



12 DE FEVEREIRO DE 2012

MÉDICO CARDIOLOGISTA

N.º DO CARTÃO

NOME (LETRA DE FORMA)

ASSINATURA

INFORMAÇÕES / INSTRUÇÕES:

1. Verifique se a prova está completa: questões de números 1 a 40.
2. A compreensão e a interpretação das questões constituem parte integrante da prova, razão pela qual os fiscais não poderão interferir.
3. Preenchimento do **Cartão-Resposta**:
 - Preencher para cada questão apenas uma resposta.
 - Preencher totalmente o espaço correspondente, conforme o modelo:
 - Usar caneta esferográfica, escrita normal, tinta azul ou preta.
 - Para qualquer outra forma de preenchimento, a leitora anulará a questão.

**O CARTÃO-RESPOSTA É PERSONALIZADO.
NÃO PODE SER SUBSTITUÍDO NEM CONTER RASURAS.**

Duração total da prova: 3 horas

Anote o seu gabarito.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.

EMBRANCO

PORTUGUÊS INSTRUMENTAL

Leia o seguinte texto, que servirá de base para as próximas 05 (cinco) questões:

O Legado da Doutora Zilda Arns

Frei Betto

Se milhares de jovens e adultos brasileiros e estrangeiros sobrevivem, hoje, às condições de extrema pobreza em que nasceram, devem isso em especial à doutora Zilda Arns. Conheci-a através de seu irmão, o cardeal Dom Paulo Evaristo Arns, hoje arcebispo emérito de São Paulo. Trazia sempre nos lábios um sorriso tímido, a fala mansa, suave, e, apesar dos gestos contidos, manifestava profunda firmeza de caráter.

Na virada das décadas 1970-1980, o Brasil se redemocratizava e a sociedade civil se reorganizava. Fundada em 1983, hoje a Pastoral da Criança atua em 20 países, principalmente junto a famílias de baixa renda, onde acompanha as gestantes, os partos, o desenvolvimento das crianças de zero a 6 anos de idade.

Inspirada na metodologia de Paulo Freire – os pobres como sujeitos sociais e políticos de sua emancipação da pobreza – a Pastoral da Criança criou uma extensa rede de voluntários a partir da capacitação dos pais das crianças atendidas. O beneficiário de hoje é o agente multiplicador de amanhã, responsável por acompanhar de 10 a 15 famílias vizinhas prestes a ter bebê, orientando-as em ações básicas de saúde, vacinas, cuidados pré e pós-natais, nutrição, educação e cidadania.

Em 2004, Zilda Arns criou a Pastoral da Pessoa Idosa, hoje integrada por milhares de homens e mulheres com mais de 60 anos de idade, rejuvenescidos por descobrirem que velhice não é doença, nem ociosa espera da morte.

No Brasil, já foram atendidas pela Pastoral da Criança, em 27 anos de atuação, 1,6 milhão de crianças e 1,2 milhão de famílias pobres, em 4.063 municípios, graças à dedicação de 260 mil voluntários, dos quais 141 mil são líderes que vivem em comunidades pobres. Zilda Arns fez, sim, o milagre da multiplicação dos pães, ou seja, da vida. Aonde a Pastoral da Criança chega, no primeiro ano o índice de mortalidade infantil cai em torno de 20%.

Estima-se que, no exterior, a Pastoral da Criança já salvou a vida de ao menos 200 mil bebês. Na América Latina ela se faz presente no Paraguai, Argentina, Honduras, México, Venezuela, Bolívia, Uruguai, Peru, Panamá, República Dominicana, Colômbia, Guatemala e também no Haiti, onde sua fundadora encontrou a morte – em plena trincheira de trabalho para salvar vidas – a 12 de janeiro último, em decorrência do terremoto que arruinou aquele país do Caribe. Na África, a Pastoral atua na Guiné-Bissau, Moçambique e Guiné; e na Ásia, nas Filipinas e Timor Leste.

Trabalhei com Zilda Arns em 2003/2004, quando a Pastoral da Criança se fez parceira, de primeira hora, do Fome Zero. Ela tinha muito a nos ensinar. Crianças nascidas em situação de extrema pobreza são salvas da desnutrição e da diarreia graças a medidas simples, como a pesagem periódica de bebês, o soro caseiro e a farinha multimistura, preparada com sementes e “restos” de alimentos, como talos de verduras, cascas de frutas e ovos. O custo criança/mês é inferior a R\$ 1,7.

Graças à intensa mobilização suscitada pelo apelo de combate à desnutrição, o Fome Zero recebia inúmeras doações. Certo dia ligou um empresário de Birigui (SP), disposto a doar 100 mil pares de calçados para crianças. E, como tantos doadores, queria visibilizar o gesto em Brasília, em vez de destinar a doação diretamente aos municípios priorizados pelo programa. Logramos convencê-lo do contrário.

Roberto Guimarães, que trabalhava com Oded Grajew e comigo no gabinete de Mobilização Social da Presidência da República, ficou encarregado de monitorar a operação. Qualificado em consultoria de processos, contatou os Correios, que se prontificaram a despachar os sapatos. Mas... a que endereços? Sugeriu que recorresse à Pastoral da Criança. Duas semanas depois, ela nos enviou nome e sobrenome de 100 mil crianças, os respectivos endereços e – acreditem! – o número do pezinho de cada uma, especificando se era do sexo masculino ou feminino. Ficamos admirados frente à tamanha capilaridade e eficiência do movimento criado por Zilda Arns. Roberto Guimarães comentou que nem o acervo de presentes de Papai Noel era tão organizado...

No lançamento do Fome Zero, em 2003, Zilda Arns discordou de se exigir, dos beneficiários, comprovantes de gastos em alimentos, de modo a garantir que o dinheiro não se destinasse a outras compras. Oded Grajew e eu a apoiamos, concordamos que apresentar comprovantes não era relevante, valia apenas como forma de se verificar resultados. Haveria que confiar na palavra dos beneficiários.

Em março de 2004, o governo decidiu esvaziar o Fome Zero, que tinha caráter emancipatório, e introduzir o Bolsa Família, de caráter compensatório. Zilda Arns, preocupada, convocou-me a Curitiba, sede da Pastoral da Criança, para reunião com ela, José Tubino, da FAO, e dom Aloysio Penna, então arcebispo de Botucatu (SP), que representava a CNBB. Tratamos das mudanças na área social do governo, em especial da decisão de se acabar com os Comitês Gestores do Fome Zero, já implantados em cerca de 2 mil municípios, pelos quais a sociedade civil atuava junto à gestão pública.

Zilda Arns temia que o Bolsa Família priorizasse a mera transferência de renda, submetendo-se à orientação que propõe tratar a pobreza com políticas compensatórias, sem tocar nas estruturas que promovem e asseguram a desigualdade social. Acreditava que as políticas sociais do governo só teriam êxito consolidado ao combinarem políticas de transferência de renda e mudanças estruturantes, ações emergenciais e educativas, como qualificação profissional.

Em artigo que divulgou por ocasião da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em Olinda, a criadora da Pastoral da Criança alertou que a política social “não deve estar sujeita à

política econômica. É hora de mudar esse paradigma. É a política econômica que deve estar sujeita ao combate à fome e à miséria.” E manifestou claramente a sua opinião: “Erradicar os Comitês Gestores seria um grave erro, por destruir uma capilaridade popular que fortalece o empoderamento da sociedade civil; (...) por reforçar o poder de prefeitos e vereadores, que nem sempre primam pela ética e lisura no trato com os recursos públicos. O governo não deve temer a parceria da sociedade civil, representada pelos Comitês Gestores.”

Seu apelo não teve eco. Os Comitês Gestores foram erradicados e, assim, a participação da sociedade civil nas políticas sociais do governo federal. Apesar de tudo, o ministro Patrus Ananias logrou aprimorar o Bolsa Família e o índice de redução da miséria absoluta no país, conforme dados recentes do Ipea. Falta encontrar a porta de saída aos beneficiários, de modo a produzirem a própria renda.

Zilda Arns nos deixa, de herança, o exemplo de que é possível mudar o perfil de uma nação com ações comunitárias, voluntárias, enfim, através da mobilização da sociedade civil. Não a mobilização que isenta o poder público de suas responsabilidades ou procura substituí-lo em suas obrigações. As instituições governamentais mantêm parcerias com a Pastoral da Criança e, esta, exige-lhes recursos, participa de comissões e eventos convocados pelo governo, critica-o quando necessário, sem se deixar instrumentalizar por interesses partidários e eleitorais.

“Estou convencida” – disse ao público que a escutava numa igreja de Porto Príncipe, pouco antes de falecer, sob os escombros de uma igreja no Haiti, em decorrência do terremoto – “de que a solução da maioria dos problemas sociais está relacionada com a redução urgente das desigualdades sociais, a eliminação da corrupção, a promoção da justiça social, o acesso à saúde e à educação de qualidade, ajuda mútua financeira e técnica entre as nações, para a preservação e restauração do meio ambiente.” E acrescentou: “Devemos nos esforçar para que nossos legisladores elaborem leis e os governos executem políticas públicas que incentivem a qualidade da educação integral das crianças e saúde, como prioridade absoluta”.

O mesmo ocorre em relação à iniciativa privada. A Pastoral não compactua com simulacros de responsabilidade social, que mais visam ao marketing do que à promoção humana, porém aceita parcerias se resguardados os princípios éticos e metodológicos que lhe definem o caráter.

Zilda Arns ensinou que, em se tratando de reduzir as causas da pobreza, deve ser a mais curta possível a distância entre intenção e ação. “A fome é ontem”, dizia Betinho, o sociólogo Herbert de Souza. E, na contramão daqueles que, cheios de bons propósitos, quase nada fazem por se enredarem no cipal das fontes financiadoras, ela primeiro agia para, em seguida, buscar os recursos.

Fez da Pastoral da Criança uma extensa e intensa rede de solidariedade. Acreditou na generosidade e na capacidade das famílias beneficiárias, transformou os pobres, de objetos da ação social, em sujeitos multiplicadores de pequenas e capilares iniciativas que produzem grandes e eficientes resultados.

Ela não repassava dinheiro às famílias atendidas, não fazia promessas, não pedia atestado de pertença religiosa ou preferência política. Seu objetivo era salvar vidas precocemente ameaçadas pela injustiça da desigualdade social que marca a nossa sociedade. Soube confiar no saber popular, na eficácia de recursos domésticos e das práticas tradicionais que dispensam compras em farmácias e supermercados. Infundiu nos beneficiários e agentes multiplicadores da Pastoral a convicção de que a emancipação da pobreza não reside apenas no poder de consumo, mas sobretudo no dever de solidariedade.

“Como os pássaros, que cuidam de seus filhos ao fazer um ninho no alto das árvores e nas montanhas, longe dos predadores, das ameaças e dos perigos, e mais perto de Deus, devemos cuidar de nossas crianças como um bem sagrado, promover o respeito a seus direitos e protegê-las”, declarou Zilda Arns ao encerrar a última palestra que proferiu, junto ao povo sofrido do Haiti.

O Prêmio Nobel da Paz merecia esta mulher.

Fonte: *Sítio da Pastoral da Criança* – www.pastoraldacrianca.org.br
(Texto adaptado)

1. Com base na leitura do texto de Frei Betto, assinale a alternativa **CORRETA**:
 - A) Segundo o autor, Zilda Arns acreditava que os beneficiários do Fome Zero deveriam comprovar os gastos alimentares.
 - B) Segundo o autor, Zilda Arns acreditava que a política social não deveria se sujeitar à política econômica.**
 - C) De acordo com Frei Betto, Zilda Arns defendia que o Bolsa Família priorizasse a transferência de renda, ou seja, o assistencialismo.
 - D) De acordo com Frei Betto, Zilda Arns acreditava que entre a intenção e a ação de combater a pobreza deveria existir um grande espaço de reflexão teórica, a fim de primeiro buscar fontes de financiamento.
 - E) Para o autor, o trabalho de Zilda Arns tem como principal legado o repasse de dinheiro às famílias assistidas pelos programas sociais do governo.
2. A partir da leitura do texto de Frei Betto, assinale a alternativa **INCORRETA**:
 - A) O texto deixa claro que a doutora Zilda Arns transformou a Pastoral da Criança em uma rede de solidariedade.
 - B) Segundo o texto, Zilda Arns preferia agir antes de buscar recursos.
 - C) O texto deixa claro que a doutora Zilda Arns não acreditava em mudanças na estrutura social, mas em ações paliativas que, a longo prazo, surtem efeitos modificadores na realidade de pobreza existente no Brasil.**
 - D) Segundo o texto, Zilda Arns acreditava que o governo não deveria temer as parcerias formadas pela sociedade civil.
 - E) Segundo o texto, Zilda Arns acreditava que o Poder Legislativo também tem um importante

papel a cumprir no que tange às melhorias das condições sociais das crianças.

3. Sobre os dados presentes no texto de Frei Betto, assinale a alternativa **CORRETA**:

A) Mais da metade dos voluntários da Pastoral da Criança vivem em comunidades pobres.

- A) A ação da Pastoral da Criança, em uma dada localidade carente, faz com que os índices de mortalidade infantil caiam mais de 50%.
 B) A Pastoral da Criança, em seus anos de atuação, atendeu mais famílias pobres que crianças carentes.
 C) A Pastoral da Criança não atua fora dos territórios americano e africano.
 D) A Pastoral da Criança foi fundada por Paulo Freire.

4. Leia o seguinte trecho, destacado do texto de Frei Betto, e assinale a alternativa **CORRETA**:

Zilda Arns nos deixa, de herança, o exemplo de que é possível mudar o perfil de uma nação com ações comunitárias, voluntárias, enfim, através da mobilização da sociedade civil. Não a mobilização que isenta o poder público de suas responsabilidades ou procura substituí-lo em suas obrigações. As instituições governamentais mantêm parcerias com a Pastoral da Criança e, esta, exige-lhes recursos, participa de comissões e eventos convocados pelo governo, critica-o quando necessário, sem se deixar instrumentalizar por interesses partidários e eleitorais.

- A) O pronome “lhes”, utilizado em “exige-lhes”, faz referência à “Pastoral da Criança”.
 B) O pronome “o”, em “critica-o”, faz referência a “recursos”.
 C) A palavra “nos”, em “Zilda Arns nos deixa”, é uma preposição.
 D) A palavra “pelo”, em “eventos convocados pelo governo”, é um pronome demonstrativo.
 E) A palavra “esta” faz referência à “Pastoral da Criança” e é um pronome demonstrativo.

5. Leia o seguinte trecho, destacado do texto de Frei Betto, e assinale a alternativa **CORRETA**:

Roberto Guimarães, que trabalhava com Oded Grajew e comigo no gabinete de Mobilização Social da Presidência da República, ficou encarregado de monitorar a operação. Qualificado em consultoria de processos, contactou os Correios, que se prontificaram a despachar os sapatos. Mas... a que endereços? Sugerí que recorresse à Pastoral da Criança. Duas semanas depois, ela nos enviou nome e sobrenome de 100 mil crianças, os respectivos endereços e – acreditem! – o número do pezinho de cada uma, especificando se era do sexo masculino ou feminino. Ficamos admirados frente à tamanha capilaridade e eficiência do movimento criado por Zilda Arns.

Roberto Guimarães comentou que nem o acervo de presentes de Papai Noel era tão organizado...

- A) A palavra “se”, em “contactou os Correios, que se prontificaram a despachar os sapatos”, tem efeito aditivo.
 B) Em “Guimarães comentou que nem o acervo de presentes de Papai Noel era tão organizado...”, a palavra “nem” foi utilizada com efeito condicional.
 C) A palavra “sugerí”, em “sugerí que recorresse à Pastoral da Criança”, faz referência a Roberto Guimarães.
 D) Em “Mas... a que endereços?”, a palavra “mas” tem efeito explicativo.
 E) Em “Ficamos admirados frente à tamanha capilaridade e eficiência do movimento criado por Zilda Arns”, a palavra “ficamos” se refere a Roberto Guimarães e ao próprio autor, Frei Betto.

POLÍTICA DE SAÚDE

6. A Constituição Federal assinala, no Capítulo 2, dos Direitos Sociais, artigo 6, que a saúde é um direito. O conceito de saúde, de acordo com a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, é:

- A) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo exclusivamente ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
 B) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições mínimas ao seu pleno exercício.
 C) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
 D) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o município prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado não exclui o dever das pessoas, famílias, empresas e da própria comunidade na busca de bem estar físico, mental, espiritual e sanitário.
 E) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo exclusivamente ao município prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de ações intersetoriais e interdepartamentais que garantam as pessoas o acesso a bens e serviços.

7. A Política Nacional do Idoso, a fim de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, deve:

- I. Estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casais, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros.

- II. Desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes multiprofissionais.
- III. Prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as afirmações I e III.
B) Apenas a afirmação I.
C) Apenas a afirmação II.
D) Todas as afirmações.
E) Apenas as afirmações II e III.

8. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde, que atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Sobre a criação e a organização dos Conselhos de Saúde, considere as afirmações a seguir:

- I. A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei n. 8.142/90.
- II. O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.
- III. As vagas do Conselho de Saúde deverão ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Todas as afirmações.**
B) Somente as afirmações I e II.
C) Somente a afirmação I.
D) Somente as afirmações II e III.
E) Somente as afirmações I e III.

9. Em relação à Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria n. 648/GM/2006, afirma-se:

- I. A Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.
- II. O Ministério da Saúde, em setembro de 2006, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: (i) o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), (ii) o Pacto em Defesa da Vida e (iii) o Pacto de Gestão.

- III. Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, bem como a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Todas as assertivas.**
B) Apenas as assertivas I e III.
C) Apenas a assertiva III.
D) Apenas as assertivas I e II.
E) Apenas a assertiva I.

10. As ações e serviços de saúde, implementadas pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da Seguridade Social. Os recursos são repassados por alguns mecanismos entre os quais:

- I. Transferências regulares e automáticas.
II. Remuneração por serviços produzidos.
III. Convênios.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as opções I e III.
B) Todas as opções.
C) Apenas as opções II e III.
D) Apenas as opções I e II.
E) Apenas a opção II.

ÉTICA E BIOÉTICA

11. Em relação aos princípios fundamentais do Código de Ética Médica, é **CORRETO** afirmar:

- A) A medicina pode, uma vez devidamente cadastrada na junta comercial e órgãos competentes, ser exercida como comércio.
- B) O médico não necessita denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida, pois essa não é sua função.
- C) O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizar conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra a dignidade e integridade deste.**
- D) O médico está impedido, por lei, de ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético e profissional da medicina e seu aprimoramento técnico.

- E) O trabalho do médico pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, mas somente se a finalidade for política ou religiosa.
12. Conforme o Código de Ética Médica, especificamente sobre os direitos do médico, é **CORRETO** afirmar:
- A) Cabe ao médico apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalha quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.
- B) Mesmo quando as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente, o profissional médico não pode se recusar a exercer sua profissão em instituição pública.
- C) O profissional médico não pode se recusar a realizar atos médicos em hospital público, os quais, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.
- D) Em sua relação de trabalho, o médico deve dedicar ao paciente o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua função, evitando, dessa maneira, que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente – salvo quando esta sobrecarga tenha sido a agendada e determinada por superior.
- E) O médico deve requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão, exceto quando isso ocorrer em instituições públicas.
13. Com relação ao Código de Ética Médica, especificamente sobre a relação com pacientes e familiares, é **CORRETO** afirmar:
- A) O médico assistente não pode deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, mesmo quando a comunicação direta possa provocar nesse paciente algum dano; em todos os casos, a comunicação deve ser feita ao seu responsável legal e, se for empregado, ao seu empregador.
- B) O profissional médico está impedido de desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.
- C) O médico não tem o direito de renunciar ao atendimento, apesar da ocorrência de fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional; antes, deve comunicar previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo-lhe todas as informações necessárias.
- D) O médico não pode abandonar o paciente, ainda que por justa causa comunicada ao paciente ou a seus familiares. No entanto, há exceção: o médico pode abandonar o paciente caso este seja portador de moléstia crônica ou incurável.
- E) Desde que seja para sua ascensão profissional, o médico pode se favorecer de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira, ou política.
14. “A palavra bioética designa um conjunto de pesquisas, de discursos e práticas, via de regra pluridisciplinares, que têm por objeto esclarecer e resolver questões éticas suscitadas pelos avanços e a aplicação das tecnociências biomédicas. (...) A rigor, a bioética não é nem uma disciplina, nem uma ciência, nem uma nova ética, pois sua prática e seu discurso se situam na interseção entre várias tecnociências (em particular, a medicina e a biologia, com suas múltiplas especializações); ciências humanas (sociologia, psicologia, politologia, psicanálise (...)) e disciplinas que não são propriamente ciências: a ética, para começar; o direito e, de maneira geral, a filosofia e a teologia. (...) A complexidade da bioética é, de fato, tríplice. Em primeiro lugar, está na encruzilhada entre um grande número de disciplinas. Em segundo lugar, o espaço de encontro, mais ou menos conflitivo, de ideologias, morais, religiões, filosofias. Por fim, ela é um lugar de importantes embates (*enjeux*) para uma multidão de grupos de interesses e de poderes constitutivos da sociedade civil: associação de pacientes; corpo médico; defensores dos animais; associações paramédicas; grupos ecologistas; agrobusiness; indústrias farmacêuticas e de tecnologias médicas; bioindústria em geral.” Fonte: HOTTOIS, G. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : De Boeck, 2001, pp. 124-126.
- Desse modo, entende-se que:
- A) A bioética restringe-se às pesquisas científicas.
- B) A bioética é de atenção exclusiva de outros profissionais da saúde, com exceção do médico.
- C) A bioética é uma linha de pensamento que surge para justificar os deslizes éticos do profissional médico.
- D) A bioética é parte obrigatória do pensamento reflexivo do profissional médico em suas atividades diárias.
- E) A bioética nada tem a ver com o exercício da profissão do médico no seu dia a dia.
15. É certo que existe hoje a necessidade da hierarquização dos problemas e das soluções que se apresentam para que não se perca a coerência na assistência ao idoso: deve ser sempre lembrado que, à medida que o envelhecimento progride, o prognóstico passa a ocupar lugar de destaque em relação ao diagnóstico e a algumas terapêuticas indicadas. Isso torna imperativo o conhecimento do idoso e do processo que o envolve para que se possa avaliar a relação entre o risco e o benefício de certas condutas, por vezes tão agressivas a ponto de não se justificarem ao contexto em que se apresentam. Nesse sentido, pode-se afirmar:

- A) Deve-se lançar mão de todos os meios diagnósticos e terapêuticos nas mais diversas ocorrências, mesmo em se tratando de pacientes idosos e terminais, independente da vontade destes – ainda que tais medidas não contribuam para a cura ou alívio do seu sofrimento.
- B) A medicina baseada em evidências não se aplica a pacientes idosos ou terminais, tanto que medidas extremas são aceitas, mesmo sem comprovação científica de sua efetividade.
- C) É desnecessária na medicina a discussão pautada na equalização dos custos com a assistência sem desvios dos preceitos éticos e morais, de modo a promover um maior controle de custos que não prive o idoso de suas necessidades.
- D) As diversas situações clínicas, que se apresentem ao paciente idoso devem ser avaliadas de maneira particular em cada caso; e, a partir dessa avaliação, realizar uma abordagem diagnóstica e terapêutica específica à situação de cada paciente. A decisão quanto ao procedimento terapêutico a ser adotado deve tomar por base também a relação custo/benefício de responsabilidade entre o médico e seu paciente ou o responsável legal deste.
- E) A vida, mesmo sem doenças, não carece de atenção, tornando pouco importante, no contexto atual, o envolvimento de indivíduos no cuidado do idoso, a partir de uma abordagem paliativa que vá proporcionar dignidade e garantir a manutenção da autoestima.

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

16. Considerando a relação médico-paciente, é **CORRETO** afirmar:
- A) O exame clínico, especialmente a anamnese, continua sendo o elemento principal do tripé em que se apoia a medicina. Os outros dois componentes são os exames de laboratório e os equipamentos que produzem traçados e imagens.
- B) O paciente deve submeter-se a todas as decisões médicas sem questionamento, pois essa é a base da boa relação médico-paciente.
- C) A participação ativa do paciente e de seus familiares nas decisões constitui um grande entrave na relação médico-paciente.
- D) Os fenômenos psicodinâmicos de transferência e contratransferência ocorrem somente na relação médico-paciente em psiquiatria.
- E) O médico ideal é considerado aquele especialista sem a visão de integralidade no atendimento do paciente, mas profundo conhecedor de sua especialidade.
17. Em relação aos métodos clínicos de avaliação de um paciente, é **CORRETO** afirmar:
- A) A posição em decúbito ventral nunca é utilizada nas manobras do exame físico.

- B) Na avaliação do paciente, conhecer as condições sanitárias da comunidade é desnecessário.
- C) São componentes de uma anamnese de um paciente: identificação, queixa principal, histórico da doença atual, interrogatório sintomático, antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida, condições socioeconômicas e culturais bem como as condições ambientais.
- D) A anamnese deve sempre ser dirigida e objetiva. Nesse sentido, o relato livre do paciente está desaconselhado.
- E) A anamnese tem sempre a mesma estrutura em qualquer especialidade, mesmo em psiquiatria.

18. Como sintomas gerais, é **CORRETO** afirmar:

- A) Taquicardia não está relacionada a manifestações do sistema endócrino.
- B) No aparelho digestório a dor pode ser uma manifestação de problemas no estômago, intestino delgado, cólon, reto, ânus, fígado e vias biliares e pâncreas.
- C) As doenças do coração e grandes vasos não têm relação com as queixas de insônia ou sono inquieto.
- D) Incontinência fecal não se relaciona com patologias neurológicas
- E) Disfagia não está relacionada a nenhuma doença de paratireóides.

19. Assinale a alternativa que apresenta **CORRETA** relação entre a radiculopatia e a dor irradiada:

- A) Radiculopatia de L5 – dor lombar com irradiação para a nádega e face posteriolateral da coxa e perna, até a região do maléolo lateral.
- B) Radiculopatia de S1 – dor dorsal com irradiação anterior, passando pela escápula e para a área mamilar.
- C) Radiculopatia de T4 – dor lombar com irradiação para nádega e face posterior da coxa e perna até a região do calcanhar.
- D) Radiculopatia de C6 – dor dorsal na transição toracolombar, com irradiação anterior e inferior para a virilha.
- E) Radiculopatia de L1 – dor cervical com irradiação para a face lateral do braço e antebraço.

20. Considerando a possibilidade de dor irradiada e sua relação com os diagnósticos mais prováveis, é **CORRETO** afirmar que:

- A) Dor epigástrica relaciona-se com apendicite.
- B) Face medial do braço relaciona-se com cálculo renal.
- C) Dor na genitália externa relaciona-se com pericardite.
- D) Dor na escápula e no ombro relaciona-se com cálculo renal.

E) Dor em flanco irradiada para a virilha relaciona-se com infarto do miocárdio.

21. Com relação à classificação dos tipos de dor, relacione a 1ª coluna com a 2ª.

- I. Alodínia () Sensibilidade aumentada à estimulação nociva, resultante da diminuição do limiar de sensibilidade.
- II. Causalgia () Sensação anormal desagradável, seja espontânea ou não.
- III. Disestesia () Dor que surge como resultado de estimulação não nociva da pele, mas que pode provocar dor nos locais de dor referida.
- IV. Hiperalgisia () Síndrome dolorosa queimante, que persiste após lesão nervosa traumática, associada à disfunção vasomotora, sudomotora e alterações tróficas tardias.

Marque a alternativa com a sequência **CORRETA**:

- A) IV, I, III, II
- B) II, I, III, IV
- C) III, IV, II, I
- D) I, II, III, IV
- E) IV, III, I, II

22. Assinale a alternativa que indica **CORRETAMENTE** um dos mecanismos que contribuem para a redução do débito cardíaco no paciente idoso:

- A) Aumento da resposta de elevação da frequência cardíaca ao esforço ou qualquer outro estímulo.
- B) Redução da resistência periférica com redução da pós-carga, facilitando a ejeção ventricular.
- C) Aumento da resposta inotrópica e cronotrópica de coração às catecolaminas.
- D) Redução da complacência do ventrículo esquerdo com retardo do enchimento ventricular.
- E) Aumento da complacência do ventrículo esquerdo com retardo do enchimento ventricular.

23. Assinale a alternativa que indica **CORRETAMENTE** a fisiopatologia do descontrole da temperatura (hipertermia) no idoso:

- A) Elevação do limiar central de temperatura.
- B) Elevação da capacidade de percepção do calor.
- C) Elevação da resposta vasodilatadora ao calor.
- D) Elevação da sudorese.
- E) Elevação da reserva cardiovascular.

24. Marque a alternativa que indica **CORRETAMENTE** um dos mecanismos que predispõem pacientes idosos à hipotensão ortostática:

- A) Existe um aumento na capacidade de reter sal.
- B) Existe uma diminuição da sensibilidade dos barorreceptores.
- C) Existe um aumento do enchimento ventricular.
- D) Existem altos níveis de renina, aldosterona, principalmente ao assumir a posição supina.
- E) Existe um aumento da resposta de elevação da frequência cardíaca com a queda da pressão arterial.

25. Quanto aos achados laboratoriais no paciente idoso, é **CORRETO** afirmar:

- A) Os níveis séricos do ferro aumentam com a idade, porém os depósitos de ferro diminuem progressivamente, principalmente no sexo feminino.
- B) O envelhecimento se caracteriza por perda da reserva funcional renal com queda da filtração glomerular.
- C) O envelhecimento, por si só, altera profundamente os testes que avaliam a coagulação sanguínea, quando se considera principalmente o tempo de coagulação.
- D) A albumina plasmática aumenta com o envelhecimento, de modo que os pacientes idosos apresentam níveis de albumina de até 19 g/dL.
- E) Os níveis de ácido úrico reduzem linearmente com a idade. No homem idoso, eles se equiparam aos níveis mais inferiores das mulheres não idosas.

26. De acordo com a Diretriz Brasileira de Valvopatias de 2011, é **CORRETO** afirmar a respeito dos sopros cardíacos encontrados nessa patologia:

- A) Sopro diastólico em focos da base, de alta frequência, com configuração em decrescendo, aspirativo. Esse tipo de sopro é resultado de regurgitação pelas valvas semilunares incompetentes, isto é, deve-se considerar a presença de estenose aórtica e/ou de estenose pulmonar.
- B) Em casos de infarto aórtico (IAo) importante podem ocorrer sopro mesodiastólico aórtico por hiperfluxo e sopro mesossistólico mitral por fluxo direcionado para valva mitral deixando-a semifechada durante a diástole ventricular (sopro de Austin-Flint).
- C) Sopro sistólico em focos da base, de alta frequência, com configuração em diamante e rude. Esse tipo de sopro caracteriza ejeção pelas valvas semilunares com obstrução; portanto, deve-se considerar a presença de estenose aórtica e/ou de estenose pulmonar.
- D) A primeira bulha é hipofonética na estenose mitral e habitualmente hiperfonética nas outras valvopatias, quando existe calcificação ou disfunção ventricular grave.
- E) O sopro da estenose mitral frequentemente tem grande intensidade e é precedido de estalido de abertura da valva (sinal patognomônico de seqüela reumatisal). Quanto mais tardio o

estabilido e o início do sopro, mais importante a estenose.

27. Conforme a I Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia da SBC, é **CORRETO** afirmar que:

- A) Uma definição padronizada de cardiotoxicidade é essencial para fins assistenciais e de pesquisa na população portadora de neoplasia em tratamento quimioterápico. Nas últimas duas décadas, as definições de cardiotoxicidade dos ensaios clínicos de oncologia são baseadas nas medidas do índice cardiotorácico (ICT) no raio x de tórax PA.
- B) Doenças cardiovasculares prévias como hipertensão arterial, doença coronária não são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de cardiotoxicidade em pacientes com uso de antraciclina (quimioterápico).
- C) São manifestações de cardiotoxicidade que podem ser desencadeadas com a utilização de alguns quimioterápicos em oncologia: insuficiência cardíaca, arritmias ventriculares e supraventriculares, isquemia miocárdica aguda com ou sem supra de seguimento ST, disfunção ventricular esquerda assintomática, hipertensão arterial sistêmica e doença pericárdica.
- D) A utilização de biomarcadores cardioespecíficos vem sendo apontada como ferramenta útil na identificação precoce de lesão cardíaca por quimioterápicos e seguimento dos pacientes oncológicos. Estudos demonstram que a troponina não representa um marcador sensível e específico de injúria miocárdica nos pacientes sob doses elevadas de quimioterápicos cardiotoxícos.
- E) Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) são ineficazes no contexto de cardiotoxicidade por atuarem somente no remodelamento ventricular e no antagonismo neuro-humoral da insuficiência cardíaca não cardiotoxica e está formalmente contraindicado em pacientes com câncer de pulmão pelo risco de tosse.

28. Conforme a II Diretriz em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia, é **CORRETO** afirmar que:

- A) Em pacientes geriátricos, as mudanças de estilo de vida e controle de fatores de risco, tais como: aconselhamento nutricional, controle de peso, prática de exercício físico e controle rigoroso de outros fatores de risco, como hipertensão arterial e dislipidemia, não apresentam vantagens na prevenção primária ou secundária das doenças cardiovasculares.
- B) A influência do tabagismo no idoso ocorre pelas alterações anatômicas e fisiológicas de um processo acumulativo que, no entanto, não leva à disfunção endotelial, aumento da adesividade plaquetária, diminuição do HDL- colesterol e

aumento do LDL- colesterol, entre outras alterações.

- C) Evidências mostram a ineficácia em idosos na utilização do método dos 4 “a”: averiguar (*ask*); aconselhar (*advise*); ajudar (*assist*); e acompanhar (*arrange follow up*).
- D) O teste de tolerância oral à glicose é considerado normal quando abaixo de 140 mg/dL e como tolerância à glicose diminuída entre 140 mg/dL e abaixo de 200 mg/dL.
- E) A obesidade vem diminuindo entre os idosos nas últimas décadas, tendo sido detectada prevalência de redução de 30% entre idosos brasileiros em tratamento ambulatorio.

29. Segundo a II Diretriz de Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia, é **CORRETO** afirmar que:

- A) Em idosos as estatinas não são eficazes na redução LDL-c, apesar do maior efeito sobre triglicerídeos e HDL-c. Doses menores de estatina parecem aumentar os triglicerídeos significativamente e, nos pacientes em que os níveis de LDL-c encontram-se muito elevados, os fibratos podem ser a primeira escolha.
- B) As mulheres apresentam manifestações clínicas (angina, infarto do miocárdio) em média 10 - 15 anos mais precocemente que os homens.
- C) O risco de AVC ipsilateral (do mesmo lado) tem uma relação de risco inversa com o grau de estenose carotídea, isto é, quanto maior a lesão menor é o risco de AVC.
- D) Os aneurismas da aorta torácica (AAT) predominam em homens acima dos 60 anos e podem afetar um ou mais segmentos da aorta. Em geral, 10% se localizam na raiz e/ou aorta ascendente, 20% no arco aórtico e 40% na aorta descendente. Podem coexistir, em 60% dos casos, com aneurisma aorta abdominal (AAA).
- E) Recomenda-se adotar como critérios diagnósticos em idosos: IMC: peso normal IMC 18,5-27 kg/m², sobrepeso IMC > 27-29,9 kg/m², obesidade IMC ≥ 30 kg/m²; Circunferência abdominal: 102 cm em homens e 88 cm em mulheres e relação cintura-quadril: em homens > 0,99 cm; mulheres ≥ 0,97 cm.

30. Com base nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre análise e emissão de laudos eletrocardiográficos (2009), é **CORRETO** afirmar que:

- A) Onda T é normalmente simétrica de início mais lento e final mais rápido, negativa em quase todas as derivações, habitualmente com polaridade semelhante à do QRS e de amplitude equivalente a cerca de 10% a 30% do QRS.
- B) A onda U, quando presente, é a menor deflexão do ECG que inscreve logo após a onda P e antes da T do ciclo seguinte, de igual polaridade à T precedente e de amplitude entre 5% e 25% essa onde T, na maioria das vezes. É geralmente visível apenas em frequências cardíacas altas.

- C) O bloqueio sinoatrial do Segundo Grau do tipo I (BSAI) não apresenta diferença entre os ciclos PP, e a pausa corresponde a 2 ciclos PP prévios. O bloqueio sinoatrial do Segundo Grau tipo II (BSA II) se caracteriza por ciclos PP progressivamente mais curtos até que ocorra o bloqueio.
- D) O Flutter Atrial pode ser definido como sendo uma atividade elétrica atrial desorganizada, com frequência atrial entre 450 e 700 ciclos por minuto e resposta ventricular variável. A linha de base pode se apresentar isoeétrica, com irregularidades finas, grosseiras ou por um misto dessas alterações (ondas f).
- E) Ritmo fisiológico do coração, que se origina no átrio direito alto, observado no ECG de superfície pela presença de ondas P positivas nas derivações D1, D2 e aVF. O eixo de P pode variar entre -30° e $+90^\circ$. A onda P normal possui amplitude máxima de 2,5 mm e duração inferior a 110 ms, podendo ocorrer modificações de sua morfologia a depender da frequência cardíaca.
- 31.** Levando em conta as Diretrizes das Indicações da Ecocardiografia da Sociedade Brasileira de Cardiologia, é **CORRETO** afirmar:
- A) A indicação do estudo ecocardiográfico com o objetivo de avaliar a função sistólica do ventrículo esquerdo (VE) corresponde a uma das principais aplicações clínicas desse método diagnóstico.
- B) Algumas variáveis de função diastólica, como o tempo de desaceleração da onda E e a relação E/e', não apresentam boa correlação com a pressão capilar pulmonar e não têm valor prognóstico adicional à FE do VE.
- C) O treinamento físico prolongado e intenso não está associado a alterações morfológicas do coração, como os aumentos da cavidade do VE, da espessura de suas paredes e de sua massa miocárdica.
- D) Não é considerada uma das recomendações do ecocardiograma em pacientes com sopro: realizar em pacientes assintomáticos com sopros mesmo se indicativos de alta probabilidade de doença cardíaca.
- E) Não está recomendada ecocardiografia na estenose mitral com objetivo do diagnóstico e avaliação de lesão valvar associada.
- 32.** Considerando as Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial (2009), é **CORRETO** afirmar que:
- A) A atual classificação proposta para a FA é inicial, paroxística, persistente e permanente. A do tipo permanente é aquela que se instala e não se interrompe, a menos que seja realizada cardioversão elétrica ou com fármacos.
- B) Na presença de fibrilação atrial no eletrocardiograma, a ausência de despolarização atrial organizada se manifesta com a substituição das ondas P (características do ritmo sinusal) por um tremor de alta frequência da linha de base do eletrocardiograma que varia em sua forma e amplitude.
- C) A fibrilação atrial é a arritmia cardíaca sustentada menos frequente. Sua prevalência reduz com a idade e raramente está associada a doenças estruturais cardíacas.
- D) Um dos melhores preditores para o desenvolvimento da fibrilação atrial é o tamanho dos átrios, isto é, quanto menor o tamanho dos átrios maior o risco de fibrilação atrial.
- E) Os dados disponíveis sugerem que a qualidade de vida (QV) não está comprometida em pacientes com fibrilação atrial, quando comparados com indivíduos de mesma faixa etária sem fibrilação atrial.
- 33.** Segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, é **CORRETO** afirmar que:
- A) Existe relação direta e linear inversa da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS inferior a 6% na faixa etária acima de 65 anos, isto é, quanto mais jovem a faixa etária maior a prevalência de HAS.
- B) Em pacientes idosos há menor ocorrência de efeito do avental branco, hipotensão ortostática e pós-prandial.
- C) A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.
- D) O valor normal da pressão arterial sistólica em pacientes idosos segue a seguinte regra: PA normal é igual a valores inferiores da adição de 100 à idade do paciente, isto é, em um paciente de 75 anos o valor normal da PA sistólica seria de até 175 mmHg.
- E) Define-se hipertensão mascarada quando o paciente apresenta medidas de PA persistentemente elevadas ($\geq 140/90$ mmHg) no consultório e médias de PA consideradas normais seja na residência, pela automedida da PA ou medida residencial PA, ou pela monitorização ambulatorial da PA.
- 34.** A respeito da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, é **CORRETO** afirmar que:
- A) O período de tempo recomendado para as medidas de modificação de estilo de vida isoladamente naqueles pacientes com comportamento limítrofe da pressão arterial, com baixo risco cardiovascular, é de no máximo duas semanas.
- B) Em pacientes diabéticos sugere-se que a meta de PA seja 140/90 mmHg, pois o estudo recentemente publicado não mostrou benefícios com reduções muito rigorosas da PA.
- C) Dietas vegetarianas são diretamente associadas à incidência de doenças cardiovasculares. Isso se explica em razão de fornecerem maior quantidade de nutrientes, como gordura saturada e colesterol.

- D) O tratamento adequado da hipertensão no idoso não só não reduz como pode aumentar a incidência de déficit cognitivo e demência.
- E) Para a avaliação inicial de rotina para o paciente hipertenso são recomendados os seguintes exames: análise de urina, potássio plasmático, creatinina plasmática e estimativa do ritmo de filtração glomerular, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticos, ácido úrico plasmático e eletrocardiograma convencional.
35. De acordo com a IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnível do segmento ST (2009), é **CORRETO** afirmar que:
- A) A maior parte das mortes por IAM acontece fora do ambiente hospitalar, geralmente desassistidas pelos médicos. A modalidade mais frequente de parada cardiorrespiratória nas primeiras horas do IAM é a fibrilação atrial.
- B) Está contraindicado o uso de terapia fibrinolítica em casos de IAM em ambiente pré-hospitalar, pois aumenta a mortalidade dos pacientes.
- C) A analgesia no IAM quando feita com morfina aumenta a atividade simpática e conseqüentemente o risco de arritmias graves como a fibrilação atrial direita.
- D) São características de risco para manifestação atípica de IAM: idosos, sexo feminino, diabetes melito, insuficiência cardíaca e marca-passo.
- E) O uso de lidocaína (1,5 g em *bolus* IM) reduz, de maneira importante, o risco de morte súbita provocado por arritmias quando elas se apresentam potencialmente letais.
36. De acordo com a IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009) sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnível do segmento ST, é **CORRETO** afirmar que:
- A) Em pacientes acima de 65 anos a cinecoronariografia está contraindicada na fase aguda do infarto do miocárdio, mesmo diante de um quadro de estabilidade hemodinâmica.
- B) O teste ergométrico realizado após o IAM em uma população selecionada é útil para determinar a estratificação de risco, a capacidade funcional, o prognóstico, selecionar adequadamente a terapêutica médica e a necessidade de opções suplementares para o tratamento, bem como para orientar a prescrição para atividade física visando à reabilitação cardiovascular.
- C) A analgesia não deve ser utilizada na fase aguda do IAM, pois podemos perder os parâmetros de agravamento do quadro clínico.
- D) Em pacientes hipertensos o uso de betabloqueadores está contraindicado pelo risco de efeito rebote na retirada.
- E) No tratamento do IAM, as situações com indicação de revascularização cirúrgica do miocárdio têm sido cada vez mais frequentes.
37. Conforme a III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2009), é **CORRETO** afirmar que:
- A) As alterações hemodinâmicas comumente encontradas na IC envolvem resposta inadequada do débito cardíaco e queda das pressões pulmonar e venosa sistêmica.
- B) O bloqueio de ramo direito, isolado ou associado a bloqueio divisional anterossuperior esquerdo, afasta completamente a possibilidade do diagnóstico de cardiopatia chagásica mesmo em pacientes com epidemiologia positiva.
- C) A sobrecarga hidrossalina é raramente referida como causa comum de descompensação da IC.
- D) Piora de função renal pode indicar necessidade de aumento da intensidade de uso de diuréticos e readequação de fármacos que inibem o sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- E) A IC crônica tem sido classicamente categorizada com base na intensidade de sintomas em 4 classes propostas pela New York Heart Association: Classe I - ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais; Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas; Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços; e Classe IV - sintomas em repouso.
38. Segundo a II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda (2009), é **CORRETO** afirmar que:
- A) A hipertensão arterial nunca está associada à insuficiência cardíaca aguda.
- B) Cerca de somente 3% dos episódios de IC aguda de início recente são associados a eventos de insuficiência coronária aguda.
- C) Na insuficiência cardíaca aguda o principal sintoma que leva o paciente a procurar atendimento hospitalar é o edema palpebral e palpitação.
- D) Considerando os critérios de Framingham para o diagnóstico de insuficiência cardíaca, são considerados critérios maiores: edema de tornozelos bilateral; tosse noturna; dispneia a esforços ordinários; hepatomegalia; derrame pleural; diminuição da capacidade funcional em um terço da máxima registrada previamente e taquicardia (FC > 120 bpm).
- E) A insuficiência cardíaca aguda é usualmente caracterizada por congestão pulmonar. Em alguns pacientes, no entanto, a apresentação clínica dominante pode ser de baixo débito com hipoperfusão tecidual.
39. Conforme a III Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Teste Ergométrico (2010), é **CORRETO** afirmar que:
- A) O teste de esforço não exerce papel algum na avaliação prognóstica para o desenvolvimento de hipertensão arterial.

- B) O teste de esforço está contraindicado em pacientes portadores de estenose mitral.
- C) É tecnicamente impossível a realização de teste de esforço em pacientes com fibrilação atrial.
- D) O valor preditivo do teste de esforço está diretamente relacionado à prevalência da doença na população estudada.
- E) O teste de esforço é um exame eletivo e não há protocolo para realização desse exame na sala de emergência (Unidade de Dor Torácica).

40. De acordo com a II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2011), é **CORRETO** afirmar que:

- A) Pacientes com doença vascular periférica têm baixa incidência de doença isquêmica do coração, o que representa um fator preditivo de complicação no perioperatório.
- B) Na avaliação pré-operatória de pacientes em programação de procedimentos cirúrgicos, a solicitação de exames laboratoriais, eletrocardiograma (ECG) e radiografia (Rx) de tórax é desnecessária; uma boa história clínica e exame físico minucioso é suficiente.
- C) Pacientes com doença cardíaca cujo estado geral está comprometido por outras afecções, tais como doenças neurológicas, insuficiência renal, infecções, anormalidades hepáticas, desnutrição ou disfunção pulmonar, apresentam risco mais elevado de complicações cardíacas porque tais condições exacerbam o estresse cirúrgico.
- D) São considerados procedimentos de alto risco (>5%): procedimentos endoscópicos, procedimentos superficiais, cirurgia de catarata, cirurgia de mama e cirurgia ambulatorial.
- E) A avaliação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo não é necessária, uma vez que ela não apresenta qualquer impacto no risco cirúrgico em cirurgias vasculares.

EMBRANCO

EMBRANCO

EMBRANCO