



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO CARDIOLOGIA

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que **contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES	
Língua Portuguesa	de 01 a 10
SUS	de 11 a 20
Específico do cargo / Especialidade médica a que concorre	de 21 a 60

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no CARTÃO-RESPOSTA, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

"Infelicidade é uma questão de prefixo"

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no CARTÃO-RESPOSTA.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
 - (A) inelutável
 - (B) incoercível
 - (C) insofismável
 - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
 - (A) absorver
 - (B) restringir
 - (C) demarcar
 - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
 - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
 - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
 - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
 - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
 - (A) rigor e flexibilidade
 - (B) frugalidade e obstinação
 - (C) comedimento e sobriedade
 - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
 - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
 - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
 - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
 - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. "Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente." (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. "Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante." (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. "A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais." (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) "Achei que estava bem na foto." (1º parágrafo)
- (B) "O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção..." (3º parágrafo)
- (C) "...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante." (2º parágrafo)
- (D) "... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos." (5º parágrafo)
10. "A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu..." (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como locus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7 %
- (B) 12 %
- (C) 15 %
- (D) 22 %
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
 - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
 - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
 - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
 - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
 - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
 - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
 - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
 - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
 - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
 - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
 - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
 - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
 - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
 - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
 - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

CARDIOLOGIA

21. Uma mulher de 32 anos de idade é atendida com queixa de cansaço a esforços moderados que se iniciou durante sua gravidez, há 2 anos, e que vem piorando nos últimos meses. Refere que durante a gestação havia sido informada que deveria procurar um cardiologista, pois apresentava um distúrbio no ritmo. Com o dia a dia atribulado de cuidar da criança recém-nascida acabou não seguindo a orientação. Há três semanas foi atendida em uma UPA e, novamente, lhe foi informado que apresentava uma arritmia. Finalmente, busca atendimento em uma clínica de família e ao ser examinada percebe-se que seu ritmo está muito irregular e que há um sopro diastólico no foco mitral, além de uma frequência cardíaca de 90 bpm e pressão arterial de 124/80 mmHg. A abordagem a ser feita nessa paciente é:
- iniciar anticoagulação com warfarina
 - iniciar anticoagulação com dabigatran
 - submeter a paciente à cardioversão elétrica
 - avaliar o escore de risco para embolização através do CHA₂DS₂VASC e decidir sobre a anticoagulação
22. Um dos achados de exame físico descritos, abaixo, é considerado um critério de gravidade, em um paciente de 65 anos, com estenose aórtica:
- pulso *tardus parvus*
 - pico precoce do sopro
 - pulso martelo d'água
 - componente aórtico de segunda bulha hiperfonético
23. Um paciente jovem é atendido em unidade de emergência com uma arritmia caracterizada por um ritmo irregular com QRS largo e frequência cardíaca de 220 bpm. Considera-se como a principal hipótese diagnóstica para essa arritmia:
- taquicardia juncional
 - taquicardia ventricular
 - taquicardia supraventricular com presença de dupla via nodal
 - fibrilação atrial na presença de via acessória (Wolff-Parkinson-White)
24. Uma jovem hipertensa, acompanhada em clínica de família, engravida sem planejamento. O médico que a acompanha, ao saber da gravidez, suspende um dos medicamentos, abaixo, pois está contraindicado na gravidez:
- atenolol
 - enalapril
 - amlodipina
 - hidroclorotiazida
25. Dos critérios avaliados no escore de risco CHA₂DS₂VASC, um deles recebe uma pontuação maior, pois representa um acentuado risco de evento embólico, na presença de fibrilação atrial. A alternativa correta é:
- idade $\geq$ 65 anos
 - idade $\geq$ 75 anos
 - doença vascular
 - diabetes mellitus
26. Um paciente, de 18 anos de idade, hipertenso de difícil controle é atendido em uma unidade de emergência. Após rever o Rx realizado pelo paciente, percebe-se uma corrosão dos arcos costais posteriores em sua superfície inferior. Nesse caso, a hipótese etiológica para a hipertensão do paciente é:
- feocromocitoma
 - coarctação da aorta
 - síndrome de Cushing
 - estenose de artéria renal
27. Um paciente de 22 anos de idade é atendido, em consulta ambulatorial, encaminhado pelo seu cardiopediatra, que acredita que há indicação de intervenção invasiva para correção de cardiopatia congênita. No exame físico, é nítido um desdobramento fixo de segunda bulha e após a realização do ecocardiograma, conclui-se que há necessidade da intervenção, baseado no seguinte achado:
- uma QP/QS $> 1,5$
 - uma QP/QS $< 1,5$
 - uma FE $> 50\%$
 - uma FE $< 50\%$
28. A utilização de estatinas está relacionada com as seguintes alterações no lipidograma, **EXCETO**:
- elevação dos níveis de colesterol HDL
 - diminuição dos níveis de colesterol LDL
 - diminuição dos níveis de triglicerídeos
 - diminuição dos níveis de colesterol total
29. Um paciente é atendido na emergência com queixa de dor torácica, com o eletrocardiograma que revelou desvio do eixo elétrico do QRS para direita e padrão S₁Q₃T₃. A etiologia mais provável dessa dor apresentada é:
- embolia pulmonar
 - dissecção aguda de aorta
 - infarto agudo do miocárdio de parede inferior
 - infarto agudo do miocárdio de parede anterior
30. Um paciente de 45 anos de idade, assintomático, é atendido em um exame admissional para uma empresa. Ao ser examinado é verificada a presença de um sopro diastólico longo em 3º (terceiro) espaço intercostal esquerdo que aumentava com *handgrip*. Sua pressão arterial era de 158/54 mmHg. Um ecocardiograma é realizado e além de confirmar a hipótese diagnóstica, orienta para a indicação de cirurgia valvar, baseada no seguinte achado:
- fração de ejeção de VE $< 60\%$
 - volume sistólico final de VE $> 4,5$ cm
 - volume diastólico final de VE $> 7,5$ cm
 - pressão sistólica de artéria pulmonar maior que 40mmHg
31. É considerada uma contraindicação à realização de transplante cardíaco:
- fração de ejeção de VE $< 30\%$
 - índice cardíaco $< 2,2$ L/min
 - pressão de artéria pulmonar > 50 mmHg
 - resistência vascular pulmonar fixa > 6 unidades Wood
32. Segundo as diretrizes atuais, para a ressuscitação cardiopulmonar em adultos, o ritmo para realização de massagens cardíacas e de ventilação, quando ainda não existe uma via aérea avançada, deve ser de:
- 15 compressões para cada 2 ventilações
 - 20 compressões para cada 2 ventilações
 - 30 compressões para cada 2 ventilações
 - 40 compressões para cada 2 ventilações
33. Um paciente é atendido com taquicardia e o eletrocardiograma revela uma arritmia regular com QRS estreito e intervalo RP menor que 70 ms. Provavelmente trata-se de:
- um *flutter* atrial
 - uma taquicardia atrial
 - uma taquicardia atrial multifocal
 - uma taquicardia por reentrada no nodo atrioventricular

34. Um paciente com endocardite infecciosa subaguda inicia seu tratamento com antibioticoterapia. Ao final de duas semanas, define-se que a melhor conduta para esse doente é a abordagem cirúrgica. Uma das situações, abaixo, foi considerada para essa decisão:
- fração de ejeção de VE < 45%
 - insuficiência valvar grave
 - presença de edema agudo de pulmão
 - episódio de embolização na primeira semana de tratamento
35. Na ausculta clássica de um paciente com estenose mitral, sem outra lesão valvar associada, em ritmo sinusal e sem hipertensão arterial, espera-se encontrar:
- B1 hipofonética, B2 hiperfonética, presença de quarta bulha, ruflar diastólico
 - B1 hiperfonética, B2 normofonética, estalido de abertura da mitral, ruflar diastólico com reforço pré-sistólico
 - B1 hipofonética, B2 hiperfonética, estalido de abertura da mitral, ruflar diastólico com reforço pré-sistólico
 - B1 hiperfonética, B2 normofonética, presença de terceira bulha, ruflar diastólico com reforço pré-sistólico
36. Um dos distúrbios eletrolíticos, abaixo, é acompanhado de encurtamento do intervalo QT, no eletrocardiograma:
- hipocalemia
 - hipercalemia
 - hipercalcemia
 - hipocalcemia
37. Ao realizar a avaliação de um atleta de alta performance para sua liberação para competições, foi solicitado um eletrocardiograma. Um dos achados, abaixo, foi considerado como indicativo da necessidade de uma avaliação complementar:
- bradicardia com frequência cardíaca de 40 bpm
 - bloqueio átrio-ventricular de 2º grau Mobitz 1
 - supradesnível de 1,5 mm em V2 e V3
 - presença de onda delta
38. Na investigação de um paciente com angina de peito é solicitado um teste ergométrico. Um dos achados, abaixo, sugere uma doença coronariana mais grave, merecendo uma investigação adicional:
- supradesnível do segmento ST
 - pressão arterial sistólica chegando a 200 mmHg
 - infradesnível de 1 mm do segmento ST com 8 METs
 - supradesnível do segmento ST em derivação com deflexão "q" patológica
39. Um paciente com infarto agudo do miocárdio, com supradesnível do segmento ST de parede inferior, é atendido em unidade de emergência, submetido à trombólise, sendo transferido, posteriormente, a uma unidade coronariana. Após três dias de evolução, apresenta deterioração do quadro clínico, sendo detectado um sopro sistólico em foco mitral na ausência de frêmito. A hipótese mais provável é que tenha ocorrido uma das seguintes complicações mecânicas do infarto:
- ruptura de parede livre
 - comunicação interatrial
 - insuficiência mitral aguda
 - comunicação interventricular
40. Uma contraindicação absoluta à utilização de trombolítico, no infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST é:
- AVE isquêmico nos últimos 3 meses
 - manobra de ressuscitação prolongada
 - punções não compressíveis
 - gravidez
41. Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática de 2009, a profilaxia, para uma jovem de 36 anos de idade, submetida à troca valvar por estenose mitral reumática, deve ser continuada:
- até os 40 anos
 - até os 46 anos
 - até os 51 anos
 - por toda a vida
42. Após investigação em um paciente jovem, com sinais de hipertrofia ventricular ao eletrocardiograma, é realizado um ecocardiograma e identificado um gradiente subaórtico dinâmico que diminui com a manobra de *handgrip*. O achado, abaixo, considerado como fator de risco para morte súbita nesse paciente é:
- o gradiente subaórtico maior que 50 mmHg
 - a espessura de septo interventricular de 3,2 cm
 - a taquicardia supraventricular induzida pelo esforço
 - a presença de sopro sistólico em foco mitral com irradiação para dorso
43. Na avaliação pré-operatória de um cardiopata é importante que se faça a estratificação de risco, levando em consideração tanto as características do paciente quanto a da cirurgia a que vai ser submetido. Em relação ao prognóstico, o procedimento considerado de risco elevado para o infarto agudo do miocárdio, é a cirurgia:
- ortopédica
 - de próstata
 - intraperitoneal
 - vascular periférica
44. O envelhecimento da população faz com que se necessite de um conhecimento apropriado do tratamento das cardiopatias na população mais idosa. Em relação a esse cuidado, pode-se afirmar que:
- betabloqueadores aumentaram a ocorrência de depressão em estudos randomizados
 - terapia de reposição hormonal está indicada na prevenção primária de doença coronariana
 - betabloqueadores não lipofílicos (ex: atenolol) podem produzir menos efeitos adversos no sistema nervoso central
 - bloqueadores de canal de cálcio, especialmente os didropiridínicos, causam edema de membros inferiores com menor frequência entre os idosos
45. Sobre a trombocitopenia induzida por heparina pode-se afirmar que:
- o paciente deve ser tratado com transfusão de plaquetas
 - ocorre tipicamente entre 5 a 10 dias da exposição à droga
 - a principal complicação é a ocorrência de sangramentos
 - é geralmente severa, com contagem de plaquetas inferior a 40.000/mm³

46. A miocardiopatia periparto é umas das condições mais dramáticas em cardiologia. Sua incidência precisa é desconhecida, sendo, no entanto, conhecidos alguns fatores de risco para o desenvolvimento dessa condição. Dentre eles encontra-se a:
- (A) pré-eclâmpsia
 - (B) presença de feto único
 - (C) gravidez em paciente jovem
 - (D) gravidez em pacientes brancas
47. Uma paciente de 32 anos de idade, é atendida com queixa de claudicação de membros superiores além de artralgia e astenia. Ao exame, apresenta-se hipertensa, com pressão arterial em membro superior direito de 180/110 mmHg e em membro superior esquerdo de 160/80 mmHg. Os exames laboratoriais revelam elevação de VHS, anemia normocrômica, normocítica e trombocitose. Diante desses achados, o diagnóstico mais provável é:
- (A) poliarterite nodosa
 - (B) arterite de Takayasu
 - (C) doença de Kawasaki
 - (D) granulomatose de Wegener
48. A droga cuja concentração é aumentada em até 400 vezes, em pacientes HIV positivos, que fazem uso de ritonavir, é a:
- (A) pravastatina
 - (B) sinvastatina
 - (C) atorvastatina
 - (D) rosuvastatina
49. São verdadeiras as seguintes afirmativas sobre a dissecação aguda de aorta, **EXCETO**:
- (A) o tratamento clínico é o tratamento de escolha na dissecação tipo B não complicada
 - (B) o tamponamento cardíaco e a ruptura de aorta são contraindicações à coronariografia
 - (C) a coronariografia está indicada de rotina, antes da cirurgia, na dissecação de aorta tipo A
 - (D) a angiotomografia é, geralmente, o exame de escolha para o diagnóstico da dissecação de aorta
50. Os betabloqueadores são drogas amplamente utilizadas em cardiologia, em especial, no tratamento das doenças coronarianas estáveis. Dentre as opções, abaixo, uma delas apresenta apenas betabloqueadores considerados cardiosseletivos:
- (A) propranolol, sotalol e esmolol
 - (B) atenolol, metoprolol, bisoprolol
 - (C) atenolol, carvedilol, bisoprolol
 - (D) propranolol, metoprolol, carvedilol
51. O tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) envolve a utilização de betabloqueadores que se mostram benéficos aos pacientes. Sobre a utilização dessas drogas nesse cenário, pode-se afirmar que:
- (A) devem ser iniciados tão logo seja feito o diagnóstico de ICFER e sua utilização é complementar ao uso dos inibidores de enzima de conversão de angiotensina
 - (B) reduzem a mortalidade, mas não a morbidade em pacientes com ICFER
 - (C) não devem ser utilizados em pacientes com ICFER quando a etiologia dessa insuficiência cardíaca for a cardiopatia isquêmica
 - (D) não devem ser utilizados para o controle da frequência cardíaca em pacientes com ICFER e fibrilação atrial
52. A terapia de ressincronização no tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida não está indicada, na seguinte situação:
- (A) duração de QRS < 130 ms
 - (B) duração de QRS > 150 ms
 - (C) fração de ejeção de VE < 35%
 - (D) morfologia de QRS com padrão de bloqueio de ramo esquerdo
53. No caso da profilaxia primária de febre reumática, caso o paciente tenha alergia à penicilina, a droga a ser escolhida, como primeira opção, será:
- (A) tetraciclina
 - (B) clindamicina
 - (C) eritromicina
 - (D) claritromicina
54. Na ressuscitação de um paciente adulto, em parada cardiorrespiratória, o recomendado, atualmente, de acordo com a atualização das diretrizes da *American Heart Association*, publicadas em 2015, é de que o número de compressões torácicas deva ser entre:
- (A) 60 e 80
 - (B) 80 e 100
 - (C) 100 e 120
 - (D) 120 e 140
55. Em um paciente que evolui no pós-infarto com choque cardiogênico e que não apresenta complicação mecânica associada, o fármaco vasoativo recomendado é a:
- (A) nitroglicerina
 - (B) norepinefrina
 - (C) dobutamina
 - (D) dopamina
56. É reconhecido o efeito deletério do repouso prolongado no pós-infarto nos pacientes que evoluem em Killip I. Dentre esses efeitos pode-se citar:
- (A) aumento da volemia
 - (B) redução da ansiedade
 - (C) redução da pressão arterial
 - (D) redução da capacidade funcional
57. A única droga anti-hipertensiva que comprovadamente aumentou a incidência de disfunção erétil, em trabalhos randomizados é:
- (A) a espironolactona
 - (B) o atenolol
 - (C) o enalapril
 - (D) a clortalidona
58. Em relação à pericardite constritiva, pode-se afirmar que:
- (A) as pressões de enchimento do ventrículo esquerdo e do ventrículo direito são diferentes
 - (B) ocorre diminuição da pressão venosa central na inspiração
 - (C) a onda "y" está ausente na morfologia do pulso venoso
 - (D) o pulso paradoxal está presente em 1/3 dos pacientes

59. Em relação à investigação em pacientes com síncope, pode-se afirmar que:
- (A) a taquicardia supraventricular é a principal causa arritmica de síncope
 - (B) o estudo eletrofisiológico deve ser realizado em pacientes com eletrocardiograma normal
 - (C) nenhum estudo sugeriu que o Doppler de carótidas seja benéfico em pacientes com síncope
 - (D) a hipersensibilidade do seio carotídeo é definida como uma pausa sinusal superior a 2 segundos e/ou uma queda na pressão sistólica maior ou igual a 50 mmHg

60. A principal causa de morte súbita em atletas com mais de 35 anos é:
- (A) síndrome de Brugada
 - (B) síndrome do QT curto
 - (C) cardiomiopatia hipertrófica
 - (D) doença arterial coronariana