coronária severa.
- (E) monitoramento periódico da eficácia terapêutica em pacientes com sintomas classe II (CCS) e aderência persistentemente ruim às prescrições.

19. Homem de 77 anos de idade, diabético tipo II, em uso de metformina, e hipertenso crônico estágio I irregularmente medicado (clortalidona prescrita para toda manhã, mas usada apenas segundo critérios do próprio paciente), refere início abrupto de palpitações enquanto estava repousando em seu sítio no interior de São Paulo. Atendido no pronto-socorro local, teve o registro de um eletrocardiograma com traçado de fibrilação atrial, da qual não havia antes nenhuma notícia. Não se sentiu seguro de sofrer cardioversão longe de seu cardiologista e, como se sentisse relativamente estável, resolveu voltar para a Capital e buscar cuidados tão logo fosse possível. Nesse ínterim, as palpitações cederam e o paciente só se apresentou a seu cardiologista 10 dias depois, observando-se traçado eletrocardiográfico equivalente ao registrado quando se sentiu mal na cidade do interior, sem evidências de má tolerância hemodinâmica e frequência cardíaca de 98 batimentos/minuto. De acordo com as diretrizes vigentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Fibrilação Atrial, pode-se dizer que se trata de fibrilação atrial

- (A) paroxística (< 15 dias), que deve receber anticoagulação por um período 3 a 4 semanas antes da cardioversão química, mantendo-se com anticoagulação oral indefinidamente depois para prevenção de AVC, com INR entre 2 e 3.
- (B) paroxística (< 15 dias e primeiro episódio), que pode receber cardioversão sem anticoagulação prévia caso o ecocardiograma transesofágico não mostre trombos, mantendo anticoagulação oral pelos 6 meses seguintes para evitar AVC por recorrência arritmica.
- (C) persistente (> 7 dias), que deve receber anticoagulação por um período de 3 a 4 semanas e só ser submetida à cardioversão se o ecocardiograma transesofágico não mostrar trombos atriais, mantendo anticoagulação oral indefinidamente para prevenir AVC.
- (D) permanente (\geq 10 dias), que deve receber controle da frequência ventricular e não deve receber cardioversão, pois os riscos de embolia e de recorrência arritmica nessa faixa etária e comorbidades tornam esse procedimento arriscado e pouco efetivo.
- (E) persistente (> 7 dias), que deve receber anticoagulação por um período de 3 a 4 semanas no caso de o ecocardiograma transesofágico mostrar trombos atriais, ou ser cardiovertido sem demora no caso contrário, mantendo anticoagulação oral posterior para prevenção de AVC.

20. Considera-se que o *cor pulmonale*

- (A) pode decorrer de hipertensão pulmonar idiopática, secundária à hipertensão venocapilar pulmonar, secundária à doença pulmonar obstrutiva crônica ou secundária à apneia obstrutiva do sono.
- (B) pode manifestar-se por angina *pectoris* aos esforços, basicamente por dois mecanismos: aumento da demanda miocárdica em paciente hipoxêmico ou compressão do tronco da coronária esquerda pela artéria pulmonar muito dilatada.
- (C) é diagnóstico bastante improvável na ausência de estase jugular com ondas “a” e “v” aumentadas ou hiperfonese do componente pulmonar da segunda bulha, tendo o sopro da insuficiência tricúspide em 85% dos casos.
- (D) agudo pode ser detectado com alta sensibilidade, mas baixa especificidade pelo padrão eletrocardiográfico S1Q3, com ou sem inversão de T na derivação III, servindo o ECG mais para excluir o diagnóstico do que para confirmá-lo.
- (E) deve ser considerado complicado por falência ventricular direita, caso ocorra o abaulamento sistólico do septo interventricular na direção do ventrículo esquerdo, conforme observável pela ecocardiografia transtorácica.

21. Sobre o uso de bloqueadores de canais de cálcio, sabe-se que

- (A) o edema associado ao uso dessas drogas se associa principalmente a sua capacidade arteriolodilatadora muito maior do que venodilatadora.
- (B) têm efeito líquido benéfico sobre a remodelagem miocárdica, pois a redução da pós-carga compensa com sobras o inotropismo negativo e a hipertonia simpática reflexa.
- (C) nifedipina, verapamil e diltiazem reduzem a mortalidade pós-infarto do miocárdio e promovem profilaxia para infarto do miocárdio, sobretudo em hipertensos.
- (D) entre os diidropiridínicos, o inotropismo e o dromotropismo negativos serão tão maiores quanto maior for a duração de ação da droga.
- (E) se deve dar preferência ao diltiazem nos pacientes com distúrbios de condução AV por conta do maior tono simpático induzido pelo reflexo barorreceptor.

22. Segundo as diretrizes vigentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a ressincronização cardíaca

- (A) pode visar à melhora da qualidade de vida, mas não mostra efeitos consideráveis sobre a mortalidade nem reversão da remodelagem miocárdica, cuja progressão se lentifica, mas não reverte.
- (B) mostra benefício consistente para pacientes ainda em ritmo sinusal, quando a estimulação é atrial e biventricular, mas não em condições de fibrilação atrial crônica, onde não ocorre suficiente melhora do volume diastólico final.
- (C) deve ser feita sempre com a função de cardioversor-desfibrilador implantável, o que reduz significativamente a mortalidade associada à taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular mantidas apesar da ressincronização.
- (D) não pode ser considerada para uso em pacientes portadores de bloqueio de ramo com estimulação ventricular apenas no ventrículo com distúrbio de condução, pois não apresenta os benefícios da ressincronização propriamente dita.
- (E) tem o Doppler tecidual (TDI) como o método de imagem mais adequado para documentar não somente a presença do dissincronismo ventricular como também os locais de maior retardo contrátil.

23. Quanto aos marcadores de risco para doença aterosclerótica, admite-se que

- (A) não são fatores para mulheres jovens o fumo de 1 a 4 cigarros ao dia e o uso regular de contraceptivos orais ininterruptos em microdoses.
- (B) a redução dos níveis de LDL-colesterol é a segunda medida isolada mais potente para redução de riscos, atrás apenas do controle do diabetes.
- (C) a obesidade, em si, é também um fator de risco isolado, com efeito que suplanta o efeito associado de hipertensão, diabetes, dislipidemia.
- (D) o trabalho seja fator de risco, tanto por tensão excessiva quanto por desequilíbrio entre o esforço e a recompensa.
- (E) a normotensão para idosos tem valores diferentes e um pouco maiores do que para jovens com os demais fatores de risco equivalentes.

24. Quanto ao fluxo coronário, as evidências sugerem que

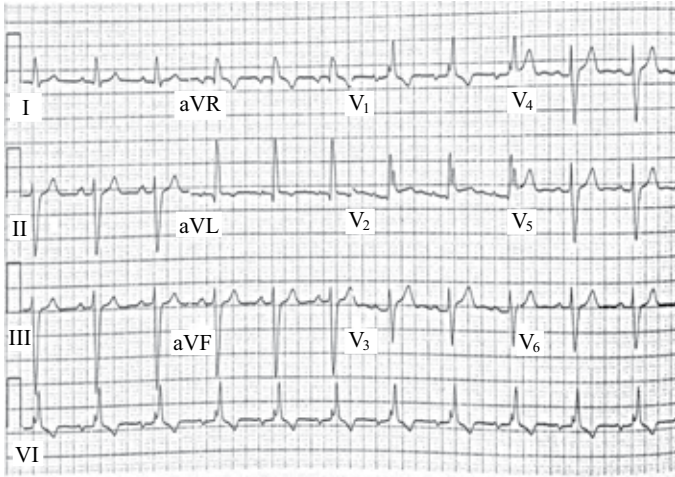
- (A) deve aumentar 50% a cada duplicação da pré-carga, que é o segundo determinante mais importante do consumo miocárdico de oxigênio, ficando atrás apenas da frequência cardíaca quando acima da faixa fisiológica.
- (B) subepicárdio e subendocárdio são regiões com consumo de oxigênio equivalente, mas o subendocárdio tem reserva coronária menor, o que explica em boa parte as isquemias subendocárdicas sob alto estresse miocárdico.
- (C) a sua autorregulação parece suportar mesmo pressões de perfusão bem menores do que 70 mmHg, o que garante fluxo coronário mesmo com as pressões obtidas por compressão torácica em parada cardiorrespiratória.
- (D) é menos exigido em faixas fisiológicas de variação, devido à vasta variabilidade da extração miocárdica de oxigênio, que pode ir dos 30 – 35% basais até mais de 80% em condições de hipóxia tecidual.
- (E) torna-se mais crítico nas condições de parada cardiorrespiratória, já que o simples consumo basal de oxigênio do miocárdio ainda se mantém ao redor de 60% do habitual em repouso mesmo na parada.

25. Paciente estrangeiro, em passagem pelo Brasil, traz consigo carta do médico que o assiste no exterior, relatando que ele foi vítima de “infarto agudo do miocárdio tipo 4b há 4 meses”. Pode-se afirmar que o tratamento desse paciente deva levar em consideração

- (A) a necessidade de reavaliar, por cineangiocoronariografia, seus enxertos cirúrgicos coronários, posto que a maior probabilidade de oclusão ocorre sobre as pontes de safena, depois sobre os enxertos mamários e, só depois, sobre as demais artérias nativas.
- (B) o fato de ser um sobrevivente de morte súbita cardíaca e de já haver ultrapassado a fase de cicatrização do infarto reduz significativamente seu risco arritmico, e a prescrição pode considerar a suspensão de antiarrítmicos, caso as coronárias estejam reabertas.
- (C) que a expansão ocorrida sobre a área do infarto, com geração de aneurisma ventricular, coloca-o em risco máximo para remodelagem miocárdica acelerada, com indicação de rapidamente planejar e executar reconstrução geométrica do ventrículo esquerdo.
- (D) que o mais provável é que a perda miocárdica tenha sido mínima, pois, quando o infarto incide dessa forma durante a angioplastia, a proximidade da sala de hemodinâmica e a rápida detecção permitem procedimentos imediatos de reperfusão.
- (E) a presumida oclusão de seu *stent* coronário não implica necessariamente a presença de resistência ao clopidogrel, já que três quartos dos eventos não fatais não são preveníveis por esse uso, às vezes mesmo com bloqueio adequado dos receptores P2Y12.

26. As novas definições de infarto agudo do miocárdio, muito mais baseadas em biomarcadores, implicam
- (A) triplicação, até, do número de diagnósticos de infarto, que antes poderiam passar sem definição, mas duplicação dos casos mal definidos no espectro entre angina instável e infarto sem supradesnivelamento de ST, cuja conduta está padronizada, mas ainda não é clara, unânime ou definitiva.
 - (B) desvalorização da clínica, pois o amplo espectro de manifestações, das muito dolorosas e pouco lesivas às catastróficas e indolores, manifestas apenas por arritmia ou prejuízo hemodinâmico, torna seu uso bastante questionável, tanto quanto o do eletrocardiograma, que pode só tardiamente se revelar alterado.
 - (C) desvalorização da clínica, extremamente variável e com múltiplos diagnósticos diferenciais, mas grande valorização do eletrocardiograma, em que o desnivelamento do segmento ST se tornou elemento necessário para o diagnóstico, com o mesmo peso dos biomarcadores e mais peso do que a clínica.
 - (D) grande arbitrariedade no estabelecimento de limites entre o que deve ser considerado elevação suficiente ou não para indicar necrose miocárdica, o que leva a aumento significativo dos erros diagnósticos para os pacientes com angina instável de risco intermediário, cuja mortalidade pode ter aumentado com essas novas definições.
 - (E) precocidade e precisão do perfil de risco, de tal maneira que intervenções precoces possam ter lugar, com resgate de músculo e evitação de complicações, evitando-se a permanência desnecessária de alguns pacientes em salas de emergência, sendo estas as principais vantagens dessas novas definições.
27. Mulher de 67 anos de idade, tabagista de 40 anos-maço (há 2 anos com aumento para 2 maços/dia, depois do falecimento de um filho), apresenta-se recorrentemente ao pronto-socorro com angina prolongada e não dependente de variações de consumo miocárdico de oxigênio, sempre desencadeada entre 5 e 7 horas da manhã, inversão de onda T em paredes anterior, lateral e inferior, supradesnivelamento de ST inferior a 1 mm nas mesmas paredes, elevação de troponina para 5 vezes o limite do percentil 99. Já se encontra no quarto cateterismo, sempre com obstrução única de 30%, pouco extensa, da luz do terço inicial de uma artéria circunflexa dominante. A prescrição medicamentosa está otimizada e a paciente parece aderir aos medicamentos, aderir imperfeitamente às mudanças de estilo de vida e não aderir à prescrição de abandono do tabaco. Entre as considerações válidas que se podem traçar sobre esse caso, tem-se que
- (A) a angina variante de Prinzmetal predomina largamente entre homens não orientais e pode acometer tanto segmentos ateroscleróticos como normais das artérias coronárias, guardando relação quase tão forte com a hiperinsulinemia quanto com o tabagismo, tradicionalmente considerado.
 - (B) a angina variante de Prinzmetal é diagnosticada mais frequentemente na sexta década de vida e pode se correlacionar também com condições de disautonomia, uso de maconha ou de álcool, botulismo por via alimentar e hipomagnesemia, mas não se associa fortemente com hipertensão ou hipercolesterolemia.
 - (C) a síndrome cardíaca X e a angina variante de Prinzmetal podem apresentar-se da mesma maneira, com angina não evocada por esforços, pequenas e isoladas placas ateroscleróticas, insuficientes *per se* para gerar isquemia significativa, sendo diferenciadas apenas pelos testes provocativos com ergonovina ou acetilcolina.
 - (D) a síndrome cardíaca X é composta por obesidade, resistência à insulina, hipertensão e dislipidemia, podendo provocar tais manifestações anginosas pela composição de alto consumo de oxigênio pela obesidade, hiperreatividade arteriolar pela hiperinsulinemia e redução da atividade de óxido nítrico sintase endotelial pela dislipidemia.
 - (E) portadores da síndrome cardíaca X devem ter arteriografia coronária completamente normal, o que é o caso para pouco menos de 5% dos pacientes encaminhados para cateterismo de urgência, predominando entre mulheres após a menopausa e podendo corresponder simplesmente à hipersensibilidade dolorosa do miocárdio.

Observe o eletrocardiograma.



28. O traçado eletrocardiográfico apresentado corresponde a um homem de 58 anos de idade que se apresentou com queixa de dor torácica atípica. Dentre as hipóteses válidas para o quadro doloroso, baseadas nesse traçado, temos que

- (A) o bloqueio atrioventricular de primeiro grau, embora tradicionalmente considerado assintomático, pode estar associado à produção de isquemia subendocárdica por prolongamento da fase de contração ventricular isovolumétrica.
- (B) o bloqueio do ramo direito implica a presença de hipertensão arterial pulmonar, responsável por isquemia ventricular direita, que não é bem representada nesse traçado, no qual não se registraram as derivações ventriculares direitas.
- (C) a presença do bloqueio de ramo direito não permite detecção razoavelmente segura de eventual sobrecarga ventricular esquerda, mas sua eventual concomitância poderia explicar a pseudonormalização da repolarização ventricular.
- (D) há critérios sensíveis e específicos para indicar a presença de sobrecarga ventricular esquerda, sem sobrecarga atrial esquerda correspondente, podendo-se pensar em obstruções ao fluxo de saída do ventrículo esquerdo.
- (E) a presença de bloqueio atrioventricular de primeiro grau, com bloqueio do ramo direito e bloqueio divisional anterossuperior do ramo esquerdo, na vigência da dor torácica, não constitui indicação classe I, classe IIa ou classe IIb para implante de marca-passo.

29. Mulher de 33 anos de idade, triatleta, apresenta-se ao pronto-socorro por causa de intensa dispnéia em repouso. Ausculta-se sopro grau IV (VI) em área mitral. Confirma-se insuficiência mitral ao ecocardiograma, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo acima da normalidade populacional. Um dado que poderia falar contra a hipótese de quadro agudo de insuficiência mitral seria

- (A) presença de estase jugular pulsátil.
- (B) índice cardiorádico normal.
- (C) ausência de sobrecarga ventricular esquerda ao ECG.
- (D) sopro holossistólico, englobando B2.
- (E) ausculta de ruflar protodiastólico em área mitral.

30. Em um infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST, a escolha pela fibrinólise intravenosa pode ser melhor do que pela angioplastia primária, estando ambas imediatamente disponíveis se

- (A) houver hipotensão ou crepitação pulmonar importante.
- (B) a paciente não estiver grávida.
- (C) tiver conhecimento de câncer metastático.
- (D) houver história de cirurgia para aneurisma de aorta abdominal há 5 anos.
- (E) existir quadro documentado de estenose aórtica calcificada.

31. Homem de meia idade busca atendimento por dispnéia, hipotensão discreta e um sopro diastólico aspirativo, em decrescendo, grau II (VI), em área aórtica, irradiando-se para área aórtica acessória e se acentuando na posição de cócoras. Um indicativo bastante sugestivo de que se trate de um quadro agudo de insuficiência aórtica seria:

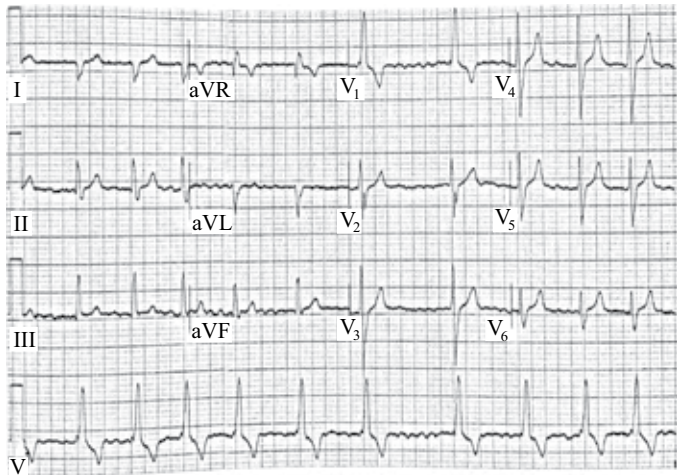
- (A) pressão de pulso bastante alargada, maior do que 50% da sistólica.
- (B) cardiomegalia por aumento do ventrículo esquerdo.
- (C) duração do sopro diastólico por quase toda a diástole.
- (D) inversão do fluxo mitral durante a diástole ao ecocardiograma.
- (E) presença de sinais periféricos, como pulso de Corrigan ou *pistol shot*.

32. Homem de 80 anos de idade, em avaliação por hipótese de apneia do sono, foi orientado a procurar interconsulta cardiológica por hipertensão arterial sistêmica estágio 2. Sua esposa relata um padrão respiratório semelhante ao de Cheyne-Stokes durante o sono do marido. Em relação a ambos os quadros, é correto afirmar que

- (A) tanto no caso de se tratar de apneia obstrutiva do sono como de apneia central do sono, há ativação simpática importante noturna e não diurna e hipertensão arterial secundária, que melhora com CPAP noturno.
- (B) sobretudo nos casos de apneia obstrutiva do sono, a hipertensão arterial costuma ser resistente à medicação, mais associada à produção de taquiarritmias paroxísticas e menos à insuficiência cardíaca.
- (C) o padrão respiratório de Cheyne-Stokes associa-se basicamente com a apneia central do sono, que, por sua vez, não se considera associada à morbidade cardiovascular secundária.
- (D) caso se trate de apneia obstrutiva do sono, o tratamento da hipertensão não deverá lançar mão de betabloqueadores, por conta do risco de aumentar ainda mais a obstrução do trato respiratório.
- (E) o uso de CPAP noturno nos casos de apneia central do sono é contraindicado, pois pioraria a insuficiência cardíaca com a qual esse tipo de transtorno respiratório está comumente associado.

33. O achado menos provável em uma paciente com hipotireoidismo seria:
- (A) bradicardia.
 - (B) baixo débito cardíaco.
 - (C) hipotensão.
 - (D) QT longo ao eletrocardiograma.
 - (E) derrame pericárdico.

Observe o eletrocardiograma.



34. O traçado eletrocardiográfico apresentado foi feito e repetido por médico, obedecendo aos melhores critérios da técnica. O que explica esse QRS negativo na derivação I é:
- (A) dextrocardia com bloqueio de ramo esquerdo.
 - (B) infarto do miocárdio progressivo sobre bloqueio de ramo direito.
 - (C) bloqueio de ramo direito sobre correção de tetralogia de Fallot.
 - (D) bloqueio divisional posteroinferior do ventrículo esquerdo.
 - (E) pré-excitação com feixe anômalo anterior em fibrilação atrial crônica.
35. Quanto ao desenvolvimento de síndrome de insuficiência cardíaca, após o diagnóstico de infecção pelo HIV, pode-se afirmar que
- (A) quase um terço de todas as mortes associadas ao HIV se dá por miocardiopatia dilatada.
 - (B) quando os sintomas decorrem de derrame pericárdico, a causa é habitualmente infecciosa.
 - (C) o desenvolvimento de doença coronária em não usuários de inibidor de protease é improvável.
 - (D) o desenvolvimento de miocardiopatia dilatada, se tratado, não reduz a expectativa de sobrevida.
 - (E) a lesão valvar mitral ou aórtica decorre comumente de infecção concomitante por citomegalovírus.

36. Menina de 4 anos de idade recusava-se a participar das brincadeiras com atividade física na pré-escola, alegando cansaço. Um eletrocardiograma foi realizado pelo cardiologista pediátrico. Se esse traçado for normal, presume-se que possa mostrar
- (A) frequência em repouso de 120 QRS/min.
 - (B) onda Q de 0,5 mV na derivação III.
 - (C) onda R de 2,5 mV na derivação V1.
 - (D) onda S de 1,0 mV na derivação V6.
 - (E) intervalo PR de 180 ms.

37. Entre as características do eletrocardiograma nas síndromes de pré-excitação, pode-se afirmar que
- (A) a capacidade de condução retrógrada pelas vias acessórias perde-se com o envelhecimento, embora a anterógrada se mantenha.
 - (B) as alterações típicas do Wolff-Parkinson-White só aparecem intermitentemente em até metade dos portadores.
 - (C) a onda delta frequentemente se confunde com as pequenas ondas Q “septais”, sobretudo na derivação V6.
 - (D) a despolarização anômala pela onda delta acarreta repolarização anômala com pequenos desnivelamentos de ST na mesma direção da onda delta.
 - (E) a prevalência das alterações do Wolff-Parkinson-White é maior em mulheres do que em homens, em 2/3 das vezes junto a outros defeitos cardíacos.
38. Segundo as atuais Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, sobre Insuficiência Cardíaca Crônica, uma conduta farmacológica com indicação classe I para esses pacientes é prescrever
- (A) amiodarona para prevenção de choques recorrentes em portadores de cardioversor-desfibrilador implantável.
 - (B) amiodarona na doença de Chagas com arritmia ventricular complexa sintomática.
 - (C) anlodipino para hipertensão persistente não obstante tratamento otimizado e com disfunção sistólica.
 - (D) valvoplastia ou troca valvar mitral aos pacientes com insuficiência mitral secundária.
 - (E) aspirina na contraindicação ao uso de anticoagulantes orais por risco de sangramento.

39. Sobre as condições epidemiológicas ou diagnósticas da hipertensão arterial sistêmica no Brasil, tem-se que

- (A) predominam os homens negros, seguidos pelos homens pardos e pelas mulheres negras, quando se considera prevalência por sexo e etnia conjuntamente.
- (B) em braços excessivamente obesos, para os quais não há manguito disponível, pode-se fazer a medida no antebraço e o pulso auscultado deve ser o radial.
- (C) os aparelhos semiautomáticos de punho ou de dedo não devem ser usados na prática clínica, embora alguns desses aparelhos de punho já tenham sido validados.
- (D) a introdução de medicação precoce nos ainda não hipertensos, mas com alto risco para hipertensão, mostra risco-benefício adverso e está claramente contraindicada.
- (E) em pacientes com insuficiência valvar aórtica, com quadro de sepse ou gestantes, recomenda-se o uso do quarto som de Korotkoff como pressão diastólica.

40. Dentre as apresentadas, a droga mais benéfica para a prevenção da fibrilação atrial no pós-operatório de cirurgias cardíacas é:

- (A) digoxina.
- (B) anlodipino.
- (C) amiodarona.
- (D) metoprolol.
- (E) propafenona.

CONHECIMENTOS GERAIS

41. De acordo com as diretrizes da Constituição Federal do Brasil e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento integral refere-se

- (A) ao controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo.
- (B) à integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico com participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento.
- (C) à capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.
- (D) à introdução no sistema, da possibilidade de formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e à participação na sua produção.
- (E) à integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

42. Segundo a Lei Orgânica do Município de São Paulo,

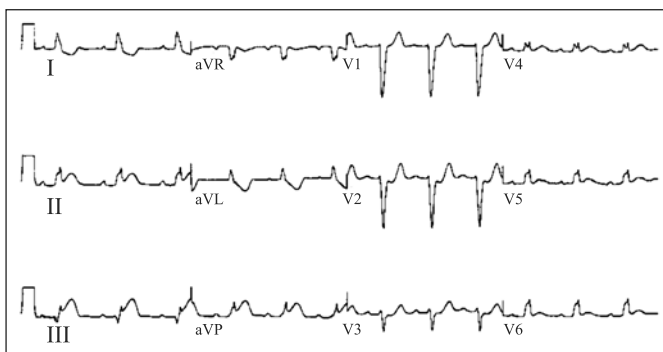
- (A) não cabe ao município a participação no controle da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos.
- (B) o município deve fomentar, coordenar e executar programas de atendimento emergencial.
- (C) o município responsabiliza-se pela assistência integral à saúde seguindo, rigorosa e estritamente, as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde na orientação programática e alocação de recursos.
- (D) o município deve submeter-se à coordenação da Secretaria Nacional de Defesa antidrogas (Senad) para administrar os serviços de saúde mental abrangidos pelo Sistema Único de Saúde.
- (E) a implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência será uma atribuição do Conselho Municipal de Saúde, órgão apenas deliberativo, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde, hospitais universitários e empresários dos serviços privados de saúde.

43. Segundo a Política Nacional, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, dentre as quais pode-se citar:
- (A) dedicar-se exclusivamente à execução de ações, deixando a elaboração, o acompanhamento e a gestão de projetos terapêuticos, de qualquer ordem, para órgãos do executivo federal.
 - (B) ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária.
 - (C) adotar uma política de acesso restrito às populações periféricas dos grandes centros, de baixa renda, para reduzir a demanda nos serviços de alta complexidade.
 - (D) oferecer baixa resolutividade, com a conseqüente redução nos custos, mas suficiente para dar conta da maioria dos agravos à saúde sem recorrer a procedimentos de alta complexidade.
 - (E) implantar programas dos serviços de saúde em consonância com as necessidades de saúde dos usuários antecipadamente definidas por análises do Ministério da Saúde.
44. Em determinada comunidade, observa-se, ao longo dos últimos cinco anos, que é constante um grande número de casos de hanseníase e tuberculose e, por outro lado, que têm ocorrido, anualmente, muitos casos novos dessas doenças.
- Com base nessa informação, pode-se dizer que, provavelmente, nessa comunidade,
- (A) essas doenças têm altas prevalências e altas incidências.
 - (B) essas doenças apresentam altas taxas de prevalência e baixas taxas de incidência.
 - (C) a esperança de vida, em razão dessas doenças, está muito reduzida.
 - (D) o coeficiente de mortalidade, para ambas as doenças, deve ser muito baixo.
 - (E) a taxa de morbidade, para cada uma dessas doenças, só poderá ser calculada se estiverem disponíveis os respectivos números de óbitos.
45. Endemia é a ocorrência de determinada doença que acomete sistematicamente populações em espaços característicos e determinados, no decorrer de um longo período, e
- (A) que mantém a incidência relativamente constante, permitindo variações cíclicas.
 - (B) cuja prevalência é sempre muito baixa.
 - (C) que é sempre multicausal, não podendo ser atribuída a um único fator.
 - (D) para a qual as medidas de quimioprofilaxia são sempre inócuas.
 - (E) cuja previsibilidade dispensa procedimentos de vigilância em saúde.
46. A Proporção de Idosos na População, que é o percentual de pessoas com 60 ou mais anos de idade, na população total, em determinado espaço geográfico e no período considerado,
- (A) permite estimar o índice de Swaroop-Uemura.
 - (B) é essencial para a construção da curva de Nelson Moraes.
 - (C) indica a participação relativa de idosos na população geral.
 - (D) é resultado da razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens.
 - (E) mede, em termos absolutos, o contingente populacional potencialmente inativo.
47. Para o fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do seu território, a secretaria municipal de saúde deve buscar parcerias
- (A) apenas com órgãos governamentais federais.
 - (B) apenas com o setor privado.
 - (C) apenas com instituições filantrópicas.
 - (D) apenas com instituições governamentais e filantrópicas.
 - (E) com instituições governamentais, não governamentais e com o setor privado.
48. As doenças constantes do Anexo I, da Portaria MS104/11 (Lista de Notificação Compulsória – LNC), referente a doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada, devem ser notificadas e registradas
- (A) nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 6 (seis) horas a partir da confirmação do caso.
 - (B) apenas na Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.
 - (C) apenas na Secretaria Municipal de Saúde.
 - (D) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
 - (E) apenas na Secretaria Estadual de Saúde.
49. Pelo Calendário Nacional de Vacinação, deve-se oferecer a imunização contra a hepatite B (recombinante), para grupos vulneráveis não vacinados ou sem comprovação de vacinação anterior como, entre outros, bombeiros, policiais militares e
- (A) gestantes em qualquer fase da gestação.
 - (B) gestantes unicamente no terceiro trimestre da gestação.
 - (C) gestantes após o primeiro trimestre da gestação.
 - (D) apenas às mulheres que estiverem na segunda gestação.
 - (E) apenas às gestantes com sorologia positiva para o HIV.

50. No capítulo do sigilo profissional, no Código de Ética Médica, diz-se que é vedado ao médico revelar conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, contudo essa proibição deixará de existir
- se o fato for de conhecimento público.
 - com o falecimento do paciente.
 - quando o médico depuser como testemunha.
 - quando o sigilo for relacionado a paciente menor de idade e a não revelação possa acarretar dano ao paciente.
 - em investigação de suspeita de crime quando a revelação possa expor o paciente a processo penal.

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números 51 a 53.

Homem, 75 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, ex-tabagista, diabético e dislipidêmico, em uso de atenolol, AAS, metformina, glibenclâmida e sinvastatina, chega ao pronto-atendimento com queixa de dor retroesternal há, pelo menos, 2 horas, acompanhada de sudorese intensa, dispneia e náuseas. O exame físico da admissão revela o paciente em regular estado geral, taquipneico leve, palidez cutaneomucosa e sudoreico. PA = 160 x 90 mmHg, FC = 50 bpm, SO₂ = 96% em ar ambiente. O exame físico revela ausculta cardíaca e pulmonar normais. O eletrocardiograma realizado no momento da admissão encontra-se ilustrado a seguir.

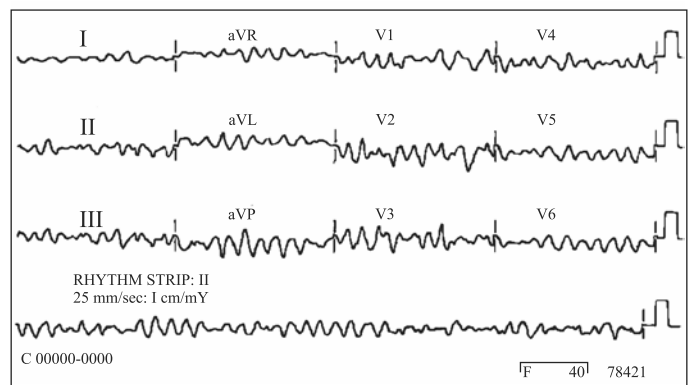


(Considere: PR = 220 ms; FC = 50 bpm; duração do QRS = 130 ms)

51. Em relação aos achados eletrocardiográficos, é correto afirmar que
- a presença de QRS com duração acima do limite superior da normalidade e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo impedem, pelos achados eletrocardiográficos, a definição de isquemia miocárdica verdadeira nesse caso.
 - o ritmo é sinusal, há bloqueio atrioventricular do segundo grau Mobitz tipo I e corrente de lesão em parede inferior.
 - há sinais de infarto agudo do miocárdio em parede inferior por provável oclusão total da artéria coronária direita.
 - o distúrbio de condução pelo ramo esquerdo não impede a verificação de isquemia nesse caso, e há sinais de infarto agudo do miocárdio em parede anterior.
 - o infradesnívelamento do segmento ST em V2 e V3 reforça a hipótese de oclusão da artéria coronária interventricular anterior.

52. Em relação à abordagem terapêutica do paciente em questão, é correto afirmar que
- os níveis pressóricos da admissão contraindicam a utilização de medicamentos trombolíticos.
 - há necessidade de terapia de reperfusão coronária, seja ela mecânica (angioplastia) ou química (trombólise).
 - o tratamento deve ser realizado com heparinização plena e antiagregação plaquetária, aguardando-se 24 horas sem a utilização de metformina, para a realização do cateterismo cardíaco, pelo risco de acidose láctica.
 - a administração de trombolíticos é preferível em relação à angioplastia primária, por se tratar de paciente idoso e diabético.
 - não há necessidade de suplementação de oxigênio ao paciente, uma vez que a saturação de O₂ encontra-se acima de 90%.

53. Enquanto eram tomadas as medidas iniciais, o paciente apresentou rebaixamento do nível de consciência, tornando-se arresposivo. O aparelho de eletrocardiograma ainda se encontrava conectado ao paciente e foi realizado o registro a seguir.



A conduta que deve ser prontamente adotada é:

- realizar intubação orotraqueal, ventilação invasiva e encaminhar o paciente imediatamente à hemodinâmica.
- iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, iniciando-se pela intubação orotraqueal e, a seguir, massagem cardíaca.
- realizar cardioversão elétrica sincronizada.
- realizar desfibrilação não sincronizada. Caso o desfibrilador não esteja próximo, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, começando por compressões torácicas.
- aplicar amiodarona intravenosa em bolus, seguida de adrenalina 1 mg e compressões torácicas.

54. Paciente do sexo feminino, 44 anos, apresenta quadro de dispnéia intensa e chiado no peito, cerca de 10 minutos após a realização de exame com contraste iodado. Foi levada ao pronto-atendimento, apresentando dificuldade para enxergar e rouquidão. Ao exame físico, notou-se edema facial e estriador laríngeo. A pressão arterial era de 80 x 40 mmHg.

O fármaco e a melhor via de administração deverão ser, respectivamente:

- (A) adrenalina / intravenosa.
- (B) adrenalina / intramuscular.
- (C) corticoide / intravenoso.
- (D) corticoide / inalatório.
- (E) anti-histamínico / via oral.

55. Homem, 56 anos, etilista crônico – cerca de 5 garrafas de cerveja ao dia – encontra-se internado por broncopneumonia aspirativa, recebendo terapia antimicrobiana parenteral. No terceiro dia de internação, começou a enxergar baratas nas paredes do quarto, a apresentar agitação psicomotora e tremor intenso de extremidades.

O tratamento de eleição deverá ser feito com

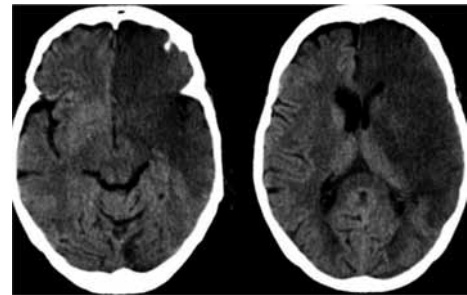
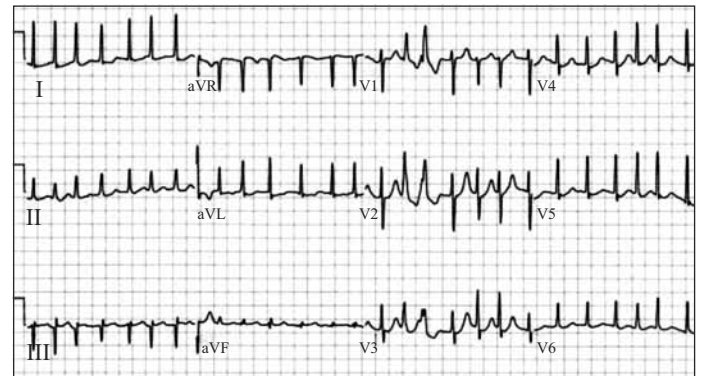
- (A) tiamina e benzodiazepínico.
- (B) tiamina e haloperidol.
- (C) quetiapina e hidantoína.
- (D) glicose a 50% e haloperidol.
- (E) haloperidol e opioide.

56. Paciente jovem, do sexo feminino, foi internada por quadro de polidipsia, poliúria, adinamia e sonolência há, pelo menos, 5 dias. Nos últimos dois dias, ficou muito prostrada e apresentou alguns episódios de náuseas e vômitos. À admissão, a paciente encontrava-se sonolenta, hálito cetótico, respiração de Kussmaul e desidratada. Dextro = 480 mg/dL, corpos cetônicos na urina 4+/4, pH = 7,18 e bicarbonato = 12.

São complicações potenciais e esperadas do tratamento dessa paciente:

- (A) hiperglicemia, oligúria e amaurose.
- (B) neuropatia, infecção e hiperglicemia.
- (C) hipercalcemia, alcalose metabólica e hipoglicemia.
- (D) hipoglicemia, hipocalemia e edema cerebral.
- (E) amaurose, infecção e neuropatia.

57. Mulher, 63 anos, foi admitida no pronto-atendimento após ser encontrada pelos familiares, caída, em casa. Ao exame físico, apresentava rebaixamento do nível de consciência (Glasgow = 11), ausculta cardíaca irregular e desvio conjugado do olhar para a esquerda. O eletrocardiograma e a tomografia computadorizada de crânio encontram-se ilustrados a seguir.



Das medidas apresentadas, assinale aquela que pode ser deletéria ao caso em questão e, portanto, deverá ser evitada inicialmente, mesmo diante de uma indicação precisa.

- (A) Correção dos níveis de glicemia.
- (B) Uso de manitol.
- (C) Anticoagulação plena.
- (D) Controle da pressão arterial, se PAS > 200 mmHg e/ou PAD > 120 mmHg.
- (E) Controle de hipertermia.

58. Paciente jovem do sexo masculino procurou atendimento médico devido ao aparecimento de lesões com aspecto de verrugas em região de glândula e prepúcio. As lesões eram confluentes e assumiam aspecto semelhante a uma couve-flor.

O agente etiológico provavelmente envolvido no caso em questão é o

- (A) *Haemophilus ducreyi*.
- (B) HIV.
- (C) vírus do molusco (Poxvírus).
- (D) *Treponema pallidum*.
- (E) vírus HPV (Papiloma vírus).

59. Em relação ao tromboembolismo pulmonar, é correto afirmar que

- (A) apesar de controversa, a terapia trombolítica pode ser realizada, na presença de indicações precisas, como instabilidade hemodinâmica, até 14 dias após o início dos sintomas.
- (B) a passagem do filtro de veia cava deve ser feita de rotina nos pacientes idosos, associada ao uso do anticoagulante oral.
- (C) após o início do uso da varfarina, deve-se manter o uso da heparina até que se atinja um INR entre 4,0 e 5,0.
- (D) o uso da heparina não fracionada é vantajoso em relação à heparina de baixo peso molecular, devido à maior previsibilidade das dosagens e menor ocorrência de efeitos colaterais.
- (E) o achado eletrocardiográfico mais frequente é a sobrecarga de câmaras direitas.

60. Paciente com 24 anos de idade foi levado ao pronto-atendimento após tentativa de suicídio, apresentando miose, sialorreia intensa, confusão mental, ansiedade e poliúria com certa incontinência urinária. Os acompanhantes referem que o paciente trabalha com lavoura e ingeriu grande quantidade de um líquido que acreditam ser inseticida. Além das medidas de suporte e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, recomenda-se a administração de

- (A) clorpromazina.
- (B) fisostigmina.
- (C) dantrolene.
- (D) naloxone.
- (E) pralidoxima.

