

NOME DO CANDIDATO

ASSINATURA DO CANDIDATO

RG DO CANDIDATO

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO**INSTRUÇÕES GERAIS**

- I. Nesta prova, você encontrará 06 (seis) páginas numeradas sequencialmente, contendo 50 (cinquenta) questões correspondentes às seguintes disciplinas: Língua Portuguesa (10 questões), Raciocínio Lógico e Matemático (05 questões), Legislação Aplicada à EBSERH (05 questões), Legislação Aplicada ao SUS (05 questões) e Conhecimentos Específicos (25 questões).
- II. Verifique se seu nome e número de inscrição estão corretos no cartão de respostas. Se houver erro, notifique o fiscal.
- III. Assine e preencha o cartão de respostas nos locais indicados, com caneta azul ou preta.
- IV. Verifique se a impressão, a paginação e a numeração das questões estão corretas. Caso observe qualquer erro, notifique o fiscal.
- V. Você dispõe de 4 (quatro) horas para fazer esta prova. Reserve os 20 (vinte) minutos finais para marcar o cartão de respostas.
- VI. O candidato só poderá retirar-se do setor de prova 2(duas) horas após seu início.
- VII. O candidato não poderá levar o caderno de questões. O caderno de questões será publicado no site do IBFC, no prazo recursal contra gabarito.
- VIII. Marque o cartão de respostas cobrindo fortemente o espaço correspondente à letra a ser assinalada, conforme o exemplo no próprio cartão de respostas.
- IX. A leitora óptica não registrará as respostas em que houver falta de nitidez e/ou marcação de mais de uma alternativa.
- X. O cartão de respostas não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado. Exceto sua assinatura, nada deve ser escrito ou registrado fora dos locais destinados às respostas.
- XI. Ao terminar a prova, entregue ao fiscal o cartão de respostas e este caderno. As observações ou marcações registradas no caderno não serão levadas em consideração.
- XII. É terminantemente proibido o uso de telefone celular, pager ou similares.

Boa Prova!

DESTAQUE AQUI

Nome:

Assinatura do Candidato:

Inscrição:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

RASCUNHO

Para responder às questões de 1 a 3, leia o texto abaixo.

As raízes do racismo

Drauzio Varella

Somos seres tribais que dividem o mundo em dois grupos: o "nosso" e o "deles". Esse é o início de um artigo sobre racismo publicado na revista "Science", como parte de uma seção sobre conflitos humanos, leitura que recomendo a todos.

Tensões e suspeições intergrupais são responsáveis pela violência entre muçulmanos e hindus, católicos e protestantes, palestinos e judeus, brancos e negros, heterossexuais e homossexuais, corintianos e palmeirenses.

Num experimento clássico dos anos 1950, psicólogos americanos levaram para um acampamento adolescentes que não se conheciam.

Ao descer do ônibus, cada participante recebeu aleatoriamente uma camiseta de cor azul ou vermelha. A partir desse momento, azuis e vermelhos faziam refeições em horários diferentes, dormiam em alojamentos separados e formavam equipes adversárias em todas as brincadeiras e práticas esportivas.

A observação precisou ser interrompida antes da data prevista, por causa da violência na disputa de jogos e das brigas que irrompiam entre azuis e vermelhos.

Nos anos que se seguiram, diversas experiências semelhantes, organizadas com desconhecidos reunidos de forma arbitrária, demonstraram que consideramos os membros de nosso grupo mais espertos, justos, inteligentes e honestos do que os "outros".

Parte desse prejulgamento que fazemos "deles" é inconsciente. Você se assusta quando um adolescente negro se aproxima da janela do carro, antes de tomar consciência de que ele é jovem e tem pele escura, porque o preconceito contra homens negros tem raízes profundas.

Nos últimos 40 anos, surgiu vasta literatura científica para explicar por que razão somos tão tribais. Que fatores em nosso passado evolutivo condicionaram a necessidade de armar ligações que não encontram justificativa na civilização moderna? Por que tanta violência religiosa? Qual o sentido de corintianos se amarem e odiarem palmeirenses?

Seres humanos são capazes de colaborar uns com os outros numa escala desconhecida no reino animal, porque viver em grupo foi essencial à adaptação de nossa espécie. Agrupar-se foi a necessidade mais premente para escapar de predadores, obter alimentos e construir abrigos seguros para criar os filhos.

A própria complexidade do cérebro humano evoluiu, pelo menos em parte, em resposta às solicitações da vida comunitária.

Pertencer a um agrupamento social, no entanto, muitas vezes significou destruir outros. Quando grupos antagônicos competem por território e bens materiais, a habilidade para formar coalizões confere vantagens logísticas capazes de assegurar maior probabilidade de sobrevivência aos descendentes dos vencedores.

A contrapartida do altruísmo em relação aos "nossos" é a crueldade dirigida contra os "outros".

Na violência intergrupar do passado remoto estão fincadas as raízes dos preconceitos atuais. As interações negativas entre nossos antepassados deram origem aos comportamentos preconceituosos de hoje, porque no tempo deles o contato com outros povos era tormentoso e limitado.

Foi com as navegações e a descoberta das Américas que indivíduos de etnias diversificadas foram obrigados a conviver, embora de forma nem sempre pacífica. Estaria nesse estranhamento a origem das idiosincrasias contra negros e índios, por exemplo, povos fisicamente diferentes dos colonizadores brancos.

Preconceito racial não é questão restrita ao racismo, faz parte de um fenômeno muito mais abrangente que varia de uma cultura para outra e que se modifica com o passar do tempo. Em apenas uma geração, o apartheid norte-americano foi combatido a ponto de um negro chegar à Presidência do país.

O preconceito contra "eles" cai mais pesado sobre os homens, porque eram do sexo masculino os guerreiros que atacavam nossos ancestrais. Na literatura, essa constatação recebeu o nome de hipótese do guerreiro masculino.

A evolução moldou nosso medo de homens que pertencem a outros grupos. Para nos defendermos deles, criamos fronteiras que agrupam alguns e separam outros em obediência a critérios de cor da pele, religião, nacionalidade, convicções políticas, dialetos e até times de futebol.

Demarcada a linha divisória entre "nós" e "eles", discriminamos os que estão do lado de lá. Às vezes com violência.

1) Considere as afirmações abaixo.

- I. O autor afirma que a ciência comprova que há, naturalmente, grupos superiores a outros e isso justifica o racismo.
- II. O autor afirma que apenas os homens tribais, não evoluídos, apresentam preconceito.

Está correto o que se afirma em

- a) somente I
- b) somente II
- c) I e II
- d) nenhuma

2) Considere as afirmações abaixo.

- I. De acordo com o texto, o homem tem tendência a se agrupar, tendo como base sempre a cor da pele e as características físicas.
- II. O intuito da experiência científica dos psicólogos americanos na década de 1950 era obter dados que ajudassem a descrever o comportamento humano.

Está correto o que se afirma em

- a) somente I
- b) somente II
- c) I e II
- d) nenhuma

3) Considere o período e as afirmações abaixo.

Estaria nesse estranhamento a origem das idiosincrasias contra negros e índios, por exemplo, povos fisicamente diferentes dos colonizadores brancos.

- I. O uso do futuro do pretérito do verbo "estar" indica falta de certeza quanto à origem do preconceito contra outros povos.
- II. O adjetivo "idiosincrasias" pode ser substituído, sem alteração de sentido, por agressões.

Está correto o que se afirma em

- a) somente I
- b) somente II
- c) I e II
- d) nenhuma

4) Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, as lacunas.

- I. O médico atende _____ cinco anos naquela clínica.
- II. Devemos obedecer _____ regras do hospital.

- a) a – as
- b) a – às
- c) há – às
- d) há – as

5) Considere as orações abaixo.

- I. É necessário calma.
- II. Conhecemos lugares o mais lindos possível.

A concordância está correta em

- a) somente I
- b) somente II
- c) I e II
- d) nenhuma

6) Considere as orações abaixo e assinale a alternativa correta.

- I. O rápido garoto terminou o exercício.
 - II. O garoto anda muito rápido.
- a) Em I e II, "rápido" é um advérbio.
 - b) Em I e II, "rápido" é um adjetivo.
 - c) Em I, "rápido" é advérbio e, em II, é adjetivo.
 - d) Em I, "rápido" é adjetivo e, em II, é advérbio.

7) Considere o período e as afirmações abaixo.

Os estudantes que praticam atividades físicas sempre sentem-se mais dispostos.

- I. Se a oração subordinada fosse colocada entre vírgulas, não haveria qualquer alteração de sentido.
- II. Deveria ter sido usada a próclise.

Está correto o que se afirma em

- a) somente I
- b) somente II
- c) I e II
- d) nenhuma

8) Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, as lacunas.

- I. Há um conflito, pois as ideias dele vão _____ minhas.
 II. O doutor não estava _____ do caso.
 a) de encontro às – a par
 b) de encontro às – ao par
 c) ao encontro das – a par
 d) ao encontro das – ao par

9) Considere as orações abaixo.

- I. Prescreveu-se vários medicamentos.
 II. Trata-se de doenças graves.

A concordância está correta em

- a) somente I
 b) somente II
 c) I e II
 d) nenhuma

10) Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, as lacunas.

- I. Espera-se que o rapaz tenha bom _____.
 II. O paciente corre risco _____.

- a) censo – eminente
 b) censo – iminente
 c) senso – eminente
 d) senso – iminente

RACIOCÍNIO LÓGICO E MATEMÁTICO

11) Marcia recebeu seu salário e gastou $\frac{3}{8}$ no mercado e um

quinto do restante com vestuário, e ainda lhe sobrou do salário R\$ 1400,00. O salário que Marcia recebeu é igual a:

- a) Um valor menor que R\$ 2.500,00
 b) R\$ 2.800,00
 c) Um valor entre R\$ 2.500,00 e R\$ 2.750,00
 d) Um valor maior que R\$ 2.800,00

12) Dois candidatos A e B disputaram um cargo numa empresa. Os funcionários da empresa poderiam votar nos dois ou em apenas um deles ou em nenhum deles. O resultado foi o seguinte: 55% dos funcionários escolheram o candidato A, 75% escolheram o candidato B, 10% dos votos foram em branco. Pode-se afirmar então que o total de funcionários que escolheram somente um dentre os dois candidatos foi de:

- a) 50%
 b) 40%
 c) 90%
 d) 120%

13) Se o valor lógico de uma proposição p é verdadeiro e o valor lógico de uma proposição q é falso então o valor lógico da proposição composta $[(p \rightarrow q) \vee \sim p] \wedge \sim q$ é:

- a) Falso e verdadeiro
 b) Verdadeiro
 c) Falso
 d) Inconclusivo

14) Seja a proposição p: Maria é estagiária e a proposição q: Marcos é estudante. A negação da frase “Maria é estagiária ou Marcos é estudante” é equivalente a:

- a) Maria não é estagiária ou Marcos não é estudante.
 b) Se Maria não é estagiária, então Marcos não é estudante.
 c) Maria não é estagiária, se e somente se, Marcos não é estudante.
 d) Maria não é estagiária e Marcos não é estudante.

15) Sejam as afirmações:

- I. Se o valor lógico de uma proposição p é falso e o valor lógico de uma proposição q é verdadeiro, então o valor lógico da conjunção entre p e q é verdadeiro.
 II. Se todo X é Y, então todo Y é X.
 III. Se uma proposição p implica numa proposição q, então a proposição q implica na proposição p.

Pode-se afirmar que são verdadeiras:

- a) Todas
 b) Somente duas delas
 c) Somente uma delas
 d) Nenhuma

16) Considerando a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH, assinale a alternativa incorreta:

- a) A EBSEERH não é autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada.
 b) A integralização do capital social será realizada com recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro.
 c) No desenvolvimento de suas atividades de assistência à saúde, a EBSEERH observará as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde.
 d) A EBSEERH terá sede e foro em Brasília, Distrito Federal, e poderá manter escritórios, representações, dependências e filiais em outras unidades da Federação.

17) Considerando a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, analise os itens abaixo e a seguir assinale a alternativa correta:

- I. É dispensada a licitação para a contratação da EBSEERH pela administração pública para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social.
 II. O lucro líquido da EBSEERH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, excetuadas as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência.
 III. Ficam as instituições públicas federais de ensino e instituições congêneres impedidas de ceder à EBSEERH, no âmbito e durante a vigência de um contrato com esta empresa, quaisquer bens e direitos.
 a) Apenas I e II estão corretos
 b) I, II e III estão corretos.
 c) Apenas II está correto.
 d) Todas os itens mencionados são incorretos.

18) Considerando o Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011, que aprovou o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH, assinale a alternativa incorreta:

- a) Três membros indicados pelo Ministro de Estado da Educação farão parte do Conselho de Administração da EBSEERH.
 b) Fará parte do Conselho de Administração da EBSEERH um membro indicado pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior, sendo reitor de universidade federal ou diretor de hospital universitário federal.
 c) O prazo de gestão dos membros do Conselho de Administração será de dois anos contados a partir da data de publicação do ato de nomeação, podendo ser reconduzidos por igual período.
 d) A Presidência do Conselho de Administração da EBSEERH será exercida por qualquer um de seus membros, mediante escolha pelo próprio Conselho.

19) Considerando o Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011, que aprovou o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH, assinale a alternativa incorreta:

- a) A EBSEERH será supervisionada pelo Ministério de Estado da Educação.
 b) Opinar sobre as linhas gerais das políticas, diretrizes e estratégias da EBSEERH, orientando o Conselho de Administração e a Diretoria Executiva no cumprimento de suas atribuições é atribuição do Conselho Fiscal da EBSEERH.
 c) A EBSEERH será administrada por uma Diretoria Executiva, composta pelo Presidente e até seis Diretores, todos nomeados e destituíveis, a qualquer tempo.
 d) O órgão de auditoria interna da EBSEERH vincula-se diretamente ao Conselho de Administração.

20) De acordo com o Regimento Interno da EBSEERH, editar normas necessárias ao funcionamento dos órgãos e serviços da empresa, bem como aprovar a regulamentação do quadro de pessoal de cada diretoria, é competência:

- a) Do Conselho de Administração da EBSEERH
- b) Do Conselho Consultivo da EBSEERH
- c) Do presidente da EBSEERH
- d) Do Conselho Fiscal da EBSEERH.

LEGISLAÇÃO APLICADA AO SUS

21) A notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória alimentam um dos sistemas de informação em saúde do Brasil, denominado:

- a) Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória (SINASC).
- b) Sistema Nacional de Morbidade e Mortalidade (SIM).
- c) Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
- d) Sistema de Informações Gerenciais de Doenças de notificação compulsória (SIG-NC).

22) A lei 8080/1990 **NÃO** incluiu no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

- a) A participação na formulação da política e na execução de ações de combate à fome e distribuição de renda.
- b) A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.
- c) A vigilância nutricional e orientação alimentar.
- d) A colaboração na proteção do meio ambiente.

23) Sobre a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que define funcionamento dos conselhos de saúde, assinale a alternativa **incorreta**:

- a) A cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovem a renovação de, no mínimo, 50% de suas entidades representativas.
- b) Compete aos conselheiros examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, nas ações e aos serviços de saúde.
- c) O tempo de mandato dos conselheiros será definido pelas respectivas representações.
- d) O conselho de saúde terá poder de decisão sobre o seu orçamento e não será mais apenas o gerenciador de suas verbas.

24) Segundo o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema é a definição de

- a) Pactuação Integrada em Saúde.
- b) Rede hierarquizada em Saúde.
- c) Rede de Atenção à Saúde.
- d) Mapa da Saúde.

25) Considerando a lei 8142/1990, analise os itens abaixo e a seguir assinale a alternativa correta:

- I. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 2 (dois) anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.
 - II. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
 - III. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde. A representação dos usuários nestes conselhos será definida pelos próprios conselhos.
 - IV. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
 - V. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio provados pelas respectivas secretarias municipais, estaduais ou Ministério da Saúde.
- a) I,II,III, IV e V estão corretas.
 - b) Apenas II e IV estão corretas
 - c) Apenas I,II,IV e V estão corretas.
 - d) Apenas II, IV e V estão corretas.

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

26) A embolização distal de detritos ateromatosos tem sido considerada fonte de morbidade e de mortalidade em pacientes submetidos a procedimentos percutâneos para revascularização do miocárdio. Nesse sentido, considera-se verdadeiro que:

- a) As consequências detectáveis dessa embolização podem produzir elevações de troponina, mas não chegam a ter dimensão suficiente para produzir ondas Q patológicas.
- b) Lesões ateromatosas em enxertos de veia safena são mais friáveis, mais difusas e mais rapidamente progressivas do que lesões ateromatosas em vasos nativos.
- c) O uso de redes "em guarda-chuva" pode ser preferível ao uso de balões oclusivos distais, pois impedem mesmo a migração de menores detritos e não induzem despregamentos simplesmente ao passar pela placa.
- d) Tendo em conta o inevitável prejuízo ao fluxo sanguíneo anterógrado, dispositivos de proteção por oclusão distal à lesão não devem ser usados para colocação de *stents* em carótidas.

27) Estima-se que cerca de 1/3 dos pacientes com estenose valvar aórtica sintomática apresentem risco, excessivamente alto, para receber indicação de cirurgia tradicional. Para esse subgrupo de pacientes, de início, desenvolveu-se a técnica do implante transcater de prótese aórtica. Nesse cenário, tomando-se por referência as diretrizes internacionais de indicação para procedimentos e o ensaio PARTNER (Placement of Aortic Transcatheter Valve), considera-se verdadeiro que:

- O implante transcater de prótese aórtica mostra menores taxas de complicações precoces em relação à cirurgia tradicional, tanto na incidência de eventos vasculares encefálicos quanto de sangramentos maiores.
- Embora procedimento transcater e cirurgia tradicional se equivalham nos quadros menos graves, nos mais graves, a cirurgia em tórax aberto continua superior, independente da via de abordagem para o cateter.
- A via de abordagem transfemoral foi significativamente superior à via de abordagem transapical quanto à mortalidade e à ocorrência de deslocamentos e vazamentos perivalvares.
- O implante transcater de prótese aórtica pode ser considerado indicado num paciente com estenose valvar aórtica sintomática, área valvar aórtica de $0,65 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ de superfície corpórea, um EuroScore de 30% e cirrose hepática.

28) Homem que se julgava saudável, de 39 anos de idade, não obeso, não tabagista, sem seguimento médico progressivo, apresenta-se com início abrupto, há 3 horas, de dor muito intensa e migratória da região retroesternal para o ombro esquerdo e, depois, para o dorso, sem fatores de melhora ou de piora detectados, com assimetria evidente dos pulsos arteriais (carótídeos reduzidos, mas presentes, com braquial esquerdo ausente). Mostra-se levemente taquicárdico e severamente hipertenso. O eletrocardiograma confirma a taquicardia sinusal, com onda R de aVL de 12 mm e alterações de repolarização ventricular inferolaterais, consistentes com os padrões habitualmente vistos nas correntes de *strain*. Não se detectam elevações da troponina com 3 horas após a instalação abrupta do quadro. O dímero D também se encontra em níveis normais baixos. Não obstante a medicação iniciada, a dor permanece e parece continuar a migrar. Em relação a esse paciente:

- A acurácia diagnóstica da angiotomografia computadorizada pode aproximar-se dos 100%, com várias vantagens sobre a ressonância magnética.
- É mandatório que se realize uma cineangiocoronariografia pré-operatória para diagnóstico de doença aterosclerótica coronária associada.
- Admite-se que a realização de aortografia invasiva é cada vez mais indicada, sobretudo pela sensibilidade de 99% nos grandes centros.
- A combinação de ecocardiograma transtorácico e transesofágico atinge, no máximo, 60% de sensibilidade para o diagnóstico.

29) No que tange aos aneurismas da aorta, tem-se por válido que:

- Os acometidos por aneurismas da aorta torácica só raramente os apresentam na aorta ascendente ou na croça da aorta, sendo 70%, ou mais, dos casos inferiores à emergência da artéria subclávia esquerda.
- Os aneurismas saculares são mais frequentes do que os aneurismas fusiformes e, habitualmente, associados a risco menor de ruptura e formação de pseudoaneurismas.
- Se consideram pseudoaneurismas os abaulamentos significativos dos diâmetros aórticos consequentes a hematomas intramurais sem propriamente dissecação intimal.
- Se uma região não tiver o diâmetro maior do que 3 cm ou aumentado em ao menos 50% em relação ao trecho aórtico imediatamente proximal, será considerada ectasia da aorta, não aneurisma.

30) No tratamento da insuficiência cardíaca grave, com frequência crescente, lança-se mão de dispositivos para assistência circulatória. Em relação a esses dispositivos e aos procedimentos envolvidos com eles, admite-se que:

- Os dispositivos para assistência ventricular do tipo Novacor não se associam a maior sobrevida em 6 meses, apesar de melhorar a classe funcional e as disfunções orgânicas, por conta da alta taxa de sangramentos e de infecções.
- O balão intra-aórtico de contrapulsão obtém seus melhores resultados nos pacientes arrítmicos ou portadores de insuficiência valvar aórtica, devendo ser instalado apenas quando terapias menos invasivas houverem falhado.
- Os dispositivos implantáveis como ponte para transplante têm suas principais virtudes em deter ou reverter parcialmente falências orgânicas secundárias ou ativação neuroendócrina, favorecendo a recuperação pós-transplante.
- Os dispositivos para assistência ventricular do tipo HeartMate que geram fluxo pulsátil mostram sobrevida significativamente superior em 6, 12 e 24 meses, em comparação com os dispositivos semelhantes de fluxo contínuo.

31) Os estudos mais recentes e acurados sobre as taxas de progressão da estenose valvar aórtica indicam que:

- Embora se assumam valores médios de aumento do gradiente pressórico e da redução da área valvar a cada ano, na realidade esses valores mostram grande dispersão, tendendo a evoluir mais aceleradamente na presença de calcificação valvar, de doença arterial coronária ou com idades avançadas.
- A avaliação hemodinâmica dos gradientes pressóricos e da área valvar tem custo-efetividade e acurácia comparáveis com as dos dados ecocardiográficos e não varia significativamente com agravamentos de insuficiência mitral, falência miocárdica, anemia, febre ou gravidez.
- Na maioria dos pacientes, essas taxas de progressão são, diferentemente do que se pensava anteriormente, não só de evolução não linear como, em geral, mostram dissociações importantes, com a área valvar reduzindo-se e o pico de fluxo caindo proporcionalmente por falência ventricular.
- Os valores médios de aumento do gradiente de pressão transvalvar aórtico estão estimados em $2 \text{ mmHg} / \text{ano}$, com redução da área valvar aórtica (calculada a partir do pico de fluxo sistólico) de $0,05 \text{ cm}^2/\text{ano}$, estabelecendo prazos médios de 25 anos até alcançar gradientes severamente altos.

32) A insuficiência mitral pode ser decorrente de processos degenerativos próprios ou secundariamente adulterada por cardiomegalia severa, por exemplo, com distensão do anel valvar e tração dos papilares. No cenário dessa insuficiência mitral secundária, o estudo EVEREST II mostrou que:

- Obteve resultados menos questionáveis por ter homogeneizado adequadamente grupos com valvopatia primária ou secundária.
- A morbimortalidade precoce é estatisticamente igual, tanto com correção valvar cirúrgica como com o implante percutâneo de cliques valvares.
- A correção valvar cirúrgica é claramente superior, a longo prazo, ao implante percutâneo de cliques valvares.
- O implante percutâneo de cliques valvares é tecnicamente muito simples, demanda pouco treinamento específico e é custo-efetivo.

33) No caso de endocardite infecciosa relacionada a dispositivos intracardíacos infectados, sabe-se que:

- a) O ecocardiograma permite reconhecer vegetações aderidas aos fios desses dispositivos com relativa facilidade, pela grande diferença de densidade e porque não costumam existir trombos aderidos nessas estruturas.
- b) Nos últimos 25 ou 30 anos, a incidência de endocardite infecciosa associada a esses dispositivos aumentou quase 3 vezes mais do que a sua taxa de implantação.
- c) As vegetações podem aderir a qualquer ponto desses dispositivos, mas mais comumente nos seus locais de fixação ao miocárdio e menos comumente nas proximidades da valva tricúspide.
- d) Os germes mais comumente envolvidos com a infecção desses dispositivos são as enterobactérias, acarretando porcentagem relativamente grande de hemoculturas estéreis.

34) Nos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica renovascular, considera-se que:

- a) O tratamento de escolha é a angioplastia (isoladamente) quando a lesão é por displasia fibromuscular (DFM) e se encontra no tronco da artéria renal, sendo as divisões e as artérias segmentares muito mais difíceis de abordar.
- b) Embora a taxa de sucesso com a angioplastia seja bastante alta na displasia fibromuscular (DFM), a reestenose costuma ocorrer em cerca de 50% dos pacientes no período de um ano, pelo que a indicação é de angioplastia + *stent*.
- c) A redução da pressão arterial, a melhora do clearance renal e a taxa de sobrevida de 5 anos são maiores nos pacientes após angioplastia, com ou sem *stent*, na doença aterosclerótica do que na displasia fibromuscular (DFM).
- d) Os resultados da angioplastia, com ou sem *stent*, são significativamente piorados com a braquiterapia regional e significativamente melhorados com o uso de estatinas orais.

35) No tratamento invasivo da insuficiência cardíaca, as melhores evidências disponíveis (estudo EchoCRT), sugerem que:

- a) A duração do QRS ao eletrocardiograma é superior às evidências de dissincronia mecânica obtidas pela análise ecocardiográfica como preditor do sucesso da ressincronização miocárdica por dispositivo implantado.
- b) A indicação de implante do ressincronizador miocárdico é eficaz mesmo com durações de QRS menores do que 150 ms, tendo efeito estatisticamente significativo até durações de QRS de 120 ms.
- c) O implante do ressincronizador miocárdico é indicado nos pacientes com duração menor de QRS (até 120 ms) desde que a morfologia seja de bloqueio de ramo esquerdo ou de bloqueio fascicular esquerdo.
- d) Os ressincronizadores miocárdicos melhoram a classe funcional e a necessidade de internações por descompensação cardíaca, mas não a mortalidade global, por conta das complicações associadas.

36) Para a anticoagulação de longo prazo nos portadores de próteses valvares metálicas, sabe-se que:

- a) A composição de aspirina, clopidogrel e fondaparinux consegue efeitos não inferiores aos da varfarina, com menos complicações de todo tipo.
- b) Valores laboratoriais de pico da varfarina (coleta até 2 horas após a tomada) são melhores indicadores de adequação do que os valores médios ou basais.
- c) A bivalirudina é não inferior à varfarina nos efeitos desejados, junto a complicações hemorrágicas e trombóticas muito menores.
- d) Dabigatran não se mostrou superior à varfarina nos efeitos desejados, junto a significativamente mais complicações tanto hemorrágicas quanto trombóticas.

37) Constitui indicação classe IIa para implante de marca-passo definitivo, com a finalidade de induzir movimento sistólico paradoxal do septo interventricular e alívio da obstrução ao ventrículo esquerdo nos pacientes portadores de cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva:

- a) Pacientes com obstrução severa mesmo em repouso.
- b) Pacientes sintomáticos e que recusem intervenção cirúrgica.
- c) Nenhuma circunstância clínica.
- d) Refratariedade ao uso de medicações em idosos > 75 anos.

38) Entre os pacientes que teriam contra-indicação à realização de angiografia coronária e ventriculografia esquerda, temos:

- a) Os que já tiveram múltiplas internações por dor torácica, sem diagnóstico evidente.
- b) Os que se recusam a receber procedimentos de revascularização.
- c) Portadores de obesidade extrema ou com extrema incapacitação física.
- d) Sobreviventes de parada cardíaca ou portadores de arritmia grave.

39) Em relação à hipertensão pulmonar, é verdadeiro que:

- a) Quanto menor a altitude, maior a hipertensão pulmonar e mais acentuado o aumento da hipertensão pulmonar com o exercício.
- b) A circulação pulmonar expressa menor atividade dos alfa-receptores vasodilatadores quanto mais exposta à hipertensão.
- c) Mesmo em idades mais avançadas e em regimes hipertensivos, as artérias pulmonares não desenvolvem placas ateromatosas.
- d) O tono vascular pulmonar é regulado por canais de potássio cálcio-dependentes e voltagem-dependentes.

40) Em relação à febre reumática, observa-se que:

- a) A baixa variabilidade da proteína M estreptocócica favorece o desenvolvimento da vacina contra o *Streptococcus pyogenes*, bem como a identificação dos epítomos que propiciam suas reações autoimunes.
- b) Os determinantes genéticos de suscetibilidade são cada vez mais reconhecidos como decisivos para o desenvolvimento da doença, justificando a incidência quase imutável em algumas regiões.
- c) O grande declínio de sua incidência no mundo não tem acarretado redução correspondente dos problemas valvares globais, posto que o aumento da expectativa de vida aumenta a representação das valvopatias degenerativas.
- d) O uso prolongado de moduladores da resposta imune inata, como o metotrexate, em baixas doses, reduz a hipersensibilidade ao estímulo estreptocócico, dificultando recorrência dos surtos inflamatórios.

41) Tanto para diagnóstico de algumas formas de cardiomiopatia como para o controle das rejeições nos pacientes submetidos a transplante cardíaco, a biópsia endomiocárdica pode ser realizada e:

- a) Nos controles anuais dos pacientes transplantados, só se realiza a coronariografia junto com a biópsia se houver sintomas que justifiquem.
- b) Implica em introdução do biótomo por via arterial, posto que as amostras do ventrículo esquerdo têm poder preditivo maior do que as do ventrículo direito.
- c) O procedimento implica em jejum de 6 horas, medicação pré-anestésica e sedação temporária com propofol, dado o dolorimento comum nesses casos.
- d) Quando se faz a biópsia do ventrículo direito, o ponto de coleta deve ser próximo ao septo interventricular, pelos riscos de perfuração da parede livre.

42) Um homem de 46 anos de idade se apresenta com queixas de fadiga e emagrecimento não voluntário há 4 meses, ao longo dos quais refere diversos episódios de palpitações, ruborização facial e diarreia. Sem episódios febris ou outras lesões cutâneas no período. Nega veementemente uso de drogas injetáveis. Encontra-se onda “v” do pulso jugular aumentada, com colapso “y” brusco, junto a sopro holossistólico, regurgitativo, grau II, em área tricúspide, acentuado com a manobra de Rivero-Carvalho. O restante do exame físico completo não revelou anomalias. O paciente conta que, em exame admissional realizado um ano antes, não se havia notado nenhum problema em seu exame físico. Não se encontram evidências de comprometimento das demais valvas, nem se recobra alguma história sugestiva de surtos de febre reumática no passado. Em relação à principal hipótese diagnóstica para este caso, pode-se dizer que:

- a) É razoável supor a presença de metástases hepáticas.
- b) As hemoculturas devem revelar mais provavelmente enterobactérias.
- c) A dosagem da antiestreptolisina O sérica provavelmente estará elevada.
- d) A arteriografia pulmonar é o padrão-ouro para esse diagnóstico.

43) Mulher de 67 anos de idade, sabidamente portadora de estenose mitral por cardiopatia reumática crônica, é encaminhada com história de instalação de fibrilação atrial crônica há oito meses, com piora da dispneia aos esforços. Seu ecocardiograma transesofágico confirma a estenose mitral, com área valvar de 1 cm² e score de 7, junto a moderada hipertensão pulmonar, sem visualização de trombos atriais. Sobre a realização de valvoplastia mitral percutânea com balão em cenários semelhantes, pode-se afirmar que:

- a) Cerca de 10% desses pacientes desenvolve insuficiência mitral severa com esse procedimento.
- b) Esse procedimento é de escolha para pacientes com perfil semelhante ao descrito nesta paciente.
- c) Espera-se a intercorrência de acidentes vasculares encefálicos embólicos em cerca de 10% desses pacientes.
- d) Logo após o procedimento, será possível detectar uma pequena comunicação interatrial em 40% desses pacientes.

44) No caso das pericardites pós-infarto do miocárdio, as evidências são de que:

- a) A incidência precoce dessas pericardites se relaciona à resposta autoimune, mais que ao tamanho do infarto.
- b) A terapêutica trombolítica aumenta a incidência da forma precoce dessas pericardites.
- c) A incidência precoce dessas pericardites é tão maior quanto maior o tamanho do infarto.
- d) A detecção de atrito pericárdico costuma ser tardia nesses casos, sendo mais precoce a dor torácica recorrente.

45) Quanto aos infartos atriais, conhece-se que:

- a) A menor distensão da parede atrial direita torna-a quase sempre mais preservada do que a atrial esquerda, apesar da maior oxigenação desta.
- b) Envolvem mais o átrio direito que o esquerdo e se associam mais comumente com infartos do ventrículo esquerdo que do direito.
- c) Não se associam à manifestações de localização eletrocardiográfica, sintomas específicos ou maior ocorrência de arritmias.
- d) Não há descrição de casos de ruptura da parede atrial infartada, sendo mais comuns os episódios embólicos a partir de trombos murais atriais.

46) A circulação colateral coronária:

- a) Tem sua abertura prejudicada, em condições isquêmicas, se houver fatores que reduzam a atividade da óxido nítrico sintase endotelial, como o diabetes mellitus.
- b) Permanece aberta e funcional em condições normais, dilatando-se um pouco mais quase imediatamente quando se estabelece um gradiente de pressão entre artérias coronárias epicárdicas.
- c) Estará aberta na sua forma máxima poucos dias depois de ativada, quando a resposta endotelial e das membranas basais lhe conferirem uma estrutura de artéria madura.
- d) Pode quintuplicar sua área de secção transversa mediante a prática de atividade física aeróbica prolongada, o que reforça a indicação de reabilitação cardíaca para pacientes anginosos crônicos.

47) Numa mulher jovem, portadora da síndrome de Turner, encontramos:

- a) A comunicação interatrial como a cardiopatia mais comumente associada.
- b) Taxa de cardiopatias associadas, semelhante à da população geral.
- c) Que a cardiopatia associada mais comumente é a coarctação da aorta.
- d) Taxa significativamente mais elevada de dextrocardia.

48) Na pericardite tuberculosa, caracteristicamente se encontra:

- a) Instalação de derrames maiores mais rapidamente do que nas outras formas.
- b) Melhora acelerada com o uso de corticoides junto ao esquema triplíce.
- c) Acometimento linfático e espalhamento hematogênico muito raros.
- d) Grande dificuldade de isolar o agente no líquido pleural.

49) Nos pacientes que apresentem infarto agudo do ventrículo direito, é possível:

- a) Detectar o sinal de Kussmaul, elevação paradoxal inspiratória da pressão jugular.
- b) Obter melhora hemodinâmica significativa com o uso de nitroglicerina sublingual.
- c) Ter benefício desligando um eventual marca-passo unicameral ou bicameral à direita até cicatrização do infarto.
- d) Encontrar elevações de ST ≥ 2 mm nas derivações V3 e V4.

50) Ao lançar mão do marca-passo provisório transcutâneo, sabemos que:

- a) Os baixos níveis de corrente elétrica usados não lesam a musculatura torácica ou cardíaca.
- b) Em cerca de 40% dos pacientes, não se consegue estimulação adequada do coração.
- c) O procedimento é confortável o bastante para poder ser mantido por várias horas ou dias.
- d) As intercorrências como indução de fibrilação ventricular por defeitos de sensibilidade ainda são comuns.