

## ESPECIALIDADE: CARDIOLOGIA



VERSÃO  
A

### COMANDO DA AERONÁUTICA

#### EXAME DE ADMISSÃO AOS CURSOS DE ADAPTAÇÃO DE MÉDICOS, DENTISTAS E FARMACÊUTICOS DA AERONÁUTICA (CCC 2010)

01	D	<p>A alternativa correta pode ser comprovada mediante os seguintes excertos:</p> <p>“(...) os médicos constituem a linha da frente da medicina aeronáutica e são, como tal, os primeiros responsáveis pelo apoio ao pessoal navegante.”</p> <p>“A sua tarefa na assistência ao pessoal navegante compreende o ensino e demonstração da fisiologia de voo, a detecção precoce de alterações recuperáveis que possam interferir na aptidão para o voo ou com a otimização da condição física e psicológica para o desempenho das missões, o aconselhamento em termos de adequação das condições de cada tripulante às missões, a suspensão temporária da atividade aérea em casos de incapacidades súbitas e breves, a orientação (e acompanhamento de todo o processo) para o Hospital ou o Centro de Medicina Aeronáutica de situações não passíveis de intervenção em nível da Base Aérea.</p> <p>“Este estatuto de <i>Flight Surgeon</i> visa, sobretudo, influenciar todo o pessoal navegante que com ele convive diariamente a adotar estilos de vida baseados em medidas preventivas que conduzam à preservação do máximo das suas capacidades e da respectiva aptidão”.</p>
02	A	<p>A alternativa correta encontra respaldo no seguinte trecho: “A vida aeronáutica militar, pela sua especificidade, pelo risco inerente à operação nos limites da aeronave e do organismo humano, pela necessidade de aumentar a operacionalidade nos pressupostos de mais alto, mais rápido e mais longe, impunha a necessidade de melhor gestão dos recursos humanos, de maior apoio ao pessoal envolvido nas operações, de mais investigação no âmbito da adequação da interface homem-máquina, de mais e melhor treino, da vivência de situações simuladas, de ambientes equivalentes/próximos da operacionalidade real, da exposição em situações de segurança à altitude, acelerações, circunstâncias de menor ou alterada estimulação sensorial etc”.</p>
03	B	<p>Prerrogativa significa “Concessão ou vantagem com que se distingue uma pessoa ou uma corporação; privilégio, regalia; Faculdade ou vantagem de que desfrutam os seres de um determinado grupo ou espécie; apanágio, privilégio.”, significado que não é mencionado no texto.</p>
04	D	<p>Na alternativa correta temos o emprego da expressão sem dúvida, que torna evidente a opinião dos autores. Nas demais alternativas, temos apenas informações passadas pelos autores, sem, contudo, opiniões próprias.</p>
05	B	<p>Em alguns casos, o travessão é usado para substituir as vírgulas e/ou os parênteses. Nesse caso, o autor poderia optar por parênteses também. Os termos seguintes retomam a expressão “um outro conhecimento”.</p>

06	C	A alternativa apresenta o mesmo número de fonemas e de letras. Deve-se destacar que, embora o X de “extrema” seja pronunciado como /s/, há um fonema. Nas demais alternativas, há ocorrências de dígrafos vocálicos, quando as letras m e n não representam consoantes, mas tão-somente indicam que a vogal anterior é nasal. São exemplos – conhecimento (dígrafo e dígrafo vocálico); circunstâncias, ambiente (2 dígrafos vocálicos), incapacidade (1 dígrafo vocálico).
07	D	O nono parágrafo emprega o verbo <u>surge</u> , o qual se refere à expressão <u>o conceito de “flight surgeon”</u> , no início do 8.º par.: “O conceito de “ <i>flight surgeon</i> ” <u>surge</u> nesta sequência, com a necessidade sentida da presença de médico especialista nesta área do conhecimento junto das tripulações.” (...) “Mas <u>surge também</u> pela necessidade...”.
08	C	Temos uma oração desenvolvida. As demais estão incorretas, pois apresentam, orações reduzidas de infinitivo.
09	B	Temos um particípio em função de nome (ligados) que requer um complemento nominal: ligados a quê? À medicina preventiva.
10	A	Não há emprego de conjunções/locuções conjuntivas de valor aditivo, fato que ocorre nas demais alternativas.
11	B	São todas oxítonas. Considera-se sílaba tônica a mais “forte”. Classificam-se de acordo com a posição da sílaba tônica – oxítônica (a sílaba tônica é a última); paroxítônica (sílabas tônica é penúltima) e proparoxítônica (a sílaba tônica é a antepenúltima). Independentemente de acento gráfico, todas as palavras da língua apresentam sílaba tônica e átona; as trissílabas e polissílabas apresentam, também, as subtônicas.
12	A	O elemento destacado introduz uma oração subordinada substantiva objetiva direta. Trata-se de uma conjunção integrante, cuja função é introduzir uma oração que completará o sentido do verbo <u>pretender</u> e introduz uma oração subordinada substantiva objetiva direta. Nas demais alternativas, temos pronomes relativos introdutórios de oração subordinada adjetiva.
13	C	Se trata de um adjunto adverbial de modo: de modo/maneira impune. Nem todo advérbio em -mente apresenta sentido de modo.
14	A	A expressão destacada vem após um verbo de ligação.
15	D	O verbo é pronominal, ou seja, o pronome é parte integrante do verbo. As letras A, B e C acompanham verbos transitivos diretos.
16	C	O único sufixo formador de advérbios em português é –mente, que se anexa a bases adjetivas. Na alternativa (C), temos a base adjetiva IMPUNE acrescida do sufixo –MENTE.
17	B	O pretérito perfeito exprime os processos verbais concluídos e localizados em um momento ou período definido do passado (foram, permitiram); o futuro do pretérito expressa processo posterior ao momento passado a que nos estamos referindo; pode expressar dúvida ou incerteza em relação a um fato passado, hipótese, como é o caso (sujeitaria). O pretérito imperfeito tem várias aplicações: pode transmitir uma idéia de continuidade de processo que no passado era constante ou freqüente, como é o caso (elevava).
18	C	Nesse contexto, a preposição poderia ser substituída por outras, tais como: ‘devido a’, ‘por causa

		<i>de'</i> etc. A preposição é a palavra invariável que atua como conectivo entre palavras ou orações, estabelecendo sempre uma relação de subordinação. Isso significa que, entre os termos ou orações ligadas por uma preposição, haverá uma relação de dependência. Em alguns casos, as preposições não apenas conectam termos da oração, mas também evidenciam diferença de sentido entre as frases.
19	D	O sujeito composto é aquele que apresenta mais de um núcleo nominal (núcleo do sujeito) sem preposição: <u>A saúde das tripulações, o meio desenvolvido, a familiaridade com os ambientes</u> . Nas demais alternativas, temos apenas um núcleo.
20	A	O pronome destacado desempenha função de <u>objeto direto</u> , complemento do verbo <u>relacionar</u> , da mesma forma que o complemento do enunciado, que complementa o sentido do verbo <u>ameaçar</u> , sem preposição.
21	A	Todos os exames descritos podem ser utilizados na investigação do tromboembolismo pulmonar mas a angiografia permanece sendo o exame padrão ouro por ser o exame de maior sensibilidade e especificidade no diagnóstico dessa doença.
22	D	Na fibrilação atrial pode ser indicado o implante do MP provisório somente se FC muito baixa e sinais de instabilidade hemodinâmica. O BAV 1º grau ocorre em menos de 15% dos pacientes na Unidade Coronariana (UCO) e costuma associar-se a uso de digital, beta-bloqueador ou bloqueador canais de cálcio. A conduta é expectante. O BAV 2º grau MOBILZ I corresponde a menos de 10% dos pacientes na UCO e a maioria dos BAV 2º grau; a maioria é supra-hissiano com QRS estreito, é transitório (< 72h pós-IAM) e raramente evolui para BAVT. Está mais associado a oclusão da coronária direita (infarto inferior). O BAV 2º grau MOBILZ II ocorre em menos de 1% dos pacientes na UCO e 10% dos casos de BAV 2º grau, a maioria é infra-hissiano c/ QRS largo e às vezes bloqueio trifascicular; evolui frequentemente com BAVT e quase sempre associado a infarto anterior extenso. Requer marcapasso transitório.
23	C	Das condições citadas, a neoplasia intracraniana constitui contra-indicação absoluta ao uso de trombolíticos. A hipertensão arterial severa e a úlcera gástrica com sangramento recente são contra-indicações relativas. A menstruação não contra-indica o uso da estreptoquinase.
24	B	A estenose da artéria renal é a segunda causa mais comum de hipertensão arterial secundária, perdendo apenas para a hipertensão secundária a doença renal parenquimatosa. As causas mais comuns de hipertensão renovascular são a aterosclerose e a displasia fibromuscular. Pela descrição acima, mulher jovem com hipertensão arterial de recente começo e com o achado de sopro em loja renal sugere fortemente o diagnóstico de displasia fibromuscular.
25	D	Todas as alternativas demonstram indicações claras de intervenção cirúrgica.
26	A	Pulso de Corrigan (martelo-d'água) => pulso amplo com colapso rápido; Sinal de Duroziez => sopro audível na artéria femoral, sendo sistólico se a artéria é comprimida proximalmente e diastólico se a compressão for distal. Sinal de Musset => movimento da cabeça relacionado com os batimentos cardíacos. Sinal de Quincke => pulso capilar.
27	B	Trata-se de uma paciente de alto risco para doença arterial coronariana com um quadro sugestivo de angina, mas que no momento estava assintomática. O ECG inalterado, a primeira dosagem enzimática normal e mesmo o ecocardiograma inalterado não afastam a possibilidade de ser uma insuficiência coronariana sem supra-ST. Portanto nesses casos, deve-se manter a paciente em observação e repetir o ECG e as enzimas cardíacas nas próximas 6 e 12h. Se persistirem normais, libera-se a paciente com encaminhamento para realizar um teste ergométrico ou outro exame de

		investigação para isquemia miocárdica não-invasivo.
28	D	As 3 primeiras alternativas constituem condições de alto risco para endocardite e por isso requerem profilaxia. A revascularização miocárdica prévia caracteriza risco muito baixo e por isso não necessita profilaxia.
29	A	Paciente com IAM evoluindo com EAP. Nesses casos é totalmente contra-indicado o uso de B-bloqueadores, menos ainda EV. As outras medicações citadas podem e devem ser usadas nesses casos.
30	A	Em jovens deve-se dar preferência às próteses metálicas e nos mais idosos opta-se pelas biológicas. As próteses metálicas apresentam maior durabilidade que as biopróteses; As próteses metálicas apresentam maior incidência de eventos tromboembólicos e por isso mesmo requerem anticoagulação sempre.
31	C	As alterações eletrocardiográficas que podem aparecer na hiperpotassemia são inicialmente as ondas T apiculadas. Mais tardiamente surgem o alargamento do complexo QRS e achatamento da onda P. Pode evoluir para taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular.
32	B	Tanto os inibidores da enzima conversora (IECA) quanto os bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) são contra-indicados na gravidez pelo risco de complicações fetais.
33	A	Das opções descritas acima a única que pode estar presente em casos de intoxicação digitalica é a fibrilação atrial com baixa resposta ventricular.
34	C	Quadro clínico compatível com IAM anterior extenso (transmural) pela história clínica, exame físico e as alterações descritas no ECG.
35	B	A hipertensão arterial maligna é caracterizada por pressão arterial diastólica em geral superior a 120 mmHg, presença de exudatos, hemorragias e edema de papila no exame de fundo de olho e uma insuficiência renal aceleradamente progressiva, que conduz o paciente à morte em até 2 anos após o início do quadro, a menos que o paciente faleça antes de um acidente vascular cardíaco ou cerebral, ou seja, tratado precoce e convenientemente.
36	C	O tratamento preconizado para reversão de taquicardia supraventricular inicia-se com massagem do seio do carotídeo. Se não houver reversão, usa-se a adenosina (classe 1) que é uma droga de meia-vida muito curta e por isso mesmo deve ser utilizada em bolus e seguido de infusão rápida de 20ml de água destilada. Normalmente não necessita de cardioversão elétrica exceto em casos de instabilidade hemodinâmica (angina em paciente possivelmente coronariopata, sinais de ICC, hipotensão ou rebaixamento do nível de consciência). Não se recomenda uso do propranolol nesses casos.
37	A	Os critérios do escore de risco TIMI compreendem além dos descritos nos itens (b), (c) e (d): # Presença de 3 ou mais fatores de risco para DAC (HAS, DM, dislipidemia, tabagismo, antecedente familiar) # Infra-ST maior ou igual a 0,5mm # Elevação de marcadores cardíacos # Angina grave recente (2 ou mais episódios nas últimas 24h).

38	D	Na alternativa (a) a menopausa não é um fator independente. Na (b) apenas o HDL é considerado um fator independente. E na (c) o uso de contraceptivos orais não é fator independente para o desenvolvimento da aterosclerose.
39	D	BAV 1º grau (a), diminuição progressiva do BNP (b) e valores baixos de troponina (c) não são determinantes de mau prognóstico.
40	D	Os itens (a), (b) e (c) não constituem indicação imediata de coronariografia. Múltiplas internações por dor torácica e presença de extrassístoles permitem uma investigação não-invasiva de doença coronariana obstrutiva. E no caso da angina estável que responde ao tratamento clínico e sem evidências de isquemia em testes não-invasivos não necessitam seguir a investigação com cateterismo cardíaco.
41	C	O quadro clínico é típico de estenose mitral.
42	B	Paciente com quadro sugestivo de fibrilação atrial recorrente, de tempo indeterminado. Encontra-se estável hemodinamicamente e não existe certeza do momento do início da arritmia (possivelmente 5 dias). Nestes casos a cardioversão, química ou elétrica não é indicada pelo risco de já haver formação de trombos na auriculeta esquerda (local mais comum) e com a cardioversão ocorrer desprendimento de um trombo e embolia à distância. Portanto nessas situações recomenda-se reduzir a FC e iniciar anticoagulação oral (se não houver contra-indicação).
43	D	Das opções citadas, o tilt test não faz parte da avaliação de viabilidade miocárdica. É um exame utilizado na investigação e diagnóstico de síncope de origem neurocardiogênica.
44	D	Todas as afirmativas estão corretas em relação a febre reumática.
45	C	O sopro de Carey Coombs é um sopro mesodiastólico apical que pode estar presente na febre reumática, caracterizando-se por uma valvulite mitral. Já o sopro de Austin Flint está presente na insuficiência aórtica grave.
46	A	A estreptoquinase, a uroquinase e o ativador do plasminogênio tecidual não são utilizados em insuficiência coronariana aguda sem supra-ST.
47	B	Os dados informados nos itens (a), (c) e (d) constituem critérios menores para o diagnóstico de endocardite infecciosa.
48	C	O Streptococcus bovis faz parte da flora intestinal normal e é responsável por até 27% dos casos de endocardite em valvas nativas. Sua presença possui correlação íntima com pólipos ou tumores malignos no colon. Daí a necessidade de uma investigação subsequente.
49	D	A maioria dos pacientes com CMH é assintomática, mas quando presente, a dispnéia é o sintoma mais comum (quase 70%). Está relacionada a disfunção diastólica por aumento do tempo de relaxamento isovolumétrico associado à isquemia e diminuição da distensibilidade associada à fibrose e ao desarranjo das fibras miocárdicas. A dor precordial está presente em 38% dos casos e resulta de aumento da massa muscular e desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio.
50	A	O quadro de hipertensão arterial associado aos surtos descritos de cefaléia, palpitação e sudorese são característicos e sugerem fortemente o diagnóstico de feocromocitoma.

<b>51</b>	B	A quinidina e a digoxina não são utilizadas nesses casos. Já o propranolol pode ser utilizada para reduzir a FC mas tem baixa eficácia na reversão da arritmia. A cardioversão elétrica iniciando com 50J é a opção mais adequada.
<b>52</b>	B	O que determina o uso de fibrinolítico na embolia pulmonar é o estado hemodinâmico do paciente. Se houver sinais de instabilidade hemodinâmica o trombolítico deve ser utilizado. Se o paciente estiver estável, dá-se preferência a heparina não-fractionada.
<b>53</b>	C	O quadro clínico é muito sugestivo de miocardite de origem viral evoluindo com insuficiência cardíaca descompensada grave.
<b>54</b>	B	Paciente apresentando fibrilação atrial aguda, evoluindo com estabilidade hemodinâmica. Nesses casos o melhor tratamento é com amiodarona dose de ataque seguido de manutenção em bomba infusora. Pode-se também utilizar os beta-bloqueadores ou bloqueadores de canais de cálcio. Em casos de instabilidade hemodinâmica já se faz necessária a cardioversão elétrica mas iniciando com 100J. Já a digoxina pode ser usada nos casos que evoluem para ICC, mas não na dose citada. Desfibrilação com 360J não se faz em pacientes com fibrilação atrial.
<b>55</b>	C	O quadro clínico é sugestivo de pericardite mas faz diagnóstico diferencial com insuficiência coronariana aguda. O ECG da pericardite pode ser dividido em 4 fases e na FASE I apresenta supra-ST em quase todas as derivações (poupa apenas aVR e V1) e pode chegar a 5mm.
<b>56</b>	C	Ginecomastia é um efeito colateral característico da espironolactona.
<b>57</b>	D	O pulso paradoxal é uma alteração característica presente em casos de tamponamento cardíaco. Não ocorre nas outras situações.
<b>58</b>	A	Em idosos, principalmente nos hipertensos e diabéticos, a causa mais comum de estenose aórtica é degenerativa. Em casos associados a lesão mitral, a etiologia reumática é a mais frequente.
<b>59</b>	B	Paciente pós-IAM evoluindo com insuficiência ventricular esquerda e choque cardiogênico. A dobutamina é a droga preferida porque ela pode aumentar o débito cardíaco, com diminuição da pressão de enchimento ventricular, sem determinar aumento significativo da frequência cardíaca nem causar arritmias ou aumento do consumo do oxigênio, o que aumentaria a extensão do infarto.
<b>60</b>	A	O quadro é muito sugestivo de IAM com supra-ST em parede inferior (D2, D3 e aVF). Tem indicação imediata de cineangiogramia visando intervenção percutânea para reduzir o tamanho da área infartada.