



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

CONCURSO PÚBLICO

CARGO 3: MÉDICO

Aplicação: 10/8/2008

CADERNO DE PROVAS – PARTE II
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ESPECIALIDADE:
CARDIOLOGIA

ATENÇÃO!

- » Leia atentamente as instruções constantes na capa da Parte I do seu caderno de provas.
- » Nesta parte do seu caderno de provas, que contém os itens relativos à prova objetiva de Conhecimentos Específicos, confira os seus dados pessoais e a sua opção de especialidade médica transcritos acima bem como o seu nome e a sua especialidade médica no rodapé de cada página numerada desta parte do caderno de provas.

AGENDA (datas prováveis)

- I **12/8/2008**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares das provas objetivas: Internet — www.cespe.unb.br.
- II **13 e 14/8/2008** – Recurso (provas objetivas): no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet, mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse sistema.
- III **3/9/2008** – Resultado final das provas objetivas, convocação para a entrega dos documentos para a avaliação de títulos e convocação para a perícia médica: Diário Oficial do Estado do Espírito Santo e Internet.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o item 12 do Edital SESAn.º 1/2008.
- Informações adicionais: telefone 0(XX)61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução do caderno de provas (partes I e II) apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CADERNO DE PROVAS – PARTE II

De acordo com o comando a que cada um dos itens de **86 a 120** se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção das suas provas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Um paciente de 50 anos de idade, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica há 10 anos, procurou avaliação médica e recebeu diagnóstico de cardiopatia hipertensiva.

Tendo o quadro clínico acima como referência inicial, julgue os seguintes itens, acerca de cardiopatia hipertensiva.

86 A hipertrofia ventricular excêntrica, precocemente encontrada nessa doença cardíaca, é uma alteração marcante e representa uma adaptação típica do coração a uma elevação da pós-carga de trabalho do coração, que se associa ao aumento da pressão arterial sistêmica.

87 Os medicamentos anti-hipertensivos reduzem a massa ventricular esquerda em tratamentos de longa duração, especialmente aqueles que agem na modulação da atividade adrenérgica ou no sistema renina-angiotensina.

Uma jovem com 18 anos de idade procurou atendimento médico com relato de artrite migratória no joelho direito e no punho esquerdo 18 dias após ter apresentado amidalite, quando passou a apresentar palpitações taquicárdicas e dispnéia aos grandes esforços. O exame físico mostrou taquicardia, hipofonese da primeira bulha e sopro sistólico suave em área mitral. A investigação propedêutica permitiu realizar o diagnóstico de cardite reumática.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

88 A cintilografia miocárdica com gálio-67 permite detectar a presença de processo inflamatório no músculo cardíaco, e é útil nessa situação clínica, principalmente nos casos de dúvida diagnóstica.

89 A erradicação do estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield e o uso de antiinflamatório esteroideal representam elementos básicos no tratamento farmacológico dessa situação clínica, entre outros.

Com respeito ao acometimento cardiovascular decorrente do hipertireoidismo, julgue os itens subseqüentes.

90 Em idosos, a única manifestação cardiovascular dessa endocrinopatia pode ser a fibrilação atrial, condição conhecida como hipertireoidismo apático.

91 É muito freqüente a ocorrência de infarto do miocárdio precipitado por tireotoxicose, em consequência do aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio.

A pericardite constrictiva ocorre como consequência de qualquer agressão às membranas pericárdicas. Com relação a essa condição clínica, julgue os itens que se seguem.

92 O aumento da pressão venosa jugular no momento da expiração decorrente da variação da pré-carga de trabalho do coração — sinal de Kussmaul — é um achado clínico observado na condição clínica em apreço.

93 Durante cateterismo cardíaco, no exame manométrico, pressões intracardíacas diastólicas praticamente iguais em todas as câmaras cardíacas e a morfologia em raiz quadrada da pressão diastólica de ambos os ventrículos são achados encontráveis nessa afecção pericárdica.

Com relação à morte súbita de natureza cardiovascular, julgue os itens a seguir.

94 Cardiopatia isquêmica, miocardiopatia chagásica, síndrome do QT longo, embolia pulmonar e hemorragia digestiva maciça são exemplos de circunstâncias associadas à morte súbita cardíaca.

95 Como prevenção de morte súbita, as atuais evidências recomendam o uso de cardioversores-desfibriladores implantáveis em pacientes sobreviventes de episódios de fibrilação ventricular e(ou) taquicardia ventricular secundárias a distúrbio transitório ou reversível.

Uma mulher com 28 anos de idade relatou episódios de mal-estar e escurecimento visual, seguidos de perda de consciência, desencadeados por esforços físicos. Segundo relato de familiares, esses episódios não se acompanhavam de liberação esfinteriana nem de convulsões tônico-clônicas. Em cada episódio, após cerca de 3 minutos, ela recobrava a consciência sem seqüelas. A paciente queixou-se, também, de dispnéia aos grandes esforços, associada a palpitações. No exame físico, ela estava acianótica, sem baqueteamento dos dedos, sem estase jugular, com ritmo cardíaco regular em três tempos (quarta bulha), com hiperfonese e desdobramento amplo de segunda bulha em foco pulmonar, sem sopros, com frequência cardíaca de 98 bpm, com pressão arterial de 100 mm Hg × 70 mmHg, com os pulsos carotídeos, radiais e pediosos presentes, simétricos e normais. Sem outras particularidades. O eletrocardiograma convencional dessa paciente evidenciou ritmo sinusal, eixo do QRS desviado para a direita, importante sobrecarga ventricular direita. A sua radiografia de tórax mostrou área cardíaca normal, com abaulamento do arco da artéria pulmonar e aumento de calibre dos ramos pulmonares direito e esquerdo, arco aórtico de dimensão normal, hilos pulmonares sem congestão, seios costofrênicos livres.

Acerca desse caso clínico, julgue os seguintes itens.

- 96** O principal diagnóstico para esse caso clínico é hipertensão arterial pulmonar.
- 97** As manifestações clínicas descritas permitem concluir que a paciente estava apresentando episódios de pré-síncope, pois não houve liberação de esfínteres e tampouco convulsões tônico-clônicas.
- 98** De uma maneira geral, devem ser consideradas como possíveis causas do principal diagnóstico de casos como o descrito as doenças vasculares do colágeno, as doenças respiratórias relacionadas ao sono, as hemoglobinopatias e o tromboembolismo crônico.
- 99** As recentes evidências científicas mostram, com elevada frequência, que as alterações no nível de consciência associadas ao principal diagnóstico apresentado pela paciente decorrem de taquicardia ventricular polimórfica do tipo helicoidal (*torsade de pointes*) sustentada.

A tetralogia de Fallot é uma anomalia congênita complexa, sendo a má-formação congênita cianogênica mais comum em crianças com mais de um ano de vida. Acerca dessa cardiopatia congênita, julgue os itens a seguir.

- 100** A poliglobulia que ocorre nessa má-formação é um mecanismo compensatório benéfico, principalmente quando o hematócrito atinge valores acima de 60%.
- 101** Nessa cardiopatia, a cirurgia de Blalok-Taussig é a técnica de correção definitiva de primeira escolha na maioria dos casos.

Uma das mais graves formas de expressão da doença de Chagas é a cardiopatia chagásica crônica. Com relação a essa afecção cardíaca, julgue os itens que se seguem.

- 102** Nessa doença, o bloqueio atrioventricular total frequentemente evolui a partir de um bloqueio completo pelo ramo direito do feixe de His associado a um bloqueio divisional ântero-superior esquerdo e a um bloqueio atrioventricular de 1.º grau.
- 103** A insuficiência cardíaca nessa doença geralmente decorre de predominante e grave disfunção diastólica e com expressão do tipo global, com predomínio de manifestações esquerdas, nas fases evolutivas mais avançadas.

Um paciente com 28 anos de idade buscou atendimento cardiológico com queixas de dor precordial e palpitações. No seu exame físico, foram constatados ritmo cardíaco regular em 3 tempos (quarta bulha), com sopro sistólico ejetivo, em crescendo-decrescendo, mais bem audível na borda esternal esquerda média, e outro sopro holossistólico em área mitral. Sem outras particularidades. O eletrocardiograma convencional desse paciente mostrou ritmo sinusal, com sobrecarga ventricular esquerda importante e alterações secundárias da repolarização ventricular, e o ecocardiograma mostrou achados característicos de miocardiopatia hipertrófica, forma obstrutiva.

Com respeito a esse caso clínico, julgue os itens subseqüentes.

- 104** A presença de hipertrofia septal assimétrica com estreitamento da via de saída do ventrículo esquerdo, fechamento mesossistólico da valva aórtica e típico movimento sistólico anterior da valva mitral são achados ecocardiográficos característicos da miocardiopatia descrita.
- 105** História familiar de morte súbita, presença de alterações genéticas do cromossomo 14, registro de taquicardia ventricular não-sustentada e síncope recorrente são exemplos de fatores predisponentes para morte súbita nos pacientes com a doença miocárdica em questão.

Acerca do comprometimento cardiovascular associado à lues, julgue os seguintes itens.

- 106** A forma mais comum de lues cardiovascular é representada pela estenose aórtica secundária à lesão direta da valva aórtica pelo *Treponema pallidum* e conseqüente fibrose valvar.
- 107** Na presença de angina de peito associada à lesão da valva aórtica, dilatação da raiz da aorta e sorologia positiva para lues, deve-se considerar a hipótese diagnóstica de estenose do óstio coronariano secundário à sífilis terciária.

Em um paciente de 55 anos de idade, hipertenso, que procure o pronto-socorro se queixando de dor torácica de início súbito, intensa, “como se algo estivesse sendo rasgado”, na linha média e anterior do tórax, e com pressão arterial de 240 mmHg × 140 mmHg, deve-se suspeitar de dissecação aguda da aorta. Julgue os itens subseqüentes, relativos a essa emergência cardiovascular.

108 A aortografia é atualmente recomendada como primeira escolha para avaliação diagnóstica dessa emergência médica.

109 Na condição clínica descrita, a pressão arterial média deve ser reduzida, no máximo, em 20% com nitroprussiato de sódio, tendendo a manter uma pressão arterial sistólica em cerca de 160 mmHg a 180 mmHg, com vistas a não se reduzir ainda mais o fluxo aórtico a jusante da dissecação.

110 Nas dissecações aórticas do tipo B (conforme classificação de Stanford), o tratamento cirúrgico mostra resultados superiores ao tratamento clínico exclusivo.

Acerca da isquemia miocárdica silenciosa, julgue os itens a seguir.

111 A presença de infradesnivelamento do segmento ST (medido 60 ms a 80 ms após o ponto J) maior ou igual a 1 mm, de morfologia horizontal ou descendente, com duração de 1 minuto ou mais, é um dos critérios para diagnóstico de isquemia silenciosa em registro de eletrocardiografia dinâmica (Holter).

112 Pacientes com diagnóstico de isquemia silenciosa não necessitam de tratamento farmacológico.

113 As evidências científicas têm demonstrado que não há correlação entre a constatação de isquemia silenciosa e a ocorrência de eventos cardiovasculares adversos.

Com respeito ao infarto do miocárdio, julgue os itens que se seguem.

114 A constatação de supradesnivelamento do segmento ST igual ou maior que 0,1 mV (1 mm nos eletrocardiogramas calibrados em 10 mm/1 mV) em duas ou mais derivações contíguas é um dos critérios eletrocardiográficos usados para o diagnóstico em pacientes com suspeita de infarto do miocárdio.

115 Em paciente com infarto do miocárdio de parede inferior que evolui com hipotensão arterial, choque circulatório, estase das veias jugulares e em cujo eletrocardiograma observa-se a presença de elevação do segmento ST de mais de 1 mm, associada à presença de onda Q, nas derivações V3R e V4R, deve-se suspeitar de infarto do miocárdio do ventrículo direito.

116 De modo geral, na ausência de contra-indicações claras e mesmo em unidades de saúde com laboratório de cardiologia intervencionista, a trombólise farmacológica é o método preferencial de revascularização miocárdica, por ser mais rapidamente realizado, de custo mais baixo e com menores taxas de complicação.

117 Uma das mais graves complicações do infarto do miocárdio é representada pelo choque cardiogênico, que se associa a importante insuficiência ventricular esquerda causada pela perda decorrente da necrose miocárdica de mais de 40% da massa muscular ventricular.

Considerando o quadro clínico de uma senhora de 50 anos de idade, que seja admitida no pronto-socorro e receba o diagnóstico de angina instável, classificada, inicialmente, como de alto risco, julgue os itens que se seguem.

118 Nesse quadro, é indicada a realização de um teste de estresse não-invasivo, como o teste ergométrico ou a cintilografia miocárdica perfusional com tecnécio, para melhor avaliação da situação clínica.

119 Após a avaliação da paciente, deve-se realizar a infusão de um agente trombolítico, visando evitar a ocorrência de infarto do miocárdio.

120 O uso criterioso de antagonistas da glicoproteína IIb/IIIa em associação ao ácido acetilsalicílico em pacientes como a senhora em questão, que sejam submetidos a angioplastia coronariana, tem-se mostrado benéfico.