



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2019

MÉDICO CARDIOLOGIA

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. 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), que estão distribuídas da seguinte forma:

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

3. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta, para posterior exame grafológico.

"A pintura é poesia sem palavras."

4. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à 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 durante a realização da prova. A simples posse ou uso de qualquer material, objeto ou equipamento não permitido, mesmo que desligado, no local da prova, corredor ou banheiros, implicará na exclusão do candidato no certame.
5. Durante a realização da prova objetiva não será admitida a consulta à legislação, livros, impressos ou anotações bem como o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie e/ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
6. Não haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato. O candidato não poderá amassar, molhar, dobrar, rasgar, manchar ou, de qualquer modo, danificar o cartão-resposta.
7. O candidato é responsável pela conferência de seus dados pessoais: nome, número de inscrição e data de nascimento.
8. 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.
9. Somente após decorrida uma hora do início da prova, ainda que tenha desistido do certame, o candidato poderá retirar-se do recinto, depois que entregar o cartão-resposta, devidamente assinado e com a frase transcrita, e o caderno de questões. Não será permitida qualquer anotação de informações da prova em qualquer meio, sob pena de eliminação do certame.
10. **O candidato somente poderá sair do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos 30 (trinta) minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.** 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.
11. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado as provas.
12. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
13. O gabarito da prova objetiva será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro – D.O. Rio, no segundo dia útil seguinte ao de realização da prova, estando disponível, também, no endereço eletrônico <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

Texto: O sonho da psicanálise

Um dia, imaginava Freud, uma placa comemorativa seria inaugurada, com a seguinte inscrição: "Em 1895 foi revelado ao Dr. Sigmund Freud o mistério do sonho." Cem anos depois, a descoberta de Freud é homenageada não apenas com placas comemorativas, mas com o triunfo da instituição que ele criou, a psicanálise. Que já não é apenas uma forma de tratamento, mas também uma pujante instituição cultural: conta com milhares de afilios, realiza congressos e encontros e dá origem a uma verdadeira torrente de publicações.

O mistério do sonho desvendou-se a Freud graças a uma intuição genial. Até então, tinha-se a ideia de que o sonho informava acerca do futuro, de acordo com o modelo bíblico: José interpretando os sonhos do faraó e revelando os sete anos de vacas gordas e os sete anos de vacas magras. Freud deu-se conta de que, ao contrário, o sonho fala do passado da pessoa, e sobretudo dos desejos reprimidos para o inconsciente. Esta foi também uma descoberta revolucionária – e profética: o ser humano não é governado unicamente pela razão, segundo a concepção introduzida pela modernidade, mas ele está à mercê de forças obscuras que podem explodir com violência inesperada. O nazismo veio a demonstrar, para tristeza do próprio Freud, que este raciocínio estava inteiramente correto.

Para minha geração, a psicanálise adquiriu uma importância decisiva. Tínhamos o perfil adequado do analisando: éramos intelectualizados, carregávamos muitos e pesados conflitos (com os nossos pais, com o *establishment*) e, sendo de classe média, podíamos pagar o tratamento. Que era revelador, e alivante. Muitos de nós tínhamos passado pela experiência do comunismo, em que a individualidade é sufocada, mediante a culpa, pelo coletivo.

Só quem passou por uma daquelas terríveis sessões de crítica e autocrítica, instituídas pelo estalinismo, sabe o que é isto. A pessoa levantava-se, diante de um grupo, e acusava-se: eu não presto, não valho nada, não passo de um burguês miserável. Lembro-me da primeira vez que ouvi de um analista a frase que equivalia à completa absolvição: tu não tens culpa de nada. Podia até não ser verdade, mas que curava, curava. Os pesadelos do passado davam lugar aos sonhos do futuro. Era agora possível dormir em paz. Os psicanalistas também dormem. Alguns, inclusive, nas sessões. E por que não haveriam de dormir? Poucas coisas são mais chatas do que um neurótico dando voltas em torno ao próprio umbigo (mesmo que seja um umbigo simbólico), desfiando monotona-mente as suas lamentações. É uma espécie de melopeia encantatória: a poltrona vai se tornando cada vez mais macia e, poupado do olhar súplice ou acusador de seu paciente, o analista dorme. E talvez até sonhe.

Com que sonha um analista? Sonha exatamente com aquilo que Freud sonhava: sonha em desvendar o mistério do sonho. Sonha que está ouvindo um paciente que lhe conta sonhos, e que interpreta estes sonhos com a mesma intuição do pai da psicanálise. Sonha que o paciente lhe diz: aqui, neste ano de 1995, tu desvendaste para mim o mistério do sonho; sem ser prosaico, tu és melhor que qualquer Prozac. A psicanálise do sonho realizou o sonho da psicanálise. Um sonho do qual toda a humanidade, de uma maneira ou outra, veio a se beneficiar.

Moacyr Scliar. Publicado em 13/05/1995, na coluna "A cena médica", do jornal Zero Hora. Disponível em: <http://www.moacyrscliar.com/textos/o-sonho-da-psicanalise/>. Acesso em 15/07/2019. Adaptado.

01. Segundo o autor do texto, a descoberta de Freud acerca dos sonhos é revolucionária e profética por ter explicitado que:
 - (A) o comportamento dos neuróticos é egocêntrico, por isso se lamentam de forma enfadonha
 - (B) a individualidade dos jovens comunistas havia sido sufocada pelo coletivo
 - (C) os desejos e lembranças ignorados ou desconhecidos influenciam o comportamento humano
 - (D) a absolvição concedida aos pacientes pelo analista os libertava dos conflitos

02. "a poltrona vai se tornando cada vez mais macia e, **poupado do olhar súplice ou acusador de seu paciente**, o analista dorme." (quarto parágrafo). Considerando os sentidos do texto, a alegação feita no trecho em destaque torna-se pertinente, tendo em vista o fato de:
 - (A) o psicanalista manter a atenção como ouvinte curioso, interrompendo raramente o paciente para observar certas conexões
 - (B) o psicanalista sentar-se às costas do paciente, visando que este liberte sua mente sem interferência do contato visual
 - (C) o paciente estabelecer com o psicanalista um contrato terapêutico, criando cumplicidade que o ampare nas questões psíquicas
 - (D) o paciente ser livre para expressar conteúdos inconscientes ao psicanalista, expondo sentimentos, sonhos e associações que faz

03. É possível depreender o significado de vocábulos desconhecidos, tendo em vista o contexto em que se inserem. Percebe-se que, no texto, o significado do adjetivo em *uma instituição pujante* (primeiro parágrafo) e o do substantivo em *uma espécie de melopeia encantatória* (quarto parágrafo) são, respectivamente:
 - (A) magnificente - tom ornamental
 - (B) altiva - canto da musicoterapia
 - (C) possante - toada monótona
 - (D) pelejante - som melodramático

04. Em "é homenageada não apenas com placas comemorativas, mas com o triunfo da instituição" (primeiro parágrafo), os conectivos empregados coordenam dois segmentos, estabelecendo entre eles a seguinte relação de sentido:
 - (A) explicação
 - (B) alternância
 - (C) oposição
 - (D) adição

05. "Podia até não ser verdade, mas que curava, curava." (quarto parágrafo) Ao se reescrever essa frase, empregando o padrão formal da língua escrita, é preservado seu sentido e mantida a correção gramatical em:
 - (A) Poderia inclusive não ser verdade, entretanto efetivamente curava.
 - (B) Pudera ainda não ser verdade, apenas positivamente curava.
 - (C) Poderia também não ser verdade, pois com efeito curava.
 - (D) Pudera mesmo não corresponder à verdade, uma vez que de fato curava.

06. "Um sonho **do qual** toda a humanidade, de uma maneira ou outra, veio a se beneficiar." (quinto parágrafo) Assim como é corretamente empregado nessa frase, o pronome relativo em destaque, na mesma flexão e precedido da mesma preposição, pode preencher a lacuna em:
- (A) Recusei-me a ser tratada pelo terapeuta ____ método discordava.
- (B) Solicitamos o envio por correio de livro sobre a psicanálise ____ precisávamos.
- (C) Tornou-se eternamente grato ao primeiro psicanalista ____ fora atendido.
- (D) São várias as interpretações de Freud ____ muitos especialistas duvidam.
07. "Cem anos depois, a descoberta de Freud é homenageada" (primeiro parágrafo). O mesmo motivo gramatical que leva ao uso da vírgula nesse segmento justifica seu emprego em:
- (A) O nazismo veio a demonstrar, para tristeza do próprio Freud (segundo parágrafo)
- (B) A pessoa levantava-se, diante de um grupo (quarto parágrafo)
- (C) Podia até não ser verdade, mas que curava (quarto parágrafo)
- (D) Até então, tinha-se a ideia de que o sonho informava (segundo parágrafo)
08. Em "**Para** minha geração, a psicanálise adquiriu uma importância decisiva." (terceiro parágrafo), a preposição em destaque tem função e significado idênticos aos que assume na frase:
- (A) **Para** a completa compreensão da obra de Freud, faltam ainda alguns anos.
- (B) **Para** certos seguidores de Carl Jung, Freud teria traído sua própria teoria.
- (C) **Para** o ano se tornará centenário o reconhecimento por Freud de que não só o reprimido constitui o inconsciente.
- (D) **Para** cursar com proveito a universidade e afugentar maus pensamentos, ilumino o quarto e estudo muito.
09. Sophie Freud, neta do pai da psicanálise, em 2002, ____ (surpreender) os participantes do III Congresso Mundial de Psicoterapia, em Viena, ao advertir que já não ____ (existir) esperanças de que neste século o mundo dos humanos se ____ (tornar) pacífico, incluindo seu avô entre aqueles que ____ (considerar) responsáveis por isso: falsos profetas que ____ (propagar) doutrinas duvidosas e desumanas.
- Observando as regras gramaticais relativas à flexão verbal, as lacunas devem ser preenchidas pelas seguintes formas:
- (A) surpreendeu – existia – tornassem – considera – propagavam
- (B) surpreende – existe – torne – consideram – propagam
- (C) surpreendeu – existiam – tornasse – considerava – propagam
- (D) surpreende – existem – tornem – consideravam – propagavam
10. "sem ser prosaico, tu és melhor que qualquer Prozac." (quinto parágrafo) Há nesse segmento organização coerente do raciocínio, sendo estabelecidas entre as orações que o compõem duas relações lógicas, respectivamente, as de:
- (A) contraste e comparação
- (B) condição e consequência
- (C) causa e proporção
- (D) conformidade e concessão

SUS

11. A Constituição Federal de 1988 foi um marco na legislação sobre a saúde no Brasil. Nela, afirma-se que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, constituem um sistema único e é organizado de acordo com a seguinte diretriz, entre outras:
- (A) o pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas
- (B) a proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário
- (C) a participação das instituições de forma suplementar no Sistema Único de Saúde - SUS
- (D) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais
12. A Lei nº 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde. Neste âmbito, os recursos do Fundo Nacional de Saúde devem ser alocados como:
- (A) cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal
- (B) ajuda à manutenção dos dependentes de segurados de baixa renda
- (C) promoção da integração ao mercado de trabalho
- (D) investimentos em merenda escolar
13. De acordo com a Portaria nº 2436/2017, compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, sendo sua responsabilidade:
- (A) formular políticas de alimentação e nutrição
- (B) gerir sistemas públicos de alta complexidade
- (C) executar a Vigilância Sanitária de portos e aeroportos
- (D) manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
14. A Constituição Federal de 1988 trouxe novidades em relação à organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Dentre elas, a opção correta é:
- (A) universalidade da cobertura e do atendimento
- (B) liberdade de aprender e divulgar o pensamento
- (C) atenção ao preparo para o exercício da cidadania
- (D) promoção da integração das pessoas portadoras de deficiência à sua vida comunitária
15. O Decreto nº 7508/2011 regulamenta a Lei nº 8080/90. Para efeito desse decreto, considera-se que as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos são:
- (A) Regionais de Saúde
- (B) Comissões Avaliadoras
- (C) Comissões Intergestores
- (D) Redes de Atenção à Saúde
16. De acordo com o Decreto nº 7508/2011, a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde e pela iniciativa privada é a definição de:
- (A) Região de Saúde
- (B) Mapa da Saúde
- (C) Rede de Atenção à Saúde
- (D) Serviços de Acesso Aberto

17. De acordo com as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, no âmbito da Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, a atribuição dos três níveis de governo é:
- elaborar e pactuar as tabelas de procedimentos
 - elaborar contratos com os prestadores de serviços de acordo com a política nacional
 - monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes das transferências fundo a fundo
 - apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar de acordo com a regionalização
18. Em relação à participação do setor privado no Sistema Único de Saúde - SUS, a Lei nº 8080/90 estabelece que:
- é permitido aos serviços privados solicitar uma complementação financeira ao usuário, quando houver defasagem no valor do procedimento
 - o SUS pode recorrer à iniciativa privada, quando suas disponibilidades forem insuficientes para a cobertura da assistência à região
 - entidades cujos administradores tenham cargos comissionados ou de chefia no SUS terão preferência de contratação
 - a participação complementar dos serviços privados poderá ser formalizada mediante indicação de fé pública, nos casos previstos em lei
19. O Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, um dos componentes do Pacto pela Vida (2006), tem como um de seus objetivos:
- a radicalização da descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para estados e municípios
 - a expressão dos compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira
 - a articulação e apoio à mobilização social pelo desenvolvimento da cidadania sanitária
 - a definição do compromisso dos gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde
20. A Lei nº 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Neste âmbito, o Conselho de Saúde é definido como um órgão colegiado composto por representantes:
- dos conselhos de saúde, diretores de unidades e usuários
 - do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários
 - dos prestadores de serviços, formuladores de estratégias de saúde e segmentos minoritários
 - das associações de usuários, entidades de planos de saúde, e associações de saúde suplementar

ESPECÍFICO DO CARGO/ESPECIALIDADE MÉDICA A QUE CONCORRE

21. No final da década de 90, vários estudos começaram a demonstrar efeitos das estatinas, além da redução do colesterol, chamados de pleiotrópicos (melhora na resposta vasodilatadora do endotélio, aumento da biodisponibilidade do óxido nítrico e redução dos níveis de endotelina). O principal mecanismo de atuação das estatinas é:
- reduzir a síntese celular de colesterol
 - aumentar a produção de HDL pelo fígado
 - reduzir a absorção de sais biliares no intestino
 - aumentar a produção hepática de VLDL pelo fígado
- Considerar o seguinte contexto para responder às questões 22 e 23.**
- Paciente, de 45 anos de idade, foi rastreado como suspeito de ser hipertenso durante a visita do agente comunitário de saúde e embora assintomático foi agendado para uma consulta na clínica de família. A pressão arterial medida na consulta foi de 150 x 80mmHg (média de 3 medidas).
22. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, na avaliação laboratorial de rotina inicial de todo paciente hipertenso, **NÃO** se inclui:
- glicemia de jejum
 - potássio plasmático
 - ácido úrico plasmático
 - hormônio tireoestimulante (TSH)
23. A classificação da pressão arterial desse paciente, de acordo com a diretriz brasileira de hipertensão arterial, é:
- pré-hipertensão
 - hipertensão estágio 1
 - hipertensão estágio 2
 - hipertensão estágio 3
24. Paciente de 62 anos de idade, masculino, sobrepeso, sedentário, em tratamento de hipertensão arterial sistêmica há 13 anos, atualmente em uso de enalapril 40mg/dia, anlodipino 10mg/dia e atenolol 100 mg/dia. Assintomático no momento da consulta, apresentava PA 160X90mmHg com frequência cardíaca de 60bpm. A melhor a conduta a ser adotada nesse momento é:
- medidas não farmacológicas (dieta e redução do peso) somente
 - medidas não farmacológicas (dieta e redução do peso) + associar clortalidona
 - medidas não farmacológicas (dieta e redução do peso) + associar espironolactona
 - associar clortalidona, pois trata-se de hipertensão arterial resistente às medidas não farmacológicas
25. Os indicadores clínicos de probabilidade de hipertensão renovascular fornecem subsídios importantes para investigação de hipertensão secundária. O método inicial mais adequado para investigação de hipertensão renovascular é:
- angiografia nos hipertensos de alta probabilidade
 - angioressonância nos hipertensos de baixa probabilidade
 - doppler de artérias renais nos hipertensos de baixa probabilidade
 - cintigrafia renal com uso de IECA (captopril) nos hipertensos de baixa probabilidade
26. Paciente masculino, 68 anos de idade, deu entrada na emergência, queixando-se de fraqueza muscular generalizada, palpitações, náuseas e vômitos, há 8 horas. Informa também que é hipertenso em tratamento irregular, há 20 anos. Durante o atendimento o paciente fica inconsciente e sem pulso. No processo de ressuscitação cardiopulmonar pode-se afirmar que:
- a atropina é a droga de escolha nas paradas cardíacas com atividade elétrica sem pulso (AESP)
 - o gluconato de cálcio a 10% pode ser utilizado nas situações em parada cardíaca desencadeada por hiperpotassemia aguda
 - um choque inicial de 360 Joules deve ser liberado por dispositivos bifásicos, enquanto que nos monofásicos o choque deve ser de 120 a 200 Joules
 - o uso de bicarbonato deve ser sempre estimulado com o objetivo de reversão da acidose que pode ser ocasionada na parada cardíaca e com isso promover melhora das condições eletrofisiológicas

27. As lipoproteínas são estruturas macromoleculares complexas compostas por um envelope de fosfolípidios e colesterol livre e um núcleo de ésteres de colesterol e triglicérides. A composição principal da lipoproteína de baixa densidade (LDL-c) é:
- apoA1
 - apoA2
 - apoB48
 - apoB100
28. Segundo a diretriz nacional de dislipidemias, elas podem ser classificadas de acordo com a fração lipídica alterada, conforme opções abaixo, **EXCETO**:
- LDL-c baixo
 - hiperlipidemia mista
 - hipercolesterolemia isolada
 - hipertrigliceridemia isolada
29. A identificação dos indivíduos assintomáticos com risco maior de eventos é crucial para a prevenção efetiva. O Escore de Risco Global (ERG) estima o risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou insuficiência cardíaca, assim como outras complicações em 10 anos. Com relação à estratificação de risco cardiovascular pode-se afirmar que são considerados:
- de risco intermediário, os indivíduos com ERG entre 5 e 20% no sexo masculino e entre 5 e 10% no sexo feminino
 - de risco muito alto, os indivíduos que apresentem doença aterosclerótica significativa (coronária, cerebrovascular, vascular periférica)
 - de risco intermediário, os portadores de aterosclerose na forma subclínica documentada por ultrassonografia de carótidas (presença de placa)
 - de risco intermediário, os pacientes do sexo masculino e feminino com risco em 10 anos < 5%, calculado pelo ERG
30. Com relação ao tratamento não medicamentoso das dislipidemias, pode-se afirmar que:
- os fitosteróis são aprovados para uso pediátrico somente a partir dos 10 anos, no Brasil
 - o consumo de 15 a 30g de proteína de soja está associado a redução de 20% de LDL-c, ao aumento de 8% de HDL-c
 - a substituição na dieta de ácidos graxos saturados por carboidratos pode diminuir o risco de eventos cardiovasculares
 - o consumo ≥ 2 porções de peixes ricos em EPA e DHA por semana está associado à redução do risco cardiovascular entre indivíduos em prevenção primária e secundária
31. Com relação aos estudos das dislipidemias em populações especiais, pode-se afirmar que:
- o estudo SHARP (Study of Heart and Renal Protection) incluiu pacientes com doença renal crônica não dialítica e não demonstrou redução significativa no risco de eventos cardiovasculares maiores
 - a metanálise do CTT (Cholesterol Treatment Trialists) demonstrou redução significativa do risco absoluto de 20% de eventos vasculares em pacientes com idade acima de 65 anos, recebendo terapia com estatina
 - o estudo HPS (Heart Protection Study) envolveu indivíduos acima de 65 anos de idade e demonstrou redução significativa de eventos coronários e cerebrovasculares em pacientes que tomaram sinvastatina 40mg/dia
 - o GISSI-HF410 (Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico Heart Failure) incluiu pacientes com insuficiência cardíaca de várias etiologias, com idade superior a 18 anos e demonstrou que houve redução de mortalidade cardiovascular ou por todas as causas ou de eventos cardiovasculares não fatais no grupo tratado com rosuvastatina
32. Em pacientes com estenose mitral, os achados ao exame físico variam com a cronicidade da doença, frequência cardíaca, ritmo e débito cardíaco. A estenose mitral grave é sugerida pelas seguintes alternativas, **EXCETO**:
- hiperfonese de B2
 - presença de estalido de abertura tardio
 - sopro diastólico em ruflar, com reforço pré-sistólico em ritmo sinusal
 - sinais de insuficiência cardíaca direita (ondas venosas proeminentes, hepatomegalia e edema de extremidades inferiores)
33. A estenose valvar aórtica é cada vez mais prevalente principalmente relacionada com o envelhecimento populacional, e por isso torna-se mais comum o atendimento de pacientes assintomáticos com estenose aórtica grave. Na semiologia cardiológica, **NÃO** se enquadra numa estenose aórtica grave, a seguinte característica:
- hiperfonese de B2
 - fenômeno de Gallavardin
 - presença de pulso carotídeos *parvus* e *tardus*
 - sopro sistólico ejetivo com pico telessistólico
34. Na avaliação complementar da estenose aórtica grave, pode-se afirmar que:
- no estudo hemodinâmico observa-se gradiente ventrículo esquerdo/Ao (pico) ≥ 40 mmHg
 - o escore de cálcio valvar aórtico acima de 500 UA reforça possibilidade de valvopatia grave
 - o ecocardiograma demonstra AVAo indexada $\leq 0,8$ cm²/m²; gradiente ventrículo esquerdo/Ao ≥ 30 mmHg e velocidade máxima do jato aórtico $\geq 3,0$ m/s
 - o eco de estresse com dobutamina demonstra presença de reserva contrátil (aumento $\geq 20\%$ do volume sistólico ejetado e/ou aumento > 10 mmHg no gradiente médio ventrículo esquerdo/Ao) + redução ou manutenção da AVAo (EAo importante se variação $\leq 0,2$ cm²)
35. O sinal da bailarina é um achado radiológico compatível com a seguinte valvopatia:
- estenose mitral
 - estenose aórtica
 - insuficiência mitral
 - insuficiência aórtica
36. Na poliarterite nodosa, a complicação cardiovascular mais comumente observada é:
- insuficiência cardíaca congestiva
 - bloqueio atrioventricular total
 - hipertensão arterial sistêmica
 - infarto agudo do miocárdio
37. A doença arterial coronariana é incomum em mulheres gestantes, porém pode ocorrer em mulheres com *Diabetes mellitus* e tabagismo. O infarto agudo do miocárdio pode ocorrer, principalmente, naquelas com idade mais avançada. A artéria mais comumente acometida nesses casos é a:
- circunflexa
 - coronária direita
 - descendente anterior
 - descendente posterior

38. Os betabloqueadores são medicamentos de grande utilidade na cardiologia principalmente no tratamento de arritmias, hipertensão, insuficiência cardíaca. Sobre o seu uso pode-se afirmar que:
- (A) não tem benefício nos pacientes com *Diabetes mellitus*
 - (B) devem ser utilizados no tratamento da insuficiência aórtica aguda
 - (C) são considerados classe I no controle da frequência cardíaca em gestantes com estenose mitral
 - (D) podem estar associados a aumento da incidência de AVC no pós-operatório de cirurgias não cardíacas
39. Paciente com 51 anos de idade, dá entrada na emergência com dor torácica tipo ventilatória dependente, febre e queda do estado geral. Relata história de IAM, há 6 semanas. Apresentava PA 120x70mmHg FC 70 bpm. Exames laboratoriais apresentavam leucocitose com VHS aumentado. Realizado ecocardiograma transtorácico que demonstrou presença de derrame pericárdico. A conduta mais apropriada nesse caso é:
- (A) administrar AAS 500mg a 1g/cada 4h
 - (B) administrar prednisona 40mg/dia
 - (C) realizar drenagem pericárdica
 - (D) realizar cinecoronariografia
40. Em relação à terapia trombolítica do infarto agudo do miocárdio, pode-se afirmar que:
- (A) o início da terapia de reperfusão, no infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST não pode depender dos resultados evolutivos dos biomarcadores
 - (B) não deve ser realizada nos pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST, que se apresentem após 12h de início da dor, mesmo que a dor seja persistente
 - (C) o uso de trombolíticos em pacientes com mais de 6 horas, após o início da dor por infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST, acarreta benefícios de forma similar à intervenção coronária percutânea primária
 - (D) a intervenção coronária percutânea primária é sempre preferível ao uso de trombolíticos no infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST, principalmente por redução do risco de sangramento e da mortalidade cardiovascular
41. Paciente de 62 anos de idade, hipertenso e diabético, portador de fibrilação atrial paroxística em uso de Rivaroxabana, dá entrada no hospital com dor torácica retroesternal com irradiação para membro superior esquerdo em repouso. Eletrocardiograma revela supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior. Sobre esse caso, as afirmativas abaixo estão corretas, **EXCETO**:
- (A) o uso do prasugrel ou ticagrelor está contraindicado nesta situação
 - (B) após estabilização do quadro, deve-se preferir o uso de varfarina como estratégia anticoagulante com o monitoramento através do INR
 - (C) o uso do clopidogrel deve ser realizado apenas após a definição da anatomia coronariana e indicação de angioplastia com *stent*, evitando-se sua administração de rotina pré-intervenção
 - (D) o uso de inibidores de bomba de prótons como profilaxia de úlcera de estresse deve ser considerado como primeira escolha devido ao risco elevado de sangramento intestinal
42. Sobre a cardioversão na fibrilação atrial, **NÃO** é correto afirmar:
- (A) cardioversão elétrica é recomendada para pacientes com instabilidade hemodinâmica
 - (B) em pacientes que necessitem de cardioversão elétrica de emergência, não é recomendado a utilização de anticoagulação
 - (C) o ecocardiograma transesofágico é recomendado para excluir trombos como alternativa à anticoagulação periprocedimento quando a cardioversão precoce é programada
 - (D) em caso de trombo ao ecocardiograma, recomenda-se repetir o exame após 3 semanas de anticoagulação para garantir que houve a resolução do trombo antes da cardioversão
43. Paciente de 72 anos de idade, hipertenso em tratamento irregular, procura ambulatório com queixa de cansaço e perda do apetite. Nega ortopneia e dispneia paroxística noturna. Ao exame físico, foram identificados crepitações pulmonares e edema de membros inferiores. Não foi identificada turgência jugular nem presença de bulha acessória. Sobre esse caso, é correto afirmar:
- (A) se a dosagem dos peptídeos natriuréticos (BNP e NT-proBNP) for normal, está excluído o diagnóstico de insuficiência cardíaca
 - (B) um ecocardiograma com função sistólica normal exclui a possibilidade de insuficiência cardíaca
 - (C) este paciente é portador de insuficiência cardíaca no estágio B
 - (D) a hipertensão arterial não é causa de insuficiência cardíaca
44. Sobre o tratamento da insuficiência cardíaca crônica, pode-se afirmar que:
- (A) os antagonistas dos receptores mineralocorticoide estão indicados apenas em pacientes sintomáticos
 - (B) os diuréticos estão recomendados em pacientes com fração de ejeção reduzida mesmo assintomáticos
 - (C) a ocorrência de piora funcional no início do tratamento com betabloqueadores não deve motivar sua suspensão
 - (D) os bloqueadores dos receptores da angiotensina devem ser usados preferencialmente aos inibidores da enzima conversora de angiotensina, pois provocam menos tosse e angioedema
45. Paciente de 76 anos de idade, portadora de cardiopatia hipertensiva, em uso de anlodipino 10mg/dia e enalapril 40mg/dia, iniciou quadro de dispneia súbita após aborrecimento com seu filho. É levada à emergência prontamente, onde ao exame físico foi identificado: paciente lúcida, sudoreica, cianose labial, taquipneia importante com uso de musculatura acessória. PA 210 x 120 mmHg FC 110 bpm SpO2 74%. Crepitações difusas à ausculta respiratória. RCR sem sopros. Sobre o manejo clínico desse paciente, pode-se dizer que:
- (A) o uso de doses altas de diuréticos deve ser evitado pois aumentam o risco de piora da função renal
 - (B) o nitroprussiato é o vasodilatador de escolha em pacientes com evidência de isquemia aguda
 - (C) não há benefício comprovado para utilização de ventilação não-invasiva neste paciente
 - (D) a hiponatremia é um fator de resistência ao uso de diuréticos

46. Sobre o uso de inotrópicos na insuficiência cardíaca descompensada, as afirmativas abaixo estão corretas, **EXCETO**:
- (A) devem ser utilizados em pacientes com baixo débito ou choque cardiogênico
 - (B) está contraindicado o uso de dobutamina em pacientes com uso prévio de betabloqueadores
 - (C) a levosimendana deve ser administrada em infusão única de 24 horas e apresenta ação hemodinâmica prolongada de até 2 semanas
 - (D) a milrinona pode ser utilizada em pacientes com uso prévio de betabloqueadores, mas apresenta potencial arritmogênico principalmente em pacientes isquêmicos
47. Paciente de 45 anos de idade, sem comorbidades conhecidas, procura o ambulatório de cardiologia preocupado com sua pressão arterial. Alega PA=150x90mmHg, durante exame periódico na empresa. Foi orientado a realizar MAPA pelo médico do trabalho. Apresentou média de PA de 24 horas = 128 x 74 mmHg. Na medida do PA no consultório, foi identificado PA = 144 x 82 mmHg. O diagnóstico provável é:
- (A) hipertensão verdadeira
 - (B) hipertensão mascarada
 - (C) hipertensão do avental branco
 - (D) efeito do avental branco
48. Paciente de 34 anos de idade, com relato de amigdalites de repetição na infância, inicia quadro de cansaço progressivo, dispneia e palpitações. Sobre este paciente, é correto afirmar, **EXCETO**:
- (A) a fibrilação atrial é comum e um fator complicador
 - (B) o tratamento de escolha é o cirúrgico (troca valvar ou comissurotomia)
 - (C) a hipertensão pulmonar (PSAP: 50mmHg em repouso) indica necessidade de intervenção
 - (D) a etiologia reumática corresponde a mais de 90% dos casos nos países em desenvolvimento
49. Paciente de 83 anos de idade, hipertenso em uso de anlodipino 10mg/dia, enalapril 40mg/dia e hidroclorotiazida 25mg/dia, apresentou quadro de síncope com trauma de face. Alega cansaço progressivo nos últimos anos que levou à limitação das atividades habituais. Ao exame físico, foi identificado sopro sistólico ejetivo com pico telessistólico e pulso *parvus et tardus*. Sobre esse caso, é correto afirmar:
- (A) a valvuloplastia por cateter-balão é boa opção terapêutica
 - (B) o ecocardiograma transesofágico é fundamental para o diagnóstico
 - (C) o quadro é compatível com insuficiência mitral. A principal causa é etiologia reumática
 - (D) em pacientes pouco sintomáticos, o teste ergométrico é útil na avaliação da reserva cronotrópica e capacidade funcional
50. Sobre a redução de risco cardiovascular no paciente diabético, é correto afirmar:
- (A) o uso de ácido acetilsalicílico está recomendado mesmo em pacientes de doença aterosclerótica clínica
 - (B) em pacientes com muito alto risco, o alvo lipídico recomendado é o LDL-colesterol abaixo de 50mg/dL
 - (C) recomenda-se o início de estatinas nesses pacientes com insuficiência renal crônica dialítica mesmo sem doença aterosclerótica clínica
 - (D) em pacientes com doença coronariana estabelecida, a redução da pressão arterial deve ser mais agressiva, mantendo-a abaixo de 120 x 70mmHg
51. No ambulatório de cardiologia, é comum a necessidade de avaliação de risco cirúrgico. Sobre os exames que devem ser solicitados no pré-operatório, a seguinte afirmativa está correta:
- (A) os testes de hemostasia devem ser sempre solicitados antes de cirurgias de pequeno porte
 - (B) hemograma só deve ser solicitado para cirurgias que podem demandar hemotransfusão
 - (C) a radiografia de tórax deve ser utilizada em pacientes com idade superior a 40 anos
 - (D) eletrocardiograma deve ser realizado em todos os pacientes
52. Vários estudos demonstraram a eficácia da terapia farmacológica na insuficiência cardíaca. Dentre eles a opção correta é:
- (A) a primeira evidência de que os antagonistas da aldosterona podem produzir um benefício clínico na IC foi demonstrado no trial Randomized Aldactone Evaluation Study (RALES) e a administração de espironolactona levou a uma redução de 30% na mortalidade total em comparação com placebo ($p = 0,001$)
 - (B) o trial The Eplerenone in Mild Patients Hospitalization and Survival Study in Heart Failure (EMPHASIS-HF) que foi realizado em pacientes com FE acima de 50% demonstraram que a eplerenona (50 mg/dia) levou a uma diminuição significativa de 30% na mortalidade cardiovascular
 - (C) o trial New Zealand Heart Failure Research Collaborative Group Carvedilol (ANZ-Carvedilol) não conseguiu demonstrar que o uso de carvedilol poderia estar associado a uma melhora significativa na fração de ejeção ventricular esquerda e nem à redução da taxa de reinternação hospitalar
 - (D) o candesartan esteve associado ao aumento da mortalidade no estudo CHARM (Candesartan in Heart Failure-Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity)
53. Deve-se ter muita cautela na administração de trombolíticos no infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST. É considerada uma contraindicação absoluta:
- (A) úlcera péptica ativa
 - (B) cirurgia de grande porte (<3 semanas)
 - (C) cirurgia intracraniana ou intraespinhal em 2 meses
 - (D) história de ter tido acidente vascular cerebral isquêmico prévio > 3 meses
54. Paciente de 47 anos de idade, chega à emergência com queixa de dor torácica retroesternal, há 30 minutos, associada a palpitação. Ao exame físico, paciente acordado, mantendo dor torácica, PA 90 x 50 mmHg FC 130bpm. Foi realizado o eletrocardiograma abaixo. A estratégia mais recomendada para o tratamento nesse caso é:
- (A) adenosina
 - (B) amiodarona
 - (C) betabloqueador
 - (D) cardioversão elétrica
55. Paciente hipertenso, de 76 anos de idade, iniciou quadro de dor retroesternal de forte intensidade com irradiação para membro superior esquerdo. Eletrocardiograma revelou supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior. Sobre a abordagem terapêutica, pode-se afirmar que:
- (A) a trombólise está contraindicada pela idade do paciente
 - (B) não se deve realizar dose de ataque de clopidogrel nesse paciente
 - (C) a estatina deve ser iniciada em dose baixa pelo elevado risco de mialgia
 - (D) enoxaparina 30mg deve ser administrada por via endovenosa em bólus

56. Sobre a abordagem do paciente em parada cardiorrespiratória, as afirmativas abaixo estão corretas, EXCETO:
- (A) as compressões torácicas devem ter uma frequência mínima de 100 compressões/minuto
 - (B) a compressão torácica não deve ser interrompida com a chegada do desfibrilador
 - (C) deve ocorrer o revezamento nas compressões a cada 2 minutos
 - (D) amiodarona pode ser utilizada na FV/TV refratárias
57. Sobre a abordagem do paciente com doença arterial coronariana estável, pode-se afirmar que:
- (A) os nitratos são agentes de primeira linha no paciente com angina estável
 - (B) a ivabradina só pode ser utilizada em pacientes intolerantes aos betabloqueadores
 - (C) os betabloqueadores não estão indicados em pacientes sem história de infarto prévio
 - (D) os bloqueadores dos canais de cálcio são a primeira opção em pacientes com angina vasoespástica
58. Em pacientes com angina instável, o critério considerado de alto risco é:
- (A) angina noturna
 - (B) idade > 65 anos
 - (C) alterações dinâmicas do segmento ST
 - (D) angina de esforço que melhora com repouso ou nitrato
59. O infarto agudo do miocárdio pode acontecer em diversas situações. A classificação correta de infarto nas alternativas a seguir é:
- (A) tipo I: infarto secundário à isquemia por inadequação de oferta ou demanda de oxigênio pelo miocárdio como espasmo, anemia, arritmias, hipotensão e hipertensão
 - (B) tipo II: infarto espontâneo relacionado com isquemia devido a evento coronariano como ruptura, fissura ou dissecção de placa aterosclerótica
 - (C) tipo III: morte súbita cardíaca (diagnóstico por necropsia)
 - (D) tipo IV: infarto associado à cirurgia de revascularização miocárdica
60. São causas de parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso (AESP), EXCETO:
- (A) tromboembolismo pulmonar
 - (B) tamponamento cardíaco
 - (C) hipoglicemia
 - (D) hipóxia