

Aplicação: 2015

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CADERNO DE PROVA OBJETIVA



GDF

Secretaria de
Estado de Saúde



Universidade de Brasília

cespe

Cebraspe

Centro Brasileiro de Pesquisa em Avaliação
e Seleção e de Promoção de Eventos

OBSERVAÇÕES

Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital. É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

0(XX) 61 3448-0100
www.cespe.unb.br
sac@cespe.unb.br

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais e os dados do programa em que você se inscreveu, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua folha de respostas. Confira, também, o seu nome e os dados do programa em que você se inscreveu em cada página numerada do seu caderno de prova. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais, ou ao programa em que você se inscreveu, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação da sua prova e a sua eliminação do processo seletivo.
- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir 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 da sua prova objetiva.

PROVA OBJETIVA

Uma paciente de setenta e seis anos de idade foi encaminhada a um ambulatório para avaliação de palpitações que a incomodam há seis meses e que estavam se tornando mais frequentes e prolongadas. Essas palpitações não eram acompanhadas de síncope, dor torácica, dispneia, cansaço ou tontura. A paciente tinha antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e doença arterial crônica estável controlada com tratamento clínico. Atualmente, faz uso de anlodipino e ácido acetilsalicílico. Ao exame físico, apresentou bom estado geral, com ritmo cardíaco regular, em dois tempos, com bulhas normofonéticas e sem sopros; o restante do exame físico não apresentou alterações relevantes. Os resultados do eletrocardiograma e dos exames laboratoriais foram normais. O ecocardiograma demonstrou função ventricular normal com aumento leve do átrio esquerdo. O *holter* revelou ritmo predominantemente sinusal, porém com episódios sustentados de fibrilação atrial, sendo o mais longo com duração de duas horas.

Acerca desse caso clínico, julgue os seguintes itens.

- 1 Nesse caso, recomenda-se a manutenção do ácido acetilsalicílico como medida para a prevenção de acidentes tromboembólicos.
- 2 A amiodarona é indicada como fármaco de primeira escolha, sendo utilizada para a manutenção do ritmo sinusal da referida paciente.

Com relação às miocardites, julgue os itens que se seguem.

- 3 A pesquisa de sorologias virais deve ser solicitada rotineiramente na investigação diagnóstica da miocardite devido à sua alta sensibilidade e especificidade, além da boa correlação com a infecção viral miocárdica.
- 4 Diferentemente do que se observa em casos de infarto do miocárdio, o padrão de distribuição do realce tardio da ressonância magnética cardíaca na miocardite geralmente é mesoepicárdio. As regiões de realce costumam ser multifocais, heterogêneas e esparsas, e não respeitam os territórios coronarianos.
- 5 A técnica de imuno-histoquímica permite identificar a ativação inflamatória induzida pelas citocinas, pela detecção de antígenos de histocompatibilidade (HLADR) dos tipos I e II nas células endoteliais ou intersticiais dos cardiomiócitos ou perivasculares, e, ainda, pela expressão de receptores na superfície celular para a adesão das células inflamatórias.
- 6 A fase aguda da miocardite caracteriza-se por elevado dano celular miocárdico causado pelos linfócitos T que atuam de forma associada aos linfócitos B, o que promove a liberação de miosina na circulação e a consequente liberação de anticorpos.

Acerca da doença arterial coronária (DAC) crônica, julgue os itens a seguir.

- 7 A piora da disfunção endotelial é uma potencial complicação do uso crônico de nitratos de ação prolongada cujos mecanismos implicados incluem a ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona, além de aumento da produção de endotelina.
- 8 A ivabradina, um inibidor específico da corrente If no nó sinusal, reduz a ocorrência de infarto, bem como a necessidade de revascularização, em pacientes com DAC associada à disfunção ventricular e com frequência cardíaca em repouso maior ou igual a 70 bpm.
- 9 No teste ergométrico para investigação da DAC crônica, consideram-se variáveis de alto risco: depressão descendente e persistente do segmento ST maior ou igual a 2 mm, com duração maior que cinco minutos na recuperação; queda da pressão arterial sistólica maior que 10 mmHg durante o esforço; e taquicardia ventricular sustentada.

Um indivíduo assintomático de setenta e dois anos de idade e sem comorbidades significativas consultou um cardiologista para avaliação do risco de realizar uma colonoscopia com sedação. O paciente, ao exame físico, apresentava-se hemodinamicamente normal com *ictus* palpável no quinto espaço intercostal à esquerda na linha hemiclavicular. Observou-se, à ausculta cardíaca, ritmo cardíaco regular em dois tempos e sopro holossistólico de 3+/6 no foco aórtico. O ecocardiograma revelou fração de ejeção de 42%, área valvar aórtica de 1,2 cm², gradiente transvalvar médio de 32 mmHg e velocidade do jato de 3,2 m/s. Os demais exames laboratoriais e cardiológicos não revelaram anormalidades.

A partir desse caso clínico, julgue os itens subsecutivos.

- 10 Considerando-se as fortes evidências que demonstram uma ligação de causa e efeito entre endocardite infecciosa e procedimentos do trato gastrointestinal, bem como a necessidade de profilaxia antibiótica, é correto afirmar que, no presente caso, o cardiologista deve prescrever ampicilina associada à gentamicina uma hora antes e seis horas após a colonoscopia.
- 11 No caso descrito, há indicação de inibidor da enzima de conversão da angiotensina e de acompanhamento médico semestral para que se avalie a evolução da valvopatia.

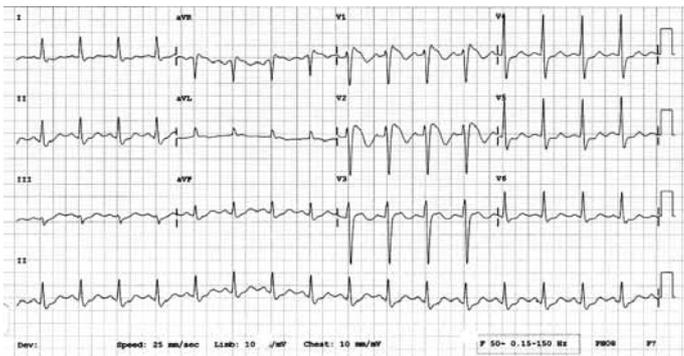
No que concerne à propedêutica cardiovascular, julgue os próximos itens.

- 12 A embolia pulmonar maciça provoca desdobramento paradoxal da segunda bulha em razão da alteração da capacitância do leito pulmonar, bem como da alteração do volume no ventrículo esquerdo.
- 13 O pulso *bisferiens*, caracterizado por dois pulsos sistólicos, são ondas de percussão e reflexo separadas por um intervalo mesossistólico distinto, mais evidenciado na palpação carotídea, que ocorre em situações em que há grande volume de ejeção lançado rapidamente do ventrículo esquerdo.

Um indivíduo assintomático de trinta anos de idade foi encaminhado ao ambulatório para avaliação de anormalidade observada em seu eletrocardiograma, que mostrou um intervalo PR curto, com pré-excitação compatível com a síndrome de Wolf Parkinson White (WPW). O teste de esforço revelou desaparecimento abrupto e completo do padrão de pré-excitação, com o aumento da frequência cardíaca. O *holter* revelou padrão de WPW intermitente e sem arritmias.

A respeito desse caso clínico, julgue o item a seguir.

- 14 Nesse caso, a realização de estudo eletrofisiológico é necessária para a estratificação do risco cardiovascular do paciente.



Um indivíduo de vinte e três anos de idade foi encaminhado ao pronto-socorro devido a um quadro de síncope sem pródromos. No momento do atendimento, ele estava assintomático, hemodinamicamente normal e com exame físico sem anormalidades. O eletrocardiograma com calibração convencional do paciente apresentou o resultado mostrado na figura acima.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 15 Nesse caso, uma vez que o paciente apresenta alto risco para o desenvolvimento de arritmias ventriculares fatais, indica-se o implante de cardioversor desfibrilador.
- 16 O exame demonstra a existência de canalopatia da fase 1 do potencial de ação cardíaco. Essa condição decorre da mutação de genes de canais iônicos ou da mutação de genes de proteínas associadas à atividade ou ao transporte iônico.

Acerca das complicações cardiovasculares decorrentes do uso de cocaína, julgue os itens subsequentes.

- 17 O uso de betabloqueador, em casos de infarto agudo do miocárdio decorrente da intoxicação aguda por cocaína, reduz a isquemia miocárdica, a frequência das arritmias ventriculares e a mortalidade hospitalar.
- 18 A cocaína é um potente ativador plaquetário e exerce um efeito pró-arritmico por inibir os canais de sódio dependente de voltagem. Além disso, a cocaína promove a vasoconstrição coronariana pelo aumento da concentração de endotelina I.

Uma paciente de setenta e dois anos de idade evoluiu com precordialgia opressiva no quarto dia de internação por infarto agudo do miocárdio da parede anterior e sem reperfusão. O eletrocardiograma revelou persistência do supradesnível do segmento ST nas derivações anteriores. Ao exame físico, a idosa apresentou pressão arterial de 86 mmHg × 44 mmHg e pulso de 126 bpm. A ausculta cardíaca não revelou sopros, as bulhas cardíacas estavam abafadas e havia turgência de jugular a 30°.

Com referência a esse caso clínico, julgue os seguintes itens.

- 19 Indica-se, nesse caso, o uso de balão intra-aórtico.
- 20 O diagnóstico provável da paciente é de comunicação interventricular pós-infarto.

Com relação aos antiagregantes plaquetários e aos anticoagulantes, julgue os itens a seguir.

- 21 Há relatos de ineficácia do clopidogrel devido à alteração no processo de absorção intestinal desse medicamento relacionada com a expressão da glicoproteína P nas células epiteliais intestinais e com a variabilidade genética caracterizada por polimorfismos associados às enzimas do citocromo P450.
- 22 A rivaroxabana é uma pró-droga cujo metabólito ativo causa inibição direta, competitiva, específica e reversível da trombina livre e da trombina ligada à fibrina.
- 23 O prasugrel é um pró-fármaco com uma etapa de metabolização hepática cujo metabólito ativo se liga seletiva e irreversivelmente aos receptores P2Y₁₂, de modo a bloquear a agregação plaquetária mediada pela adenosina difosfato.

A síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) está relacionada ao desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Acerca desse assunto, julgue os itens subsequentes.

- 24 A ativação simpática, a diminuição da sensibilidade dos barorreceptores, o aumento de marcadores inflamatórios, as espécies reativas de oxigênio, a endotelina-1, além da disfunção endotelial, são componentes que contribuem para o remodelamento vascular em caso de SAHOS.
- 25 O colapso da via aérea superior durante o sono resulta de um desequilíbrio entre a atividade dos músculos dilatadores da faringe e a pressão intraluminal negativa durante a inspiração. As forças adesivas da mucosa, o tônus vasomotor, a resistência nasal aumentada e o efeito de Bernoulli são alguns dos fatores que tendem a estreitar a luz da faringe.

Em relação às alterações do pericárdio, julgue os próximos itens.

- 26 Embora infrequentes, as alterações eletrocardiográficas (onda T apiculada e infradesnível do segmento PR) ocorrem no segundo estágio da pericardite aguda.
- 27 A pericardite pós-infarto, quando ocorre precocemente nos três primeiros dias do infarto agudo do miocárdio, está relacionada ao acometimento do epicárdio e pericárdio adjacente devido à atividade autoimune.

No que concerne ao metabolismo lipídico, julgue o seguinte item.

- 28 O gene que codifica a proproteína convertase subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) é expresso predominantemente em células do fígado, intestino e rins. Quando produzida, essa proteína é capaz de inibir a reciclagem do receptor de LDL de volta à superfície celular, o que resulta em menor número de receptores e aumento dos níveis plasmáticos de LDL.

Uma paciente de setenta e seis anos de idade, recentemente diagnosticada como portadora de disfunção sistólica ventricular esquerda, despertou com dispneia intensa há uma hora. Ela afirmava não haver outros sintomas. Ao exame físico, apresentava-se afebril, acianótica, com saturação de oxigênio à oximetria de pulso de 86% (em ar ambiente), extremidades frias, sudorese profusa, frequência respiratória de 24 irpm, com pressão arterial de 90 mmHg × 58 mmHg, frequência cardíaca de 104 bpm e turgência jugular a 30°. A ausculta revelou ritmo cardíaco regular em três tempos sem sopros e estertores crepitantes bilaterais bibasais. A paciente não apresentou outras alterações significativas ao exame clínico. A idosa fazia uso diário de carvedilol 50 mg, enalapril 20 mg, digoxina 0,125 mg, espironolactona 25 mg e furosemida 80 mg. O eletrocardiograma revelou taquicardia sinusal. Os valores da troponina e da CK-MB (na admissão e após nove horas), bem como de outros exames laboratoriais mostraram resultados dentro da normalidade. Não houve resposta ao tratamento inicial com diurético intravenoso.

A partir das informações desse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 29 Nesse caso, há indicação da ressonância magnética cardíaca para que, de forma não invasiva, seja excluída a presença de doença arterial coronariana significativa.
- 30 A indicação de levosimendana deve ser considerada para essa paciente.

Um paciente com história de precordialgia iniciada há catorze horas deu entrada no pronto-socorro hemodinamicamente estável (PA = 130 mmHg × 80 mmHg e FC = 95 bpm), tendo sido confirmado o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST).

Com referência a essas informações, julgue os itens a seguir.

- 31 O clopidogrel associado ao ácido acetilsalicílico é a melhor opção de terapia antiagregante plaquetária.
- 32 A dose de ataque do clopidogrel é de 300 mg em caso de terapêutica de reperfusão química e de 600 mg em caso de indicação de angioplastia coronária primária.
- 33 A indicação da terapia de reperfusão imediata com a realização de angioplastia primária é considerada classe IIa.
- 34 Conforme a classificação clínica de Killip-Kimbal, o paciente encontra-se em classe IV.

O paciente submetido a implante de *stent* em artéria coronária deve fazer uso de esquema de antiagregação plaquetária dupla. Em relação a essa terapêutica, julgue os seguintes itens.

- 35 A perspectiva de um procedimento cirúrgico precoce após o implante de *stent* não influencia na indicação e na escolha do *stent* (se farmacológico ou convencional).
- 36 A droga de eleição para compor a terapia dupla associada ao ácido acetilsalicílico na doença coronariana crônica é o clopidogrel.
- 37 A referida terapêutica é bem tolerada pelos pacientes, não sendo necessária avaliação prévia individualizada quanto à aceitação dessa terapêutica pelo paciente.
- 38 O uso de *stent* convencional como alternativa ao *stent* farmacológico visa reduzir o risco de ocorrência de reestenose.

Com relação ao infarto agudo do miocárdio, julgue os próximos itens.

- 39 A detecção de elevação e(ou) queda dos valores dos marcadores cardíacos com pelo menos uma dosagem com valor maior que 99% do percentil do limite de referência superior associado a alterações agudas do segmento ST-T ou bloqueio de ramo direito agudo preenche os critérios para infarto agudo do miocárdio.
- 40 Provável trombose de *stent* (não confirmada por angiografia coronária ou autópsia) na presença de isquemia miocárdica preenche os critérios para infarto agudo do miocárdio.
- 41 De acordo com as diretrizes europeias sobre infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (2012), a indicação da prescrição de oxigênio em pacientes com hipóxia e(ou) dispneia é classe I nível de evidência B.
- 42 De acordo com as diretrizes europeias sobre infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (2012), a indicação da prescrição de opioides por via intravenosa é classe I nível de evidência C.
- 43 De acordo com as diretrizes europeias sobre infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (2012), o regime de antiagregação plaquetária dupla deve ser mantido por, no mínimo, seis meses nos pacientes submetidos a implante de *stent* convencional.
- 44 A detecção de elevação e(ou) queda dos valores dos marcadores cardíacos com pelo menos uma dosagem com valor maior que 99% do percentil do limite de referência superior associado a precordialgia preenche os critérios para infarto agudo do miocárdio.

A indicação eletiva de revascularização do miocárdio considera o risco do procedimento em relação aos desfechos e sobrevida esperados. Acerca da avaliação de risco, julgue os itens a seguir.

- 45 O escore SYNTAX clínico consiste na combinação do escore SYNTAX e da idade, creatinina sérica e fração de ejeção do ventrículo esquerdo.
- 46 O EuroSCORE estima com segurança o risco de morte e, por isso, continua sendo uma ferramenta importante na decisão da revascularização cirúrgica do miocárdio.
- 47 O escore STS (*society of thoracic surgeons score*) foi validado em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e cirurgia valvar.
- 48 O SYNTAX é um escore que avalia a complexidade funcional das lesões coronarianas e é uma ferramenta importante na decisão da abordagem percutânea de pacientes com doença multiarterial ou lesões de tronco.

Para pacientes com angina estável ou isquemia silenciosa, indica-se a revascularização do miocárdio, com o objetivo de melhor prognóstico, em caso de

- 49 área de miocárdio isquêmico superior a 5%.
- 50 presença de estenose > 50% em tronco de coronária esquerda.

Existem algumas limitações da angiografia coronária invasiva na avaliação da severidade da estenose. Algumas medidas fisiológicas, entre elas a reserva de fluxo fracionado (FFR), têm sido realizadas durante o cateterismo para ajudar na avaliação da significância da lesão. Acerca desse assunto, julgue os itens que se seguem.

- 51 A indicação da FFR na avaliação das lesões intermediárias (50% a 70%) é classe IIa nível de evidência A, de acordo com a última diretriz da Sociedade Americana de Cardiologia (2011).
- 52 O ultrassom intracoronariano fornece importantes informações da fisiologia coronariana.

Em relação aos procedimentos de intervenção coronária percutânea, julgue os seguintes itens.

- 53 A realização de angioplastia coronária e implante de *stent* em serviços sem retaguarda de cirurgia cardíaca é considerada não segura e desaconselhada, de acordo com estudos e metanálises recentes sobre o assunto.
- 54 Sucesso do procedimento refere-se à obtenção de estenose residual inferior a 50%, quando utilizado apenas o balão, e inferior a 20%, quando realizado o implante de *stent*.
- 55 Quando realiza-se dilatação coronária apenas com balão, o sucesso angiográfico é obtido com uma estenose residual inferior a 50%.
- 56 Atualmente, é considerado ótimo resultado após o implante de *stent* a presença de estenose residual pós-procedimento < 20% associada a fluxo distal TIMI 3.

Em relação à doença valvar cardíaca, julgue os itens subsequentes.

- 57 Via de regra, a comissurotomia mitral percutânea deve ser realizada apenas em pacientes sintomáticos e com área valvar mitral $\leq 1,5 \text{ cm}^2$.
- 58 São critérios ecocardiográficos de gravidade da estenose aórtica: gradiente pressórico médio > 40 mmHg, área valvar < $1,0 \text{ cm}^2$ e velocidade máxima do jato > 4 m/s.
- 59 É critério ecocardiográfico de insuficiência mitral secundária severa área de orifício regurgitante efetiva $\geq 40 \text{ mm}^2$.
- 60 Em pacientes com indicação de cirurgia para tratamento de doença valvar cardíaca, a angiografia coronária está indicada caso haja um ou mais fatores de risco cardiovascular.

Com base na I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular, julgue os itens a seguir.

- 61 O ecocardiograma está indicado na avaliação complementar de risco em hipertensos estágios 1 e 2 que não tenham hipertrofia ventricular esquerda ao eletrocardiograma convencional, apresentem dois ou mais fatores de risco ou que tenham suspeita clínica de insuficiência cardíaca.
- 62 O aumento da espessura médio intimal (EMI) da carótida superior a 1 mm reclassifica o risco cardiovascular.
- 63 A avaliação clínica de pacientes hipertensos inclui exames complementares de rotina como análise de urina; potássio plasmático; creatinina plasmática e estimativa do ritmo de filtração glomerular; glicemia de jejum; colesterol total; HDL-colesterol; triglicérides plasmáticos; ácido úrico plasmático; e eletrocardiograma convencional.

Em estudo eletrofisiológico cardíaco invasivo, o eletrodo localizado na região do feixe de His registra o potencial A, que corresponde à ativação do átrio próximo à junção AV; o potencial H, que corresponde à despolarização do tronco do feixe de His; e o potencial V, que corresponde à ativação do miocárdio ventricular.

A respeito desse estudo, julgue os itens que se seguem.

- 64 O intervalo PA é medido do final da onda P na superfície até o início da onda A, intracavitária, correspondendo ao tempo de condução intra-atrial.
- 65 De acordo com os protocolos de prevenção primária para morte súbita, o estudo eletrofisiológico está indicado para a avaliação da estabilidade elétrica ventricular em coronariopatas com função ventricular comprometida para implante preventivo de desfibrilador cardíaco automático.
- 66 O estudo eletrofisiológico cardíaco invasivo é indicado para investigação da síndrome de Brugada, que está associada à morte súbita por fibrilação ventricular.
- 67 A fisiopatologia da síndrome de Brugada relaciona-se a alterações da subunidade dos canais de sódio, com consequente redução ou perda do potencial de ação no epicárdio do ventrículo direito, gerando um gradiente transmural de voltagem, responsável pela elevação do segmento ST nas precordiais direitas.
- 68 A medida dos potenciais A, H e V permite a divisão da condução atrioventricular em três intervalos principais: PA, AH e HV.

Com relação à ecodopplercardiografia como ferramenta de avaliação clínica não invasiva e às possibilidades de avaliação morfoestruturais e funcionais do coração oferecidas por essa técnica, julgue os próximos itens.

- 69** As cardiomiopatias restritivas, que possuem como etiopatogenia mais comum as doenças infiltrativas, como amiloidose, sarcoidose, hemocromatose, apresentam comprometimento do relaxamento ventricular e redução das pressões ventriculares diastólicas, que podem ser verificados por ecodopplercardiograma.
- 70** Na presença de cardiopatias que provoquem obstrução na saída do ventrículo direito, a pressão sistólica nesse ventrículo pode não corresponder à pressão sistólica da artéria pulmonar.
- 71** Na anomalia de Ebstein, caracterizada pela posição anormal e mais baixa da valva tricúspide no ventrículo direito, o que acarreta atrialização, são comuns, no ecodopplercardiograma, deslocamento apical do folheto do septo tricúspide, alteração do tamanho do ventrículo direito e insuficiência tricúspide grave.
- 72** A avaliação do gradiente máximo de pressão de cada valva cardíaca no ecodopplercardiograma é realizada pelas medidas de área valvar e por meio da relação volume cavitário/área valvar.

Uma jovem de dezesseis anos de idade é atendida em uma unidade de emergência de um hospital público, com história de palpitações inexplicáveis associadas à síncope.

Acerca desse caso clínico e de aspectos a ele relacionados, julgue os itens subsecutivos.

- 73** Uma das hipóteses diagnósticas possíveis para a paciente em tela é de síndrome neurocardiogênica ou vasovagal.
- 74** Nos pacientes com síncope por etiologia cardiovascular, a taxa de mortalidade em um a dois anos pode chegar a 33%.
- 75** Ainda que a paciente em questão apresente resultado normal no exame eletrofisiológico, não se pode descartar a possibilidade de arritmia.

No que se refere a estudos ecocardiográficos utilizando-se técnicas uni/bi/tridimensionais, julgue os itens subsequentes.

- 76** O método mais recomendado para a avaliação do volume do ventrículo esquerdo é o que se utiliza da regra de Simpson modificada.
- 77** O método biplanar de discos avalia o volume do ventrículo esquerdo, a partir da técnica bidimensional, por meio do cálculo do volume total, que é obtido pelo somatório do volume de quatro discos cilíndricos.
- 78** O melhor método de avaliação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo é aquele capaz de minimizar, ao máximo, os eventuais efeitos de modificação da geometria ventricular.
- 79** Em pacientes portadores de cardiomiopatia chagásica, a avaliação do volume do átrio esquerdo e a relação E/e' têm importância no segmento ambulatorial, porém não são preditores de mortalidade.
- 80** A avaliação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo pelo método *Teichholz e cols* é feita a partir da técnica bidimensional, em que a diferença entre os volumes ventriculares ao final da diástole e da sístole dividida pelo volume diastólico resulta na estimativa final.
- 81** A percentagem de encurtamento sistólico da dimensão ventricular esquerda é fornecida pela diferença entre a dimensão diastólica final e a dimensão sistólica final.

O tratamento da fibrilação atrial (FA) persistente inclui a ablação transeptal das veias pulmonares. No que tange a esse assunto, julgue os itens seguintes.

- 82** Cerca de um terço dos pacientes necessita de uma segunda ablação, para tratamento da FA persistente.
- 83** As complicações mais frequentes verificadas pelos eletrofisiologistas brasileiros são estenose/oclusão das veias pulmonares, acidentes anestésicos, lesão de nervo frênico e fístula atrioesofágica.
- 84** A reversão ao ritmo sinusal da FA reduz a morbimortalidade comparado ao tratamento de controle da frequência cardíaca associada à anticoagulação.
- 85** O mapeamento eletroeletrônico tridimensional do sistema de condução por meio do sistema CARTO e do uso de ultrassom é o método mais indicado para o tratamento da fibrilação atrial.
- 86** A técnica de ablação não pode ser utilizada em portadores de diversos tipos de cardiopatias, sendo indicada apenas para os corações estruturalmente normais.
- 87** Apesar dos resultados promissores, a ablação da FA ainda acarreta morbidade significativa, sendo necessários métodos auxiliares de imagem, como o ecocardiograma intracardiaco transoperatório, que aumentam a segurança e a eficácia do procedimento.

A respeito de taquicardias, julgue os itens que se seguem.

- 88** Com relação aos pacientes assintomáticos para síndrome Wolff-Parkinson-White, com características eletrofisiológicas da via acessória, morte súbita não é uma preocupação.
- 89** A decisão de efetuar ablação em todos os pacientes com síndrome Wolff-Parkinson-White assintomático apresenta risco de morbidade e mortalidade que, embora reduzido, pode ser inaceitável para um número de pacientes que nunca virão a ter os sintomas.
- 90** A melhor opção terapêutica da Síndrome WPW (Wolff-Parkinson-White) é a cirúrgica se o estudo eletrofisiológico indicar a presença de via acessória que indique risco de fibrilação ventricular.

Em relação aos sopros cardíacos e suas modificações frente a algumas manobras clínicas, julgue os itens a seguir.

- 91** O ato de auscultar paciente em pé produz redução do retorno venoso e, com isso, ocorre uma diminuição de intensidade da maioria dos sopros, fato este não observado no prolapso mitral.
- 92** Apertar a mão do paciente aumenta a resistência vascular periférica e o débito cardíaco, razão por que o sopro da insuficiência aórtica aumenta de intensidade nessa manobra.
- 93** A inalação de nitrito de amila, potente vasodilatador, diminui a intensidade do sopro da estenose aórtica e aumenta o sopro da regurgitação mitral.
- 94** A manobra de Valsalva diminui o sopro mitral existente na cardiopatia hipertrófica obstrutiva e no prolapso mitral.

Considerando as diretrizes de tratamento da insuficiência cardíaca (ACC/AHA) em pacientes com disfunção sistólica esquerda estágio B, julgue os seguintes itens.

- 95 Apesar de controverso, o uso de digitálicos não está indicado em pacientes em ritmo sinusal com fração de ejeção baixa, porém assintomáticos.
- 96 Betabloqueadores têm indicação IA em todos os pacientes não infartados com fração de ejeção ventricular reduzida, mesmo que eles não sejam sintomáticos.
- 97 Pacientes com ou sem história prévia de infarto agudo do miocárdio, porém com fração de ejeção reduzida, têm indicação formal do uso de inibidores da enzima de conversão (IECA).
- 98 Bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA) nos pacientes com baixa fração de ejeção que sejam intolerantes aos IECA têm indicação IIa nível de evidência B (boa evidência de apoio).

O estudo eletrofisiológico intracardíaco tem sido usado como importante método para avaliação e tratamento de anormalidades eletrocardiográficas específicas. Nesse contexto, é correto afirmar que teria indicação IA paciente com

- 99 síndrome do QT longo que apresenta taquicardia ventricular onde há suspeita do efeito proarrítmico de determinado fármaco.
- 100 bloqueio atrioventricular avançado tratado com marca-passo definitivo que se mantém sintomático, visando determinar outras etiologias arritmogênicas.
- 101 despolarização juncional prematura oculta suspeita de causar padrão de bloqueio atrioventricular (BAV) de segundo ou terceiro grau.

No tratamento da hipertensão arterial sistêmica, a opção de terapia medicamentosa é ditada por uma série de prerrogativas, que podem ou não ter efeitos favoráveis na condição mórbida. Com relação a esse assunto, julgue os itens que se seguem.

- 102 Em paciente com hipertrofia prostática benigna sintomática, a melhor opção seria o uso de alfabloqueadores.
- 103 A opção mais indicada para paciente em uso de ciclosporina que evolui com oscilações da pressão arterial é o uso de antagonistas de canais de cálcio (BCC).
- 104 Betabloqueador não cardiosseletivo constitui opção benéfica para pacientes portadores de enxaqueca ou tremor essencial.
- 105 Betabloqueadores ou antagonistas de canais de cálcio dihidropiridínico têm ação benéfica nos pacientes com fibrilação atrial.

Acerca das indicações para arteriografia coronária em pacientes com patologia valvar, segundo recomendações do Colégio Americano de Cardiologia, julgue os itens subsecutivos.

- 106 Na insuficiência aórtica, antes da eventual troca valvar, em pacientes com risco de DAC, a estratificação invasiva tem indicação IC.
- 107 Na insuficiência mitral em que a pressão pulmonar é não proporcional à gravidade da regurgitação mitral (RM) avaliada por teste não invasivo, existe indicação IA de manometria invasiva.
- 108 Paciente com estenose aórtica em fase de pré-troca valvar, em risco de doença coronária (DAC), tem indicação IA de realizar cineangiocoronariografia.

Com relação ao teste ergométrico e à sua importância na avaliação de dor torácica, julgue os próximos itens.

- 109 A depressão do segmento ST em cinco ou mais derivações ou a configuração ascendente do segmento ST traduzem resposta isquêmica positiva.
- 110 A ocorrência de hipotensão durante o esforço com ou sem a ocorrência de dor precordial deve ser considerada critério de alta probabilidade de doença coronariana.
- 111 O aumento da amplitude da onda P e a depressão do ponto J são alterações esperadas.

A presença de bloqueio de ramo esquerdo (BRE) ocorre em 7% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), limitando seu diagnóstico eletrocardiográfico. No sentido de permitir a identificação da síndrome coronariana aguda nessa situação, adotam-se os critérios de Sgarbossa. A respeito desses critérios, julgue os itens que se seguem.

- 112 Segmento ST deprimido > 1 mm em derivações septais que concorda com o complexo QRS equivale a três pontos.
- 113 Em portadores de marca-passo (MP), valoriza-se a existência de supradesnivelamento do segmento ST maior que 5 mm.
- 114 Equivale a três pontos a elevação discordante do segmento ST maior que 5 mm ou 25% da medida total do complexo QRS.
- 115 Elevação do segmento ST superior a 1 mm concordante com o complexo QRS soma três pontos.

Um paciente de cinquenta e cinco anos de idade, hipertenso de longa data, foi admitido em pronto-socorro com quadro de precordialgia típica, cujo exame físico evidenciava: PA = 100 mmHg × 70 mmHg, FC = 60 bpm e ausculta pulmonar normal. ECG da admissão exibindo supradesnivelamento do segmento ST em D2, D3 e AVF, além de bloqueio átrio-ventricular do 1.º grau.

Com referência ao caso clínico descrito, julgue os itens a seguir.

- 116 O uso de diurético de alça não pode ser cogitado como opção terapêutica nessa situação clínica.
- 117 A artéria coronária envolvida nesse evento tem 50% de chances de ser a coronária direita.
- 118 O uso de nitrato deve ser iniciado mesmo sem avaliação dos marcadores de necrose miocárdica.
- 119 Considerando-se a evolução de duas horas da precordialgia típica, estaria formalmente indicada a realização de angioplastia coronária primária.
- 120 A considerar hematócrito de 34,8% e *clearance* de creatinina de 64, é correto supor um baixo escore de CRUSADE.



cespe

 Cebraspe

Centro Brasileiro de Pesquisa em
Avaliação e Seleção e de Promoção de Eventos