

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

PROGRAMAS – GRUPO 013	Data e horário da prova:
Cardiologia Pediátrica (628).	<i>Domingo, 29/11/2020, às 8h.</i>

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Para ganhar é preciso gastar.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

PEDIATRIA**Itens de 1 a 60**

Um lactente de 3 meses de vida, saudável, é levado pela mãe ao posto de saúde. A mãe tem dúvidas acerca da amamentação, achando que o seu leite não está sendo suficiente, pois ouviu a mãe dela comentar que, na família, ninguém produz leite forte. A vizinha expôs que deve ser o cansaço e a falta de boa alimentação, aconselhando-a a beber água e descansar. Ela não acreditou na vizinha e perguntou ao médico se pode dar outro leite ao lactente.

Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. A mãe não precisaria perguntar, pois o bebê já está na idade de iniciar a alimentação.
2. O cansaço e o estresse podem influenciar o reflexo de ejeção do leite, inibindo-o.
3. A manutenção do volume do leite é influenciado pela hidratação materna.
4. Deve-se averiguar a sucção do bebê durante a mamada, pois a produção do leite aumenta com a sucção eficaz do lactente.
5. A hipogalactia é frequente e não se relaciona com a sucção.
6. Uma vez que o leite final é de maior densidade calórica, recomenda-se esvaziar a mama e depois oferecer a mama contralateral.
7. A vizinha estava certa em aconselhar a mãe a oferecer água para o lactente.
8. Deve-se aconselhar a mãe a oferecer outro leite, já que geralmente é necessário fazer um complemento para os bebês.

O pediatra está de plantão em uma maternidade da periferia de uma grande cidade. Na madrugada, uma gestante em período expulsivo dá entrada nessa maternidade. A mãe levou seu cartão de pré-natal com preenchimento adequado e com consultas regulares, mas, para sua surpresa, a idade gestacional é compatível com 33 semanas pela DUM.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

9. A sobrevida de recém-nascidos prematuros (RNPT), definidos como os nascidos vivos com idade gestacional menor que 37 semanas, reflete a estrutura e a qualidade do cuidado antenatal, e o pediatra deve estar preparado para receber esse recém-nascido (RN) na assistência ao parto.
10. É fundamental, em todo parto prematuro, a presença de dois a três profissionais de saúde, com pelo menos um pediatra apto a intubar e indicar massagem cardíaca e medicações.
11. Quando um RNPT não melhora ou não atinge níveis desejáveis de SatO₂, com a ventilação por pressão positiva (VPP) em concentração de O₂ a 30%, a primeira medida é aumentar imediatamente a oferta de oxigênio suplementar.
12. No RN abaixo de 34 semanas, indica-se o clampamento imediato do cordão umbilical, independentemente de sua vitalidade.

13. No atendimento ao RN saudável de mães com suspeita ou infecção pelo Sars-CoV-2, deve-se adiar a amamentação e o contato pele a pele.
14. A oximetria de pulso detecta, de forma contínua, a frequência de pulso, mas demora para detectá-la e subestima a frequência cardíaca (FC), podendo levar a um aumento desnecessário de intervenções para o neonato, na sala de parto.

Um lactente de 10 dias de vida é levado à unidade básica de saúde (UBS) em virtude de a mãe notar “olhos amarelados” no filho. Ela relata que ele já saiu um pouco amarelo da maternidade, de onde teve alta com três dias de vida após colher sangue. O grupo sanguíneo da mãe e do bebê é A +.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

15. A prematuridade, independentemente do peso ao nascer, é considerada um dos fatores de risco mais importantes para hiperbilirrubinemia em razão da capacidade diminuída da conjugação hepática da bilirrubina e da dificuldade na sucção e deglutição para manter uma oferta adequada de leite materno.
16. Deve-se pesquisar, nesse caso, a presença de cefalo-hematoma, porém a icterícia seria de resolução rápida, não durando 10 dias.
17. A icterícia fisiológica apresenta progressão cefalocaudal.

A mãe de uma criança de 4 anos de idade levou a filha ao setor de emergência com queixa de que a menina “sacudiu o corpo todo”, pela primeira vez, após ter dado uma medicação para febre. Ela relata que a criança estava com temperatura de 38 °C, poucos espirros, tosse seca e que a crise foi rápida, não sabendo especificar o tempo.

Acerca desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

18. A crise convulsiva febril simples pode-se apresentar como tônico-clônica generalizada e tem curta duração, menor que 15 minutos.
19. No caso mencionado, a epilepsia é o mais provável diagnóstico, cujos fatores de risco incluem atraso do desenvolvimento e crise febril complexa.
20. Caso a criança chegasse ao hospital ainda em crise, seria preconizada administração de benzodiazepínicos, como o diazepam, por via intravenosa IV.
21. O estado de mal epilético é uma emergência médica, muito frequente na crise convulsiva febril em função da imaturidade da criança.
22. Em lactentes com histórico de insulto neurológico prévio, como uma encefalopatia crônica não progressiva desde o nascimento, isso pode ocasionar uma lesão neurológica estática, sendo causa de crises convulsivas não febris.

Área livre

Uma criança de 3 anos de idade apresenta tosse produtiva, espirros e febre de 38 °C há cinco dias. A mãe refere que a filha não quer brincar durante o episódio febril, mas, quando a febre passa, ela melhora; porém notou um “cansaço” nela. Ao exame, a criança encontra-se quieta no colo da mãe, febril (38 °C), com FR = 50 irpm, FC = 120 bpm e SatO₂ = 97%.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

23. A pneumonia é a principal causa de mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade nos países em desenvolvimento.
24. No caso em questão, a mãe poderia observar o “cansaço” da criança por meio da frequência respiratória, que está normal para a idade.
25. Nesse caso, seria preciso esperar sibilos na ausculta pulmonar, pois isso é comum na pneumonia adquirida na comunidade (PAC).
26. Em crianças de 2 meses a 5 anos de idade com PAC, a presença de tiragem subcostal classifica-a como tendo pneumonia grave.
27. A aspiração de corpo estranho é um diagnóstico diferencial importante na criança com sibilância.

Os pais levam uma criança de 4 anos de idade à consulta médica. Relatam que a menina não quer mais ir à escola, porque os amigos evitam brincar com ela por estar sempre cheirando a xixi. Na anamnese, a mãe refere que a filha urina muito na cama, durante o dia, não sente vontade de fazer xixi e, quando percebe, já está molhada. Sempre foi assim. A mãe fica preocupada também porque a criança cai muito e notou que o pé dela é torto desde que nasceu. A menina nasceu bem, a termo, com bom peso e bom Apgar, porém foi logo encaminhada à unidade de terapia intensiva (UTI) para aguardar a cirurgia da medula.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

28. É frequente a deformidade dos pés, podendo-se encontrar pé equinovaro, pé varo, cavo-varo e pé equino.
29. O desfralde antes dos 2 anos de idade pode ser a causa da incontinência urinária.
30. É necessário solicitar um estudo urodinâmico, em que é avaliada a pressão da musculatura detrusora.
31. Os defeitos do fechamento do tubo neural (DFTN) são malformações congênitas frequentes, que ocorrem em virtude de uma falha no fechamento adequado do tubo neural embrionário durante o final da gestação.
32. Quase todos os pacientes são portadores de distúrbios esfinterianos, vesicais e anais, de difícil controle, que causam predisposição a infecções urinárias.
33. A hidrocefalia está associada a mais de 70% dos casos, o que pode ser uma causa de deterioração neurológica consequente a disfunção do sistema de drenagem.

Considere um recém-nascido (RN) do sexo masculino, com 24 horas de vida, nascido de parto vaginal, a termo, com peso ao nascer de 3.335 g, Apgar 9, no 1º minuto e 10, no 5º. Durante o exame físico, o pediatra nota uma musculatura abdominal muito flácida, com a pele dessa região enrugada, aparência de “ameixa seca”, em batráquio. Apresenta aparelho cardiopulmonar normal, genitália masculina com ambos os testículos criptorquídicos. FR = 50 irpm, FC = 120 bpm e SatO₂ = 98%. O RN evoluiu com retenção urinária e aumento das escórias renais.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

34. O diagnóstico deve ser feito precocemente, preferencialmente intraútero, e o tratamento, sobretudo das anormalidades do sistema urinário, não deve ser retardado.
35. A correção da criptorquidia deve ser feita até 1 ano de vida.
36. Embora os rins possam ser normais, a displasia renal e a hidronefrose são comuns, mas a insuficiência renal não é comum.
37. No sexo feminino, há números elevados de ocorrências como as do caso descrito.
38. É necessária a solicitação de ecocardiograma para avaliar anomalias cardíacas que estão presentes em 10% dos casos.

Uma criança de 8 anos de idade, portadora de síndrome de Down, ao ser atendida em consulta de seguimento, apresentou as seguintes mensurações: peso = 34 kg (percentil 90-95); altura = 1,18 cm (percentil 25); e IMC = 25 (percentil 95). Ao exame, encontra-se em BEG, corada, hidratada, FC = 80 bpm, FR = 30 irpm e SatO₂ = 97% em AA. Quanto ao aparelho cardiovascular, verifica-se RCR, 2T, sem sopros, constatando-se também precórdio calmo, pulmonar e abdome sem alterações.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

39. Antes de indicar atividade física, tais como natação, ginástica ou futebol, para perda de peso ou manutenção da saúde, recomenda-se radiografia da coluna cervical em posição neutra em perfil, flexão e extensão.
40. O acompanhamento odontológico é importante nos primeiros anos de vida e, durante a idade escolar, é feito quando ocorrem queixas.
41. Em relação ao IMC, observa-se um percentil aumentado, configurando um excesso de peso. Para tal avaliação, podem ser utilizadas as curvas da Caderneta da Criança.
42. A Síndrome do caso clínico descrito é a alteração cromossômica mais comum em humanos e a principal causa de deficiência intelectual na população.
43. O fenótipo na síndrome de Down tem uma expressividade variada, apesar de existirem três possibilidades do ponto de vista citogenético.
44. A comunicação aos pais, na maternidade, não deve ser realizada, mesmo quando sinais e sintomas são característicos. O esclarecimento deve ser feito em serviço especializado.

Durante a visita de alojamento conjunto, ao solicitar a caderneta de acompanhamento obstétrico da mãe de um recém-nascido (RN), verificaram-se sorologias para sífilis positivas no primeiro trimestre da gestação. A gestante foi tratada com benzilpenicilina benzatina na dose total de 7,2 milhões UI. O VDRL da mãe após o tratamento reduziu de 1:32 para 1:8.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

45. Caso o RN seja assintomático ao exame e VDRL 1:8, ainda assim a criança foi exposta à sífilis.
46. Na consulta do 6º mês de vida, o VDRL deverá ser não reagente nos casos em que a criança não tiver sido infectada.
47. O teste treponêmico no bebê deve ser realizado em todas as consultas de puericultura, para acompanhamento juntamente com o da mãe.
48. O intervalo entre doses da benzilpenicilina benzatina pode ser espaçado, para evitar a dor, fazendo-se aplicação de 1,2 milhão a cada mês.
49. No início do acompanhamento pré-natal, é aconselhável pedir o teste treponêmico, que é o primeiro teste a ficar reagente, aguardando o não treponêmico.
50. Mesmo quando houver histórico de tratamento prévio, o lactente que for diagnosticado com sífilis congênita durante o seguimento deverá ser tratado com penicilina.
51. Atraso no desenvolvimento pode ter como causa a sífilis congênita tardia.
52. Nas crianças com alteração inicial do líquido, neurossífilis, a punção líquórica posterior deve ser reservada quando aparecerem sinais e sintomas neurológicos.

Os avós levam uma criança de 1 ano de idade ao posto de vacinação para atualização da caderneta. Durante a conversa com o agente comunitário de saúde, os avós relatam preocupação com um exame ao nascimento, apesar de o neto estar bem, sem adoecimento. Contam que o primeiro teste do pezinho deu uma alteração na tireoide e, quando foi repetido, o resultado foi normal. Mesmo assim, eles não se mostraram tranquilos e ficam com medo de dar vacina, principalmente durante a pandemia.

A respeito desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

53. Caso a criança, no momento da visita ao posto de saúde, apresentasse sinais de doenças do trato respiratório superior, com febre, tosse e (ou) coriza ou ainda diarreias leves, estaria contraindicada a vacinação.
54. Pode ser administrada a vacina de varicela, que é de vírus vivo atenuado.
55. O hipotireoidismo congênito, doença que pode ser diagnosticada pela triagem neonatal, deve ser confirmado após coleta de sangue do recém-nascido.
56. Na idade de 12 meses de vida, deve ser aplicada a primeira dose da vacina triplice viral, segundo o Ministério da Saúde. Ela não poderá ser aplicada junto com a vacina da febre amarela.
57. O tratamento do hipotireoidismo congênito deve ser expectante, reavaliando, nas consultas de puericultura, o desenvolvimento neuropsicomotor.
58. Não há evidências acerca da interação da Covid-19 e a resposta imune às vacinas.
59. É necessário aproveitar a visita ao posto de saúde para avaliar a marca da vacinação BCG no lactente, pois, caso essa cicatriz vacinal não esteja presente, deve-se revaciná-lo.
60. A vacina BCG e a do sarampo, que devem ser verificadas no cartão vacinal, são vacinas de vírus vivos atenuados.

CARDIOLOGIA

Itens de 61 a 120

Um paciente de 55 anos de idade, com histórico de diabetes e hipertensão, iniciou, há seis meses, quadro de dor precordial tipicamente anginoso aos esforços, sendo investigado com ecocardiograma com estresse com dobutamina, o qual confirmou isquemia por aparecimento de hipocinesia transitória dos segmentos inferiores apical e médio no estresse. A fração de ejeção de ventrículo esquerdo no repouso foi de 60%. Iniciou-se tratamento diário com AAS 100 mg, rosuvastatina 20 mg e atenolol 50 mg. A investigação da doença arterial coronariana prosseguiu com a solicitação de uma cineangiocoronariografia. Enquanto aguardava os exames, o paciente tornou-se assintomático com a medicação. Após um mês, retornou com o resultado da cineangiocoronariografia, que demonstrava uma lesão de 90% na porção proximal da coronária direita e uma lesão de 40% em terço distal da descendente anterior. Apresentou também exame laboratorial que revelou colesterol total = 130 mg/dL, LDL-C = 42 mg/dL, HDL-C = 25 mg/dL e triglicérides = 315 mg/dL.

Com relação a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

61. O atenolol do paciente deve ser substituído por um dos betabloqueadores que demonstraram redução de mortalidade, nesse tipo de paciente, em ensaios clínicos.
62. A rosuvastatina do paciente deve ser trocada por um fibrato, já que ele ainda apresenta triglicérides elevados com LDL-C excessivamente baixo.
63. No momento, deve-se indicar revascularização miocárdica a esse paciente, para redução do risco, em longo prazo, de infarto do miocárdio e morte cardiovascular.
64. Um valor de reserva de fluxo fracionada de 0,5 seria esperado para a coronária direita, enquanto um valor de 0,9 seria esperado para a descendente anterior.
65. Evidências recentes sugerem que o uso de rivaroxabana 2,5 mg, duas vezes ao dia, associado ao AAS, seria correto nesse paciente para prevenção secundária de eventos ateroscleróticos após pesar-se o risco de eventos isquêmicos e hemorrágicos.
66. Evidências recentes indicam que a utilização de ácido eicosapentaenoico (EPA) em altas doses seria correta nesse paciente para a prevenção secundária de eventos ateroscleróticos.
67. Uma pressão arterial < 140 mmHg x 90 mmHg seria uma meta pressórica adequada para esse paciente.
68. A reavaliação periódica rotineira com ecocardiograma seria inadequada para esse paciente, caso ele se mantivesse estável sem mudança de terapia.

Área livre

Uma paciente de 65 anos de idade, com obesidade grau 1 (peso = 85 kg, altura = 1,65 m), hipertensa há 20 anos, com adequado controle da pressão arterial, no período, utilizando diariamente anlodipino 10 mg e clortalidona 25 mg, comparece à consulta ambulatorial demonstrando pressão arterial de 170 mmHg x 95 mmHg, confirmada em duas medidas em ambos os membros superiores. Opta-se por introdução de enalapril 10 mg duas vezes ao dia. Ela retorna em duas semanas apresentando pressão arterial de 150 mmHg x 85 mmHg, com exames laboratoriais novos revelando um aumento de creatinina sérica de 0,9 mg/dL para 1,9 mg/dL, sem outras alterações laboratoriais.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

69. Como a paciente ainda se mantém fora da meta de pressão arterial, o enalapril deve ser aumentado para 20 mg duas vezes ao dia.
70. Deve ser iniciada uma quarta medicação de classe medicamentosa diferente daquelas que a paciente já utiliza.
71. A probabilidade de uma causa de hipertensão arterial secundária é alta no caso dessa paciente.
72. A realização de um Doppler de artérias renais que fosse negativo para obstrução ao fluxo das artérias renais afastaria o diagnóstico de hipertensão renovascular no caso dessa paciente.
73. Para essa paciente, o diagnóstico de hipertensão renovascular não implicaria a necessidade de intervenção mecânica em artérias renais como primeira opção de tratamento.
74. A paciente apresenta um fator de risco para síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono, possível causa de hipertensão secundária.
75. Uma triagem negativa com o questionário de Berlim, durante a consulta ambulatorial, afastaria o diagnóstico de síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono para essa paciente.

Um paciente de 22 anos de idade, previamente hígido, chega ao pronto-socorro com quadro de dor precordial de início recente há um dia, em repouso, ventilatório-dependente, aliviada ao reclinar o tronco para a frente, sem relação com esforço físico, associada a episódio febril aferido de 37,9 °C.

Com relação a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

76. Nesse caso, a presença de atrito pericárdico seria um marcador de risco elevado para a progressão com tamponamento cardíaco.
77. Nos exames laboratoriais realizados quando o paciente der entrada no pronto-socorro, as dosagens de troponina e BNP devem ser feitas de rotina para a principal suspeita clínica do caso.
78. No Brasil, o principal agente etiológico a ser investigado nesse paciente seria o *Mycobacterium tuberculosis*.
79. A ausência de realce tardio pelo gadolínio no miocárdio, em ressonância nuclear magnética cardíaca, não afastaria a principal hipótese diagnóstica para o caso.

80. No ecocardiograma transtorácico, a ausência de alterações não afastaria a principal hipótese diagnóstica para o caso.
81. O uso da colchicina deve ser reservado para caso de recorrência do episódio.
82. Uma das possíveis complicações do quadro clínico apresentado pelo paciente é tamponamento cardíaco, sendo a pericardiectomia o tratamento de escolha para uma complicação.
83. Mesmo na confirmação de uma etiologia autoimune para o quadro do paciente desse caso clínico, o uso de corticosteroides sistêmicos em doses altas não seria a primeira opção de tratamento.

Uma paciente de 39 anos de idade, natural, residente e procedente de Florianópolis (SC), em consulta de puerpério do terceiro filho, relata início, há cinco dias, de dispneia aos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores simétricos progressivos. Não apresentava nenhuma comorbidade, história familiar de cardiopatia ou sintomas cardiovasculares antes da gestação, mas manifestou hipertensão gestacional na segunda gravidez. Nega tabagismo e uso de bebidas alcoólicas. Ao exame físico, constata-se FC = 98 bpm, FR = 24 irpm, SatO₂ = 94%, com crepitações pulmonares em terços inferiores de campos pulmonares, turgência jugular, ritmo cardíaco regular com presença de B3 e ausência de sopros.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

84. Síndromes hipertensivas da gestação e gestações múltiplas são fatores de risco para o diagnóstico mais provável dessa paciente.
85. Ao exame físico, a presença de uma impulsão palpável de sentido cranial caudal em epigástrio sugere uma etiologia congênita com diagnóstico tardio para explicar o quadro clínico da paciente.
86. A presença de arritmias ventriculares não seria um achado esperado em eletrocardiogramas dessa paciente.
87. A realização de uma cineangiocoronariografia é necessária para o diagnóstico dessa paciente.
88. O diagnóstico precoce da patologia apresentada pela paciente é crucial, já que existem outras alternativas farmacológicas para o caso, além daquelas propostas, de forma geral, para uma insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida idiopática.
89. Dependendo da escolha terapêutica farmacológica para essa paciente, o uso de anticoagulação pode ser necessário, mesmo na ausência de fibrilação atrial ou trombo cardíaco intracavitário.
90. A utilização de espironolactona está contraindicada em caso de essa paciente optar por manter a lactação, se o recém-nascido for do sexo masculino.
91. Mesmo em caso de melhora sustentada dos sintomas e da função ventricular, nova gestação não deve ser autorizada pelo médico assistente da paciente.

Uma paciente de 18 anos de idade, previamente hígida, busca pronto-socorro por ter apresentado síncope há duas horas. No momento da síncope, a paciente se encontrava por um longo período em pé e em jejum, em formação militar, quando iniciaram-se sintomas de turvação visual, escurecimento da visão e náuseas. Ela tentou se segurar em colegas próximos quando percebeu que iria perder a consciência, mas não houve tempo; perdeu a consciência e apresentou queda da própria altura, sem traumatismos e com recuperação da consciência em cerca de 30 segundos. Não manifestou nenhuma alteração do estado mental minutos após o incidente, mas sentiu-se preocupada e constrangida.

Quanto a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

92. A paciente deve realizar eletrocardiograma para investigação do episódio no pronto-socorro.
93. A paciente deve ficar internada por 24 horas para melhor elucidação da etiologia da síncope, independentemente da avaliação na emergência.
94. A presença dos sintomas descritos favorece a hipótese de uma causa cardíaca como mecanismo da síncope.
95. A ausência de liberação esfinteriana durante o episódio descarta o diagnóstico diferencial de crise epiléptica.
96. A presença de sopro sistólico ejetivo em foco aórtico, intensificado pela manobra de valsava, favorece a hipótese de uma cardiomiopatia de base.
97. Tanto a redução da pré-carga antes da perda de consciência quanto a redução da pós-carga durante a perda de consciência estão envolvidas nos mecanismos fisiopatológicos dos eventos.
98. A realização de Holter de 24 horas e de ecocardiograma são mandatórias na investigação da síncope dessa paciente.
99. A paciente deve ter todas as atividades físicas suspensas por pelo menos 10 dias após o episódio ou até que exames complementares de imagem sejam realizados.

Considerando os alvos terapêuticos farmacológicos em cardiologia e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

100. Bloqueadores de canal de cálcio diidropiridínicos podem ser utilizados em pacientes com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, especialmente naqueles pacientes que se mantêm hipertensos.
101. Fenômenos luminosos visuais são um possível efeito adverso do uso de ivabradina.
102. Os três principais genes em que são encontradas mutações na hipercolesterolemia familiar são o gene do receptor de LDL, o da APOB e o do PCSK9.
103. Em pacientes diabéticos em prevenção secundária de doenças ateroscleróticas, existem evidências, originadas em ensaios clínicos randomizados, de que tanto inibidores de SGLT2 quanto análogos de GLP1 são capazes de reduzir eventos cardiovasculares agudos adversos.

A respeito das cardiopatias congênitas e com base nos conhecimentos médicos, julgue os itens a seguir.

104. O fechamento, seja percutâneo ou cirúrgico, de uma comunicação interatrial é o tratamento de escolha, independentemente do *status* hemodinâmico e da idade do paciente.
105. Em pacientes adultos com persistência do ducto arterioso, o fechamento do ducto arterioso é contraindicado para pacientes com síndrome de Eisenmenger, exceto se esses cursam apenas com hipoxemia de membros inferiores ao exercício.
106. Pacientes adultos com origem aórtica anômala de coronárias devem ser submetidos a cirurgia, mesmo na ausência de documentação de isquemia ou de anatomia de alto risco.

No que se refere à prescrição de exercícios físicos em pacientes com cardiopatia e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

107. Pacientes assintomáticos com insuficiência mitral importante que apresentem boa função ventricular, sem dilatação ventricular ou hipertensão pulmonar, podem realizar exercícios aeróbicos até mesmo de alta intensidade.
108. Alguns pacientes selecionados com cardiomiopatia hipertrófica de baixo risco de morte súbita podem realizar exercícios aeróbicos moderados.
109. A reabilitação cardiovascular precoce pode ser realizada em pacientes sem evidência clínica de isquemia uma semana após síndrome coronariana aguda.

Considerando a solicitação adequada de exames complementares cardiológicos e achados detectados após sua realização e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

110. Em pacientes assintomáticos sem fatores de risco cardiovascular, a cintilografia de perfusão miocárdica deve ser realizada a cada cinco anos para verificação de isquemia silenciosa.
111. Em pacientes que apresentam doença pulmonar obstrutiva crônica grave, com indicação de realização de cintilografia de perfusão miocárdica com estresse farmacológico, o dipiridamol é contraindicado, mas a adenosina pode ser utilizada.
112. Em pacientes com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, estáveis com sintomas NYHA I, um ecocardiograma transtorácico periódico deve ser realizado a cada três a cinco anos na ausência de mudança terapêutica.
113. O escore de cálcio por meio da tomografia sem contraste não deve ser utilizado para o diagnóstico de dor torácica possivelmente anginosa, mas pode ser usado para o acompanhamento seriado em pacientes assintomáticos para prevenção primária.
114. A síndrome de Takotsubo é uma doença transitória do miocárdio, de curso benigno, desencadeada apenas em casos de estresse emocional.

Em relação à cardio-oncologia e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 115.** Agentes cardioprotetores, como a coenzima Q10 e a N-acetilcisteína, são capazes de prevenir a miocardiopatia associada a antraciclinas.
- 116.** A lesão de cardiomiócitos associada a antraciclinas é mais frequente quanto maior for a dose cumulativa usada pelo paciente.
- 117.** O uso de iECAs e betabloqueadores está contraindicado no caso de insuficiência cardíaca após quimioterapia, caso haja fração de ejeção reduzida, mas paciente assintomático.

Considerando o atendimento de parada cardiorrespiratória e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 118.** A cineangiogramia está indicada de rotina para todos os pacientes com parada cardiorrespiratória em ritmos chocáveis no extra-hospitalar, após retorno da circulação espontânea.
- 119.** Em uma parada cardiorrespiratória, o uso de vasopressina não é mais indicado em nenhuma circunstância.
- 120.** Na parada cardiorrespiratória em ritmo de atividade elétrica sem pulso, a amiodarona está indicada se o QRS se apresentar largo.

Área livre

Área livre