



PREFEITURA MUNICIPAL DE JARDINÓPOLIS

ESTADO DE SÃO PAULO

CONCURSO PÚBLICO

037. PROVA OBJETIVA

MÉDICO I – CARDIOLOGISTA

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 40 questões objetivas.
- ◆ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição deste caderno.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- ◆ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

CONHECIMENTOS GERAIS

LÍNGUA PORTUGUESA

Leia o texto a seguir para responder às questões de **01** a **02**:

Mundo pouco

O amo de Fabiana Crioula morreu em 1618, em Lima. Em seu testamento, rebaixou-lhe o preço da liberdade, de duzentos a cento e cinquenta pesos.

Fabiana passou toda a noite sem dormir, perguntando-se quanto valeria a sua caixa de madeira cheia de canela em pó. Ela não sabe somar, de modo que não pode calcular as liberdades que comprou, com seu trabalho, ao longo do meio século que leva no mundo, nem o preço dos filhos que fizeram nela e depois arrancaram dela.

Nem bem desponta a alvorada, acode o pássaro a bater na janela com o bico. Cada dia, o mesmo pássaro avisa que é hora de despertar e andar.

Fabiana boceja, senta na esteira e olha os pés gastos.

(Eduardo Galeano, *Mulheres*)

01. Os elementos textuais levam a inferir que o narrador

- (A) afirma que Fabiana, vendendo a canela em pó, amealhou os recursos financeiros de que precisava para comprar sua liberdade.
- (B) sugere que as circunstâncias impostas à vida da escrava não seriam levadas em conta no cômputo das liberdades compradas.
- (C) acredita que o rebaixamento do preço da liberdade de Fabiana foi uma medida de justiça praticada por seu amo.
- (D) relata uma rotina nova para Fabiana, que pode, finalmente, desfrutar de sua liberdade em contato com a natureza.
- (E) expõe as limitações intelectuais da escrava, que é incapaz de verificar se as contas feitas por seu amo estão corretas.

02. Na passagem “Ela não sabe somar, **de modo que** não pode calcular as liberdades que comprou...”, a expressão destacada estabelece relação de sentido de

- (A) consequência e pode ser substituída por “de sorte que”.
- (B) modo e pode ser substituída por de “assim que”.
- (C) explicação e pode ser substituída por “pois”.
- (D) causa e pode ser substituída por “porque”.
- (E) condição e pode ser substituída por “desde que”.

Leia a tira de Dik Browne a seguir para responder às questões **03** e **04**:



(Disponível em: https://www.instagram.com/hagar_ohorrivel/)

03. Considerando o recurso visual e o diálogo de Hagar com o sábio, é correto afirmar que o efeito de sentido de humor decorre

- (A) da explicação do sábio para convencer Hagar de que vale a pena pagar pela revelação do segredo.
- (B) da manifestação de interesse de Hagar em ter sucesso financeiro com o conselho que o sábio lhe der.
- (C) da informação implícita de que Hagar é um dos tipos crédulos que garantem o sucesso do sábio.
- (D) do efeito, em Hagar, da atitude do sábio, que lhe apresenta um preço considerado exorbitante.
- (E) do sentido equivocado que o sábio atribui à pergunta de Hagar, à qual responde sucintamente.

04. Assinale alternativa em que o enunciado do texto está reescrito de acordo com a norma-padrão de regência e de crase.

- (A) Apresente à pessoas muito crédulas um serviço que elas possam pagar.
- (B) Ofereça à certas pessoas crédulas um serviço do qual não consigam recusar.
- (C) Faça à quem o consultar uma oferta de serviço de que ninguém se escuse.
- (D) Pessoas crédulas não têm força de resistir àquela boa proposta que oferecer.
- (E) À princípio, você deve convencer aos crédulos de que podem ter sucesso.

05. Assinale a alternativa redigida em conformidade com a norma-padrão de concordância verbal.

- (A) Afirma-se que prevalece na avaliação percepções individuais dos que compõe as bancas.
- (B) Destina-se exatamente 30% das vagas a candidatos que se autodeclara negro ou pardo.
- (C) Dado as condições legais, não faz sentido critérios adicionais envolvendo análise subjetiva.
- (D) O problema da análise feita pela banca são os estereótipos culturais que a leva a cometer erros.
- (E) Estabelecidos critérios na lei, resta questionar as razões que fazem duvidar das autodeclarações.

06. Durante um processo de reorganização do fluxo assistencial de um município, o secretário municipal convocou uma reunião ampliada, com representantes de unidades de saúde e prestadores de serviço, para apresentar a proposta e garantir legitimidade para a sua implementação. A proposta inclui mudança nos fluxos de encaminhamento da atenção primária e redirecionamento de parte dos recursos para ampliar a oferta de exames diagnósticos. Ao final, ele garantiu que o Conselho Municipal de Saúde seria comunicado para ciência da decisão tomada pela gestão.

Considerando a Lei nº 8.142/1990 e as instâncias de participação social no SUS, assinale a alternativa correta sobre o cenário descrito.

- (A) A reunião ampliada legitima a decisão da gestão, pois incluiu representantes das unidades de saúde e dos prestadores de serviço.
- (B) A proposta deve ser submetida, e não apenas comunicada, ao Conselho Municipal de Saúde, instância permanente e deliberativa de controle da política de saúde.
- (C) A comunicação posterior ao Conselho Municipal de Saúde atende à exigência de participação social quando a proposta parte da gestão municipal.
- (D) A comunicação deveria ser feita na Conferência Municipal de Saúde, pois se trata da reorganização do fluxo assistencial no município.
- (E) A proposta deve ser submetida à Conferência Municipal de Saúde para avaliação e deliberação, antes da implementação das mudanças.

07. O Ministério da Saúde instituiu incentivo financeiro específico para ampliar a oferta de exames diagnósticos de alto custo no SUS. No Estado X, a distribuição da oferta foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite, definindo municípios de referência para a realização desses exames. Um dos municípios de médio porte desse Estado, habilitado como referência regional, utilizou os recursos recebidos para contratar um prestador privado para realizar tomografias e ressonâncias magnéticas. Após alguns meses, surgiram queixas de atraso nos agendamentos, recusa de usuários encaminhados por outros municípios e divergências entre a produção registrada e os exames efetivamente realizados.

Considerando as competências da direção da gestão do SUS, previstas na Lei nº 8.080/1990, quem é o responsável pelo monitoramento e gestão dos problemas relacionados com o prestador privado?

- (A) O Ministério da Saúde.
- (B) A Comissão Intergestores Bipartite.
- (C) A Secretaria Estadual de Saúde.
- (D) A Secretaria Municipal de Saúde.
- (E) O prestador contratado pelo município.

08. Como parte do enfrentamento do aumento progressivo do tempo de espera para consultas médicas em uma Unidade básica de Saúde (UBS), a gestão local reorganizou a agenda, diminuindo a quantidade de vagas agendadas, e passou a oferecer atendimento de demanda espontânea pelo primeiro profissional disponível, priorizando a redução da fila diária. Após alguns meses, observou-se melhora no tempo de acesso às consultas, porém usuários com hipertensão e diabetes passaram a ser atendidos por profissionais diferentes a cada visita, com mudanças frequentes nos planos terapêuticos.

Que ação deve ser feita pela gestão local com foco nos atributos da atenção primária à saúde?

- (A) Manter o atendimento pelo primeiro profissional disponível, pois a ampliação do acesso expressa o principal atributo da Atenção Primária à Saúde.
- (B) Organizar os atendimentos de retorno por ordem de chegada, garantindo distribuição equilibrada da demanda entre os profissionais da unidade.
- (C) Manter o acolhimento da demanda espontânea ampliado para queixas agudas e organizar o seguimento dos usuários com condições crônicas por equipe ou profissional de referência.
- (D) Encaminhar os usuários com essas condições crônicas para ambulatórios especializados, preservando a agenda para as condições mais prevalentes.
- (E) Concentrar os atendimentos programados em grupos educativos, facilitando o manejo de pacientes com condições crônicas similares.

09. Um médico de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), após uma semana com grande volume de atendimentos, percebeu que algumas notificações compulsórias não haviam sido registradas no momento oportuno. Ao revisar os casos atendidos nos últimos dias, identificou um agravamento que deveria ter sido notificado, em até 24 horas do atendimento, à Secretaria Municipal de Saúde.

Considerando a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doença, agravos e eventos de saúde pública vigente, assinale a alternativa que apresenta esse caso.

- (A) Homem, 46 anos, atendido por lesões hipocrômicas com alteração de sensibilidade térmica e dolorosa, com suspeita clínica de hanseníase.
- (B) Mulher, 27 anos, com febre, mialgia e teste NS1 reagente para dengue, sem sinais de alarme ou gravidade.
- (C) Gestante, 24 anos, 11 semanas de gestação, atendida por exantema, prurido, febre e suspeita clínica de doença aguda pelo vírus Zika.
- (D) Homem, 51 anos, com tosse há cinco semanas, emagrecimento e baciloscopia positiva para tuberculose pulmonar.
- (E) Criança, 9 anos, com icterícia, colúria e suspeita clínica de hepatite viral aguda, em investigação laboratorial.

10. Durante a investigação de um caso suspeito de sarampo em uma área adscrita à Unidade Básica de Saúde, a equipe identifica baixa cobertura vacinal no território e presença de crianças menores de 1 ano entre os contatos próximos.

Qual ação de imunização está mais alinhada às recomendações atuais do Ministério da Saúde para resposta rápida frente à possibilidade de transmissão?

- (A) Aplicar dose zero às crianças de 6 a 11 meses e 29 dias na área delimitada para bloqueio e varredura.
- (B) Aplicar dose zero às crianças menores de 5 anos do município, conforme avaliação da cobertura local.
- (C) Aguardar confirmação laboratorial do caso suspeito antes de iniciar as ações de bloqueio vacinal.
- (D) Aplicar dose zero às crianças menores de 6 meses expostas, pelo maior risco de complicações.
- (E) Concentrar a vacinação nos contatos escolares, mantendo os contatos domiciliares em monitoramento.

11. Em um município com 12.000 habitantes, sendo 52% do sexo feminino, foram registrados 80 casos novos de câncer de mama em mulheres ao longo de 2025. No mesmo período, 4 dessas mulheres, dentre os casos novos do período do estudo, evoluíram para óbito em decorrência do câncer de mama. Ao final do ano, o município registrou 200 óbitos por todas as causas.

Com base nesses dados, a taxa de letalidade entre os casos novos de câncer de mama registrados no município em 2024 foi de

- (A) 5%
- (B) 2%
- (C) 0,03%
- (D) 0,06%
- (E) 1,28%

12. Em uma Unidade Básica de Saúde, a equipe está planejando ações para reduzir a morbi-mortalidade relacionada à doença coronariana no território. As propostas incluem intervenções sobre hábitos de vida, controle de fatores de risco, diagnóstico oportuno, reabilitação e redução de intervenções desnecessárias.

Dentre as propostas a seguir, qual corresponde a uma ação de prevenção quaternária?

- (A) Criar grupos comunitários de caminhada orientados pela equipe multiprofissional e ações educativas sobre alimentação saudável e tabagismo.
- (B) Ações clínicas otimizadas para controle pressórico, glicêmico e dislipidêmico em pessoas sem doença coronariana estabelecida.
- (C) Implantar fluxo prioritário para avaliação de usuários com desconforto torácico recente, conforme protocolos clínicos da área.
- (D) Acompanhar usuários após evento coronariano com plano multiprofissional, para recuperar funcionalidade e reduzir novas complicações.
- (E) Revisar a indicação de check-ups cardiológicos em adultos assintomáticos de baixo risco, conforme protocolos baseados em evidências.

13. Um homem de 56 anos, com diagnóstico de transtorno mental grave, encontra-se há muitos anos internado em hospital psiquiátrico. Atualmente, está clinicamente estável, sem indicação de internação hospitalar, mas apresenta vínculos familiares rompidos, perda de autonomia para atividades da vida cotidiana e dificuldade de reorganizar sua vida fora da instituição. A equipe discute um projeto terapêutico para viabilizar sua saída do hospital, com moradia no território, suporte ao cotidiano e reinserção social progressiva.

Considerando a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assinale a alternativa que indica o ponto de atenção apropriado para as necessidades do caso.

- (A) Serviço Residencial Terapêutico.
- (B) Centro de Atenção Psicossocial III.
- (C) Enfermaria especializada em hospital geral.
- (D) Unidade de Acolhimento.
- (E) Ambulatório multiprofissional de saúde mental.

14. Em uma Unidade Básica de Saúde, o colegiado gestor revisou os critérios de agendamento de consultas de retorno para pessoas com hipertensão arterial. Observou-se que usuários com o mesmo nível de controle pressórico, sem lesão de órgão-alvo, sem comorbidades relevantes e com boa adesão ao tratamento recebiam intervalos diferentes de acompanhamento conforme o profissional que realizava a consulta. Alguns retornavam em 30 dias, enquanto outros eram agendados para 6 meses depois, sem justificativa registrada.

Considerando os princípios organizativos do SUS e a necessidade de garantir tratamento compatível com as necessidades apresentadas pelos usuários, o colegiado deve

- (A) definir critérios comuns de acompanhamento para usuários com necessidades clínicas semelhantes.
- (B) priorizar retornos mais frequentes para usuários com maior vínculo com a equipe da área de referência.
- (C) reduzir os intervalos dos usuários com retornos mais longos, mantendo a definição da periodicidade conforme cada profissional.
- (D) manter a decisão e autonomia clínica individual de cada profissional na definição da periodicidade dos retornos.
- (E) reservar os retornos mais próximos para usuários em vulnerabilidade social, independentemente do perfil clínico descrito.

15. Segundo a Constituição Federal e a Lei nº 8.080/1990, a atuação de uma Organização Social na gestão de uma Unidade de Pronto Atendimento integrante da rede pública do SUS caracteriza participação

- (A) suplementar, pois a natureza privada da entidade permite ampliar a oferta assistencial para além da administração pública direta.
- (B) complementar, pois a entidade privada passa a atuar na rede pública sob direção, regulação, financiamento e controle do SUS.
- (C) substitutiva, pois o contrato de gestão transfere à entidade privada a execução do serviço e a responsabilidade pela entrega das metas pactuadas.
- (D) autônoma, pois a entidade possui personalidade jurídica própria e pode organizar seus processos internos de trabalho.
- (E) filantrópica, pois a ausência de finalidade lucrativa caracteriza a prestação de serviço público sem necessidade de controle assistencial pelo gestor.

16. Homem de 66 anos apresenta-se ao serviço de saúde com queixa de desconforto opressivo em região precordial, que se irradia para o membro superior esquerdo. Nota-se que o paciente está diaforético. Os antecedentes médicos incluem hipercolesterolemia e tabagismo (3 maços/dia por 40 anos). A avaliação laboratorial evidencia uma concentração de troponina I de 2,63 ng/mL (normal: < 0,1). O eletrocardiograma de 12 derivações demonstra infradesnívelamento do segmento ST e inversões da onda T nas derivações laterais.

Considerando o processo patológico subjacente ao quadro apresentado, assinale a alternativa que corresponde à sua etapa inicial.

- (A) Acúmulo de LDL oxidada em macrófagos da íntima.
- (B) Disfunção das células endoteliais.
- (C) Ruptura/dissecção da camada íntima.
- (D) Migração de células musculares lisas da camada média para a íntima.
- (E) Trombo com oclusão arterial.

17. Mulher de 56 anos apresenta quadro de 1 semana de evolução com edema agudo e doloroso no tornozelo esquerdo. Ela foi atendida na unidade básica de saúde e tratada com codeína/paracetamol, colchicina e naproxeno. Cerca de dois dias depois, ela retorna ao serviço de saúde por piora do quadro, sendo prescrito cefalexina oral. Desde então, ela passa a apresentar dispnéia de esforço cada vez mais intensa, sendo levada ao pronto-socorro com insuficiência cardíaca descompensada. O histórico médico é positivo para sarcoidose cardíaca e disfunção ventricular esquerda grave, tratadas com lisinopril, metoprolol, espirolactona e furosemida.

Nessa paciente, qual o medicamento que, mais provavelmente, deve ter contribuído para descompensação cardíaca da paciente?

- (A) Cefalexina.
- (B) Codeína.
- (C) Colchicina.
- (D) Naproxeno.
- (E) Paracetamol.

18. Um estudo clínico é realizado para determinar a evolução temporal da secreção de ácido e do pH gástrico em voluntários saudáveis após uma refeição composta por 10% de gordura, 30% de proteína e 60% de carboidratos. Os resultados mostram um aumento imediato no pH do suco gástrico após a refeição, seguido, alguns minutos depois, por um aumento secundário na taxa de secreção de ácido.

A diminuição de qual substância é mais provável de facilitar o aumento secundário na taxa de secreção ácida nesses voluntários?

- (A) Colecistocinina.
- (B) Gastrina.
- (C) Somatostatina.
- (D) Peptídeo intestinal vasoativo.
- (E) Peptídeo semelhante ao glucagon-1.

19. Homem de 80 anos é levado ao serviço de saúde devido a um quadro agudo de confusão, de 1 dia de evolução. Ao ser questionado, o cuidador menciona que ele apresenta alguns sintomas de déficit de memória há vários meses, mas que o episódio atual é diferente. Ele tem tido alguma dificuldade para dormir, e o acompanhante acredita que ele possa ter tomado algum medicamento para isso. O cuidador não notou nenhuma fraqueza ou espasmos, mas não tem certeza se ele teve febre.

Qual achado semiológico, se presente, constitui, com maior acurácia, um achado clínico de alerta de maior gravidade (*red flag*)?

- (A) Desorientação quanto ao local ou à hora.
- (B) Dificuldade para encontrar palavras e inventar novas palavras.
- (C) Dor à movimentação cervical.
- (D) Espasmos periódicos nos braços e nas pernas.
- (E) Sonolência.

20. Paciente de 16 anos, submetido a transplante de medula óssea, possui um cateter venoso central e um cateter urinário, colocados há duas semanas. Ele apresenta febre, embora sua contagem de leucócitos esteja muito baixa e o enxerto do transplante ainda não tenha se estabelecido. São realizadas três hemoculturas periféricas e todas isolam *Staphylococcus epidermidis*.

De acordo com o quadro descrito, considerando a bactéria isolada, é provável que esses organismos

- (A) estejam em um biofilme na superfície do cateter venoso central.
- (B) respondam bem ao tratamento com oxacilina.
- (C) sejam suscetíveis à penicilina G.
- (D) sejam provenientes da superfície do cateter do trato urinário.
- (E) tenham alta resistência à vancomicina.

21. Homem de 50 anos é atendido em consulta de retorno por fibrilação atrial recente, sem cardioversão elétrica, atualmente em uso de amiodarona, varfarina, aspirina, hidroclorotiazida, carvedilol e lisinopril. Ele se queixa de náuseas intensas após cada dose de amiodarona e gostaria de experimentar um antiarrítmico diferente. O médico decide que o sotalol seria uma boa alternativa.

Considerando especificamente as interações farmacocinéticas da amiodarona, qual medicamento em uso exigirá ajuste de dose nas semanas seguintes à sua interrupção?

- (A) Aspirina.
- (B) Carvedilol.
- (C) Hidroclorotiazida.
- (D) Lisinopril.
- (E) Varfarina.

22. Criança de 3 anos de idade procedente de uma área de baixas condições sanitárias é levada à unidade de saúde por sua mãe. Os pés e tornozelos da paciente estão inchados e há uma erupção cutânea extensa nos pés, tornozelos e joelhos. A paciente parece edemaciada e, após a realização de exames, verifica-se que seu nível de hemoglobina é de 5 g/dL.

A infecção parasitária que, mais provavelmente, constitui a causa do quadro descrito é

- (A) ascaridíase.
- (B) ancilostomíase.
- (C) ciclosporíase.
- (D) esquistossomose.
- (E) strongiloidíase.

23. Mulher de 32 anos é contratada para um trabalho no serviço de alimentação de um refeitório local. Como parte de seu exame físico pré-admissional, ela realiza um teste cutâneo de derivado proteico purificado (PPD). Ela retorna à clínica de saúde ocupacional 48 horas depois com uma bolha desnudada de 22 mm, além de induração e eritema que envolvem a maior parte da superfície volar do seu braço direito. Uma biópsia é feita e a cultura da ferida não mostra crescimento bacteriano em 48 horas.

Qual o achado que, mais provavelmente, deve ser encontrado nessa biópsia da lesão cutânea?

- (A) Acúmulo perivascular de linfócitos e células mononucleares.
- (B) Depósito de imunocomplexos no tecido conjuntivo.
- (C) Eosinófilos abundantes.
- (D) Infiltrado predominantemente neutrofílico.
- (E) Inflamação granulomatosa.

24. Homem de 64 anos com diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e doença renal crônica em estágio 3 dá entrada no pronto-socorro de um centro sem capacidade para realizar cateterismo cardíaco, apresentando dor torácica anginosa típica e eletrocardiograma com elevação do segmento ST em parede inferior. Os sinais vitais são estáveis e não há congestão pulmonar, turgência venosa jugular ou arritmias. O paciente é tratado com aspirina, clopidogrel e heparina intravenosa e evolui sem intercorrências. O centro mais próximo com capacidade para realizar intervenção coronariana percutânea (ICP) fica a 40 minutos de distância de ambulância.

Nesse momento, a melhor medida a ser tomada no manejo desse paciente é

- (A) administrar metade da dose de fibrinolítico e transferir com urgência para centro com ICP.
- (B) administrar metade da dose de fibrinolítico e transferir dentro de 6 horas para centro com ICP.
- (C) administrar dose total de fibrinolítico e transferir com urgência para centro com ICP.
- (D) administrar dose total de fibrinolítico e transferir dentro de 6 horas para centro com ICP.
- (E) transferir imediatamente para realização de ICP primária.

25. Mulher de 48 anos é levada ao departamento de emergência com desconforto respiratório agudo. Ela tem histórico de miastenia grave e está passando por uma crise miastênica. Decide-se intubar a paciente por meio de intubação de sequência rápida (ISR) com etomidato e succinilcolina. Após a administração desses medicamentos, a paciente evolui com parada cardiorrespiratória. Ela é intubada de forma rápida e fácil, mas, apesar dos esforços de ressuscitação, a paciente evolui a óbito.

Qual das reações adversas aos medicamentos de ISR listadas a seguir é a que mais provavelmente resultou em sua parada cardíaca?

- (A) Anafilaxia.
- (B) Choque neurogênico.
- (C) Hipocalemia.
- (D) Hipercalemia.
- (E) *Torsades de pointes*.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

26. Homem, 68 anos, hipertenso e diabético, encontra-se no primeiro pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica com circulação extracorpórea. Evolui na UTI com pressão arterial de 85/55 mmHg, frequência cardíaca regular de 112 bpm, extremidades frias, oligúria e elevação progressiva do lactato. Está em ventilação mecânica, sedado, com drenos torácicos sem sangramento significativo.

À avaliação hemodinâmica, observam-se:

Pressão venosa central: 18 mmHg;

Pressão de oclusão da artéria pulmonar: 22 mmHg;

Índice cardíaco: 1,8 L/min/m²;

Resistência vascular sistêmica: elevada;

Saturação venosa mista de oxigênio: reduzida;

Ecocardiograma à beira-leito: disfunção sistólica ventricular esquerda global, sem sinais de tamponamento cardíaco ou disfunção valvar aguda relevante.

A conduta inicial mais adequada é:

- (A) expansão volêmica vigorosa com cristalóide, visando pressão venosa central acima de 20 mmHg.
 - (B) início de nitroprussiato de sódio.
 - (C) suporte inotrópico com dobutamina ou milrinona, associado a vasopressor se necessário para manutenção da pressão de perfusão.
 - (D) reabordagem cirúrgica imediata, considerando tamponamento cardíaco como principal hipótese diagnóstica.
 - (E) cardioversão elétrica sincronizada.
27. Mulher de 72 anos, hipertensa, diabética e com doença renal crônica estágio 3, procura o pronto-socorro por dor torácica opressiva iniciada há 3 horas, em repouso, com irradiação para mandíbula e sudorese. Na admissão, está hemodinamicamente estável. Exames laboratoriais: troponina ultrasensível inicial: acima do percentil 99, com elevação em nova dosagem após 2 horas; creatinina: 1,6 mg/dL; hemoglobina: 12,8 g/dL. A seguir, ECG realizado:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Após tratamento inicial com antiagregação, anticoagulação e medidas anti-isquêmicas, a melhor estratégia de condução é:

- (A) indicar estratégia invasiva precoce com cinecoronariografia, preferencialmente nas primeiras 24 horas.
- (B) manter tratamento clínico exclusivo, reservando cinecoronariografia se houver instabilidade hemodinâmica.
- (C) solicitar teste ergométrico antes da alta para definir necessidade de coronariografia.
- (D) realizar trombólise química, considerando o tempo de dor inferior a 12 horas.
- (E) aguardar normalização da troponina antes de indicar investigação anatômica coronariana.

28. Homem, 78 anos, previamente independente, procura atendimento por dispneia progressiva aos esforços há 6 meses e dois episódios recentes de pré-síncope ao caminhar. Ao exame físico, apresenta pulso carotídeo *parvus et tardus*, *ictus* sustentado e sopro sistólico ejetivo rude em foco aórtico, irradiado para carótidas.

O ecocardiograma transtorácico evidencia:

Valva aórtica calcificada, com mobilidade reduzida;

Área valvar aórtica: 0,8 cm²;

Gradiente médio transvalvar: 48 mmHg;

Velocidade máxima do jato aórtico: 4,4 m/s;

Fração de ejeção do ventrículo esquerdo: 58%;

Hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo.

A conduta mais apropriada é:

- (A) seguimento clínico semestral, pois a fração de ejeção está preservada.
- (B) tratamento medicamentoso com vasodilatador arterial como terapia definitiva da obstrução valvar.
- (C) valvoplastia aórtica por balão como estratégia definitiva.
- (D) indicação de intervenção valvar aórtica, com definição entre TAVI e cirurgia conforme avaliação anatômica e risco cirúrgico.
- (E) realização de teste ergométrico para confirmar se os sintomas são atribuíveis à estenose aórtica.

29. Homem de 64 anos, com hipertensão arterial e antecedente de infarto anterior há 5 anos, procura atendimento por palpitações iniciadas há cerca de 2 horas, associadas a tontura e desconforto torácico leve. Está consciente, orientado, com pressão arterial de 118/74 mmHg, frequência cardíaca de 168 bpm e saturação de O₂ de 96% em ar ambiente.

O ECG mostra taquicardia regular de QRS largo, com duração do QRS de 160 ms, dissociação atrioventricular intermitente e eixo elétrico superior. Não há sinais de instabilidade hemodinâmica grave no momento.

A conduta inicial mais adequada é:

- (A) administrar verapamil intravenoso.
- (B) tratar como taquicardia ventricular sustentada monomórfica.
- (C) realizar adenosina intravenosa em doses progressivas até reversão.
- (D) iniciar betabloqueador oral e observação em unidade monitorizada.
- (E) solicitar teste ergométrico para investigar isquemia como causa do episódio.

30. Homem de 59 anos, hipertenso, chega ao pronto-socorro com dor torácica súbita, intensa, em “rasgo”, irradiada para o dorso. Está ansioso, sudoreico, com PA de 210/110 mmHg no braço direito e 178/96 mmHg no braço esquerdo. Ao exame, há assimetria de pulsos radiais e sopro diastólico em borda esternal direita. ECG sem supradesnívelamento do ST. Angiotomografia de aorta mostra flap intimal envolvendo a aorta ascendente e estendendo-se até a aorta descendente proximal.

A conduta mais adequada é:

- (A) trombólise sistêmica.
- (B) anticoagulação plena.
- (C) observação em unidade coronariana.
- (D) controle pressórico e alta precoce.
- (E) betabloqueio intravenoso e cirurgia de urgência.

31. Mulher de 63 anos, hipertensa e diabética, é internada por dispneia progressiva, ortopneia e edema de membros inferiores. Ao exame: PA: 154/86 mmHg, FC: 96 bpm, turgência jugular, crepitações bibasais e edema periférico. Ecocardiograma: fração de ejeção do VE de 32%, dilatação ventricular esquerda e insuficiência mitral funcional discreta. Os exames laboratoriais mostram: creatinina: 1,1 mg/dL; potássio: 4,3 mEq/L. Após melhora da congestão com diurético intravenoso, mantém-se estável, sem hipotensão ou hipercalemia.

A estratégia medicamentosa de base mais adequada antes da alta, além do uso de vasodilatador como um inibidor do receptor da angiotensina associado a inibidor da neprilisina ou um bloqueador do receptor da angiotensina, é:

- (A) digoxina, nitrato e verapamil.
- (B) diurético, espironolactona e AAS.
- (C) betabloqueador, antagonista mineralocorticoide e inibidor de SGLT2.
- (D) hidralazina, diurético tiazídico e anticoagulação plena.
- (E) amiodarona, ivabradina e bloqueador de canal de cálcio.

32. Homem de 66 anos, tabagista e hipertenso, foi internado por infarto inferior há 4 dias, tratado inicialmente de forma conservadora por chegada tardia. Evoluía estável até apresentar dispneia súbita, sudorese, hipotensão e hipoxemia. Ao exame: PA: 82/54 mmHg, FC: 118 bpm, estertores difusos, extremidades frias e novo soplo sistólico apical, pouco audível, com irradiação posterior.

ECG: ondas Q em DII, DIII e aVF, sem novo supradesnivelamento.

Radiografia de tórax: edema pulmonar bilateral.

Ecocardiograma transtorácico à beira-leito: função sistólica global moderadamente reduzida, hipocinesia inferior, jato regurgitante excêntrico de difícil quantificação, sem derrame pericárdico.

Cateter de artéria pulmonar: pressão de oclusão pulmonar elevada, com ondas sistólicas proeminentes no traçado.

A combinação mais compatível com a fisiopatologia do quadro e a conduta prioritária é:

- (A) redução da pré-carga com diureticoterapia isolada e observação da resposta clínica.
- (B) vasodilatação arterial plena como estratégia definitiva, após controle da pressão capilar pulmonar.
- (C) reperfusão farmacológica tardia, guiada pela persistência das ondas Q inferiores.
- (D) estabilização hemodinâmica, ecocardiografia transesofágica e correção cirúrgica urgente.
- (E) anticoagulação plena, suporte ventilatório e investigação ambulatorial após compensação.

33. Homem de 47 anos, portador de valva aórtica bicúspide, procura atendimento por febre há 12 dias, calafrios, perda ponderal e piora recente de dispneia aos esforços. Recebeu amoxicilina por conta própria por 4 dias, com melhora parcial da febre. Ao exame: PA: 118/54 mmHg, FC: 104 bpm, temperatura 38,2 °C, soplo diastólico aspirativo em borda esternal esquerda e estertores bibasais discretos.

Exames iniciais:

Hemoglobina: 10,8 g/dL;

Leucócitos: 15.600/mm³;

PCR elevada;

Creatinina: 1,3 mg/dL;

Urina tipo I: hematúria microscópica;

Hemoculturas colhidas na admissão ainda sem crescimento em 24 horas.

Ecocardiograma transtorácico: imagem móvel aderida à face ventricular da valva aórtica, medindo 12 mm, associada à insuficiência aórtica importante. Há dilatação discreta do ventrículo esquerdo, sem abscesso evidente ao transtorácico.

Após coleta de hemoculturas e início de antibioticoterapia empírica, a próxima conduta mais apropriada é:

- (A) alta com antibioticoterapia oral.
- (B) ecocardiografia transesofágica e avaliação precoce pela cirurgia cardíaca.
- (C) repetir ecocardiograma transtorácico após 14 dias de antibiótico.
- (D) solicitar angiotomografia cerebral antes de definir a necessidade de ecocardiografia transesofágica.
- (E) anticoagulação plena.

34. Mulher, 58 anos, com dispneia progressiva há 18 meses, piora recente da tolerância ao esforço e dois episódios de pré-síncope ao subir escadas. Nega dor torácica típica. Tem antecedente de tromboembolismo pulmonar há 4 anos, tratado com anticoagulação por 6 meses. Não tem antecedente de tabagismo.

Ao exame: PA: 112/72 mmHg, FC: 94 bpm, SatO_2 : 93% em ar ambiente, turgência jugular discreta, hiperfonese de P2, sopro sistólico em borda esternal esquerda baixa, hepatomegalia dolorosa e edema maleolar bilateral.

Exames complementares:

BNP: 420 pg/mL;

ECG: desvio do eixo para direita e sinais de sobrecarga ventricular direita;

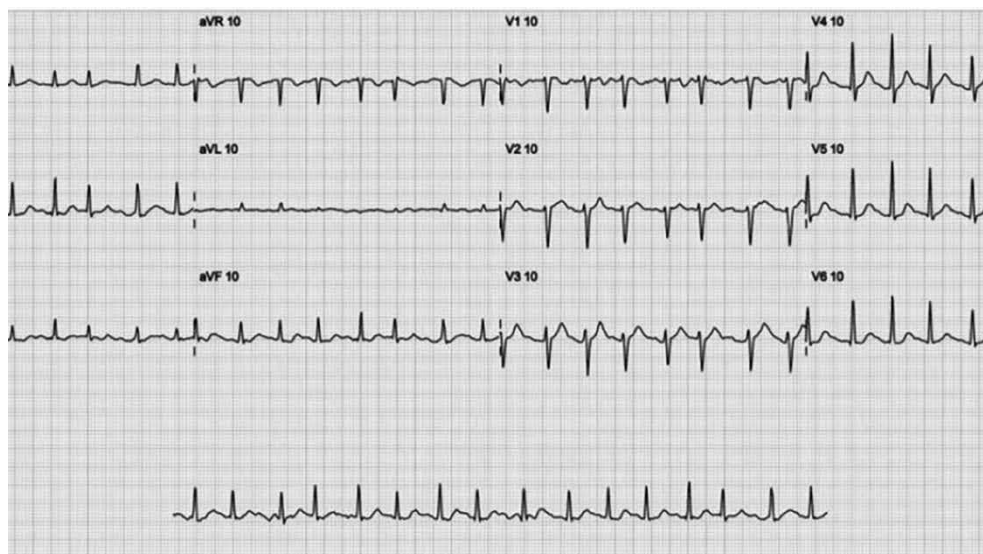
Ecocardiograma: VD dilatado, função sistólica reduzida, PSAP estimada em 74 mmHg, insuficiência tricúspide moderada, VE com fração de ejeção preservada e sem valvopatia esquerda significativa;

Espirometria: sem distúrbio obstrutivo relevante;

Angiotomografia de tórax: negativa para TEP agudo.

Diante da hipótese clínica principal, o próximo exame mais apropriado para avançar a investigação é:

- (A) teste ergométrico convencional.
 - (B) cintilografia miocárdica de perfusão.
 - (C) Holter de 24 horas.
 - (D) dosagem seriada de troponina.
 - (E) cintilografia pulmonar de ventilação-perfusão.
35. Mulher de 34 anos, natural de região com alta prevalência de febre reumática, procura atendimento por dispneia progressiva aos esforços e palpitações. Relata dois episódios de hemoptise discreta no último mês. Ao exame: ritmo irregular, hiperfonese de B1, estalido de abertura e ruflar diastólico em foco mitral. Há discreta turgência jugular e estertores finos bibasais. A seguir, ECG realizado:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Ecocardiograma transtorácico:

Valva mitral com espessamento comissural e fusão comissural;

Área valvar mitral: $0,9 \text{ cm}^2$;

Gradiente médio mitral: 12 mmHg;

PSAP estimada: 62 mmHg;

Átrio esquerdo aumentado;

Insuficiência mitral discreta;

Escore ecocardiográfico favorável à intervenção percutânea;

Função sistólica do VE preservada.

Foi iniciada anticoagulação adequada e controle de frequência. A paciente permanece sintomática apesar de tratamento clínico inicial.

A próxima estratégia terapêutica mais apropriada é:

- (A) valvotomia mitral percutânea por balão.
- (B) troca valvar mitral cirúrgica imediata.
- (C) plastia mitral cirúrgica eletiva.
- (D) ablação por cateter da fibrilação atrial.
- (E) tratamento clínico exclusivo.

- 36.** Homem de 52 anos, obeso, com roncos intensos e sonolência diurna, está em seguimento por hipertensão arterial há 8 meses. Usa losartana 100 mg/dia, anlodipina 10 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia, com boa adesão. Nega uso de anti-inflamatórios, descongestionantes nasais ou estimulantes.

Em consulta, apresenta PA de 164/96 mmHg, confirmada após repouso e técnica adequada. Traz medidas domiciliares frequentemente acima de 150/90 mmHg.

Exames:

Creatinina: 0,9 mg/dL;

Potássio: 3,0 mEq/L;

Sódio: 140 mEq/L;

Urina tipo I: sem proteinúria ou hematúria;

ECG: sinais de sobrecarga ventricular esquerda;

IMC: 34 kg/m².

A próxima investigação mais apropriada, considerando o conjunto clínico-laboratorial, é:

- (A) dosagem de catecolaminas urinárias.
- (B) angiotomografia de artérias renais.
- (C) relação aldosterona/renina plasmática.
- (D) cintilografia renal com captopril.
- (E) teste ergométrico convencional.

- 37.** Homem de 29 anos procura atendimento por dor torácica há 24 horas, pior ao decúbito dorsal e à inspiração profunda, com melhora ao sentar-se e inclinar o tronco para frente. Relata quadro gripal na semana anterior. Está hemodinamicamente estável.

Ao exame, bulhas rítmicas normofonéticas a 2t sem sopros e sem atrito.

ECG: supradesnivelamento difuso do segmento ST, com infradesnivelamento do PR em múltiplas derivações.

Troponina discretamente elevada.

Ecocardiograma: pequeno derrame pericárdico, sem sinais de tamponamento, com função ventricular preservada.

A hipótese mais provável é:

- (A) infarto agudo do miocárdio com supra de ST.
- (B) dissecção aguda de aorta.
- (C) angina vasoespástica.
- (D) pericardite aguda.
- (E) embolia pulmonar aguda.

- 38.** Mulher de 32 anos procura avaliação por dispneia progressiva, cianose labial discreta e queda da tolerância ao esforço. Refere que, desde a adolescência, foi informada de que tinha “sopro no coração”, mas nunca realizou correção cirúrgica. Teve uma gestação interrompida por complicações maternas há 3 anos. Atualmente, apresenta saturação de O₂ de 86% em ar ambiente, baquetamento digital, hiperfonese de P2 e sopro sistólico em borda esternal esquerda baixa.

Exames:

Hemoglobina: 19,2 g/dL;

Hematócrito: 58%;

BNP: 310 pg/mL;

ECG: sobrecarga ventricular direita.

Ecocardiograma: comunicação interventricular ampla, bidirecional, com predomínio direita-esquerda; VD dilatado e hipertrófico; PSAP estimada muito elevada; função sistólica do VE preservada.

Cateterismo direito: pressão arterial pulmonar média de 68 mmHg; resistência vascular pulmonar muito elevada; ausência de resposta vasodilatadora significativa; Qp/Qs < 1.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Contraindicar fechamento do defeito e encaminhar para manejo especializado da hipertensão pulmonar.
- (B) Indicar fechamento percutâneo da comunicação interventricular.
- (C) Realizar flebotomias seriadas para manter hematócrito abaixo de 45%.
- (D) Prescrever anticoagulação plena de rotina pela eritrocitose secundária.
- (E) Liberar gestação com seguimento obstétrico de alto risco.

39. Homem de 42 anos procura avaliação por dispneia aos esforços e palpitações ocasionais. Relata que o pai faleceu subitamente aos 49 anos. Ao exame físico, apresenta sopro sistólico em borda esternal esquerda, que aumenta com a manobra de Valsalva e reduz com agachamento. PA 122/76 mmHg, FC 78 bpm.

ECG: sobrecarga ventricular esquerda e ondas Q profundas em derivações inferiores e laterais.

Ecocardiograma:

Hipertrofia septal assimétrica;

Espessura septal máxima: 23 mm;

Fração de ejeção do VE: 72%;

Movimento anterior sistólico da valva mitral;

Gradiente na via de saída do VE: 58 mmHg em repouso;

Insuficiência mitral discreta;

Átrio esquerdo aumentado.

A medida terapêutica inicial mais apropriada para controle sintomático é:

- (A) nitrato de ação prolongada.
- (B) betabloqueador sem atividade vasodilatadora.
- (C) diurético em altas doses.
- (D) digoxina em dose plena.
- (E) inibidor da fosfodiesterase-5.

40. Homem de 64 anos, hipertenso e ex-tabagista, assintomático, realiza ultrassonografia abdominal de rotina que identifica dilatação aneurismática da aorta infrarrenal. É encaminhado para avaliação cardiológica.

Angiotomografia de abdome:

Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal;

Diâmetro máximo: 5,7 cm;

Colo proximal adequado;

Artérias ilíacas pérvias;

Sem sinais de ruptura ou dissecção;

Crescimento documentado de 0,8 cm em 12 meses, em relação a exame prévio;

PA em consulta: 148/86 mmHg;

Creatinina: 1,0 mg/dL;

Nega dor abdominal ou lombar.

A conduta mais apropriada é:

- (A) seguimento ultrassonográfico anual.
- (B) anticoagulação plena e reavaliação em 6 meses.
- (C) betabloqueador isolado até regressão do aneurisma.
- (D) restrição de atividade física e nova angiotomografia em 2 anos.
- (E) encaminhamento para correção eletiva do aneurisma.

RASCUNHO

