



SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
PROCESSO SELETIVO À RESIDÊNCIA MÉDICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Não deixe de preencher as informações a seguir.

Prédio														Sala					
Nome do Candidato																			
Nº de Identidade						Órgão Expedidor				UF		Nº de Inscrição							
CARDIOLOGIA																			

ATENÇÃO

- Abra este Caderno, quando o Fiscal de Sala autorizar o início da Prova.
- Observe se o Caderno está completo. Ele deverá conter 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada.
- Se o Caderno estiver incompleto ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal.
- Ao receber o caderno de prova, preencha, nos espaços apropriados, o seu Nome completo, o Número do seu Documento de Identidade, a Unidade da Federação, Número de Inscrição, o Número do Prédio e o Número da Sala.
- Para registrar as alternativas escolhidas nas questões da prova, você receberá um Cartão-Resposta com seu Número de Inscrição.
- As bolhas do Cartão-Resposta devem ser preenchidas totalmente, com caneta esferográfica azul ou preta, totalizando 50 (cinquenta) questões.
- Você dispõe de 4 horas para responder toda a Prova – já incluído o tempo destinado ao preenchimento do Cartão-Resposta. O tempo de Prova está dosado, de modo a permitir fazê-la com tranquilidade.
- Você só poderá retirar-se da sala **2 (duas) horas** após o início da Prova.
- Preenchido o Cartão-Resposta, entregue-o ao Fiscal, juntamente com este Caderno e deixe a sala em silêncio.

BOA SORTE !

01. De acordo com a semiologia cardíaca, os pulsos arteriais podem variar conforme seu formato e amplitude. Há uma correlação adequada entre pulso e doença de base nas opções abaixo, EXCETO em

- A) pulso alternante – insuficiência cardíaca. D) pulso bífido – cardiomiopatia hipertrófica.
 B) pulso paradoxal – tamponamento cardíaco. E) pulso dicrótico – tamponamento cardíaco.
 C) pulso anacrótico – insuficiência aórtica.

02. São causas de hipofonese do primeiro ruído cardíaco, EXCETO

- A) Intervalo PR curto. D) Estenose mitral calcificada.
 B) Bloqueio de ramo esquerdo. E) Baixo débito cardíaco.
 C) Insuficiência aórtica grave.

03. O sopro cardíaco surge quando o sangue, submetido a um gradiente de pressão entre 2 pontos, modifica seu padrão laminar de fluxo. Sendo assim, é correto afirmar, EXCETO, que

- A) a estenose aórtica silenciosa ocorre quando a lesão é muito grave ou quando há disfunção ventricular.
 B) sopro contínuo é aquele que tem início na sístole e se estende através da segunda bulha.
 C) na cardiomiopatia hipertrófica, o sopro é mesossistólico, devido à obstrução subaórtica da via de saída do VE; ou holossistólico, devido à insuficiência mitral provocada pelo movimento sistólico anterior da mitral.
 D) o sopro de Gallavardin tem um timbre musical ou piante, mesossistólico, no ápice do VE, que corresponde à insuficiência mitral por ruptura de cordoalha.
 E) o sopro do prolapso da valva mitral classificadamente é mesossistólico, podendo ser precedido de um ou mais clicks mesossistólicos.

04. São consideradas complicações relacionadas à ablação da fibrilação atrial para manutenção do ritmo sinusal, EXCETO

- A) derrame pericárdico e tamponamento cardíaco. D) estenose de veias pulmonares.
 B) fístula átrio-esofágica. E) lesão do nervo frênico.
 C) perfuração do VD.

05. Em relação à ocorrência de fibrilação atrial (FA) pós-operatória, é correto afirmar, EXCETO, que

- A) o flutter atrial é menos comum do que a FA após a cirurgia cardíaca.
 B) caso a FA persista por mais de 48h, a anticoagulação com heparina ou oral está indicada, apesar do risco potencial de sangramento em pacientes cirúrgicos.
 C) o controle da frequência cardíaca deve ser sempre preferível, quando há estabilidade hemodinâmica, pois a FA nesses pacientes costuma ser autolimitada.
 D) em casos de instabilidade hemodinâmica, sempre se indica a cardioversão elétrica sincronizada.
 E) os betabloqueadores de ação longa são úteis nos casos de função ventricular esquerda limitrofe, para manter a estabilidade hemodinâmica.

06. Considera-se recomendação classe III para manejo da fibrilação atrial na Síndrome de Wolf-Parkinson-White, EXCETO

- A) Digital. B) Adenosina. C) Verapamil. D) Betabloqueador. E) Procainamida.

07. Na ecocardiografia, embora os registros Modo-M tenham sido amplamente substituídos pela imagem bidimensional, ainda tem papel na avaliação do movimento rápido de estruturas cardíacas. Sendo assim, é INCORRETO afirmar que

- A) o registro Modo-M da valva mitral é análogo ao registro da valva tricúspide.
 B) o fechamento médio-sistólico da valva pulmonar ocorre na hipertensão arterial pulmonar.
 C) na estenose pulmonar, há ausência da onda A.
 D) a onda A da valva pulmonar corresponde ao leve deslocamento do folheto na diástole, após a contração atrial.
 E) a diminuição ou ausência da onda A pulmonar pode corresponder à hipertensão pulmonar.

08. Em relação às anomalias congênitas, é INCORRETO afirmar que

- A) defeitos do septo interatrial, tipo *ostium primum* estão quase sempre associados a anomalias das valvas atrioventriculares, especialmente *cleft mitral* do folheto anterior da mitral.
 B) a anomalia de Ebstein pode ser encontrada como defeito anatômico isolado ou associado à presença de um feixe de condução anômalo (síndrome de pré-excitação).
 C) a fístula artério-venosa coronária é uma anomalia congênita rara, que pode se apresentar em adultos jovens como sopro contínuo.

- D) o cor triatriatum é uma anomalia da valva mitral que cursa com falha de coaptação dos folhetos e importante regurgitação primária.
- E) a rede de Chiari é uma valva proveniente da veia cava inferior, com extensões fibrosas para o átrio direito, podendo associar-se ao aneurisma do septo interatrial ou forâmen oval permeável.

09. O miocárdio não-compactado é uma cardiomiopatia primária genética. Sobre ela, é INCORRETO afirmar que

- A) sua ocorrência é maior no VE, sendo predominantemente apical.
- B) é promissora a resposta com ciclofosfamida em pulsoterapia, quando o diagnóstico é feito até a adolescência.
- C) sua prevalência estimada é de 0,05% da população geral.
- D) suas trabeculações numerosas e proeminentes não estão em comunicação com os vasos coronários.
- E) se inclui em seu diagnóstico diferencial: endomiocardiofibrose, cardiomiopatia hipertrófica apical ou restritiva, trombos apicais e displasia arritmogênica do vd.

10. Sobre o tratamento da hipertensão arterial pulmonar idiopática, é INCORRETO afirmar que

- A) há consenso de que a anticoagulação oral deve ser instituída.
- B) cerca de 50% dos pacientes respondem ao uso de bloqueadores dos canais de cálcio.
- C) se recomenda o uso de oxigênio inalatório domiciliar na dose de 8 a 10 l/min, para manter uma saturação de O₂ acima de 90%.
- D) o bosentan é um inibidor de receptor da endotelina e tem como reação adversa mais importante a elevação das enzimas hepáticas.
- E) a atrioseptostomia com balão é utilizada em pacientes selecionados com baixo débito cardíaco, síncope e falência importante do VD.

11. Uma das causas de insuficiência cardíaca (ICC) é a cardiotoxicidade dos quimioterápicos em pacientes portadores de doenças oncológicas. Sobre este tema, é correto afirmar, EXCETO, que

- A) a toxicidade pela doxorubicina é dose-dependente e irreversível.
- B) o uso de inibidor de eca e do carvedilol tem sido indicado como possíveis drogas cardioprotetoras.
- C) pode apresentar-se precocemente ou até anos após a quimioterapia.
- D) o risco de cardiotoxicidade é maior nos indivíduos com cardiopatia prévia.
- E) os parâmetros clínicos, isoladamente, são bastante úteis para o diagnóstico precoce da cardiotoxicidade.

12. Considerando as diversas causas de Síncope, correlacionamos seus tipos e possíveis tratamentos indicados corretamente, EXCETO em:

- A) Disfunção do nó sinusal - marcapasso cardíaco (atrial ou dupla câmara).
- B) Estenose aórtica – cirurgia valvar.
- C) Hipotensão ortostática – tratamento farmacológico com fludrocortisona ou midodrine.
- D) Síndrome do seio carotídeo – marcapasso (nas formas cardioinibitórias ou mistas).
- E) Síncope vasovagal – redução da ingesta salina.

13. Sobre doença cardiovascular (DCV) na mulher, é INCORRETO afirmar que

- A) na prevenção primária, a utilização de esquemas terapêuticos de reposição hormonal com doses menores em menopausadas deve ter sua indicação baseada em riscos e benefícios não-cardiovasculares.
- B) na prevenção secundária, a terapia de reposição hormonal (TRH) em menopausadas deve ser iniciada com a intenção de prevenir doença cardiovascular.
- C) dados recentes sugerem que a TRH, utilizando estrogênios conjugados equinos associados a acetato de medroxiprogesterona, deva ser interrompida em todas as mulheres com DCV.
- D) a TRH deve ser interrompida depois de um evento agudo e, provavelmente, não deve ser reiniciada.
- E) o tamoxifeno, um modulador seletivo do receptor de estrogênio, age no sistema cardiovascular, melhorando o perfil lipídico e diminuindo o risco de infarto do miocárdio.

14. A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, de caráter sistêmico, tendo hoje grande arsenal terapêutico. Sobre o tratamento farmacológico da IC crônica, conforme a 3ª Diretriz Brasileira, é correto afirmar, EXCETO, que

- A) a terapêutica inicial para IC crônica inclui inibidor de ECA ou bloqueador dos receptores da angiotensina (sem critérios definidos quanto à sua escolha), associados a betabloqueadores, de forma simultânea ou não.
- B) os betabloqueadores com eficácia comprovada na IC são: carvedilol, bisoprolol, succinato de metoprolol e nebivolol.

- C) o nebivolol tem indicação classe I para o tratamento da IC com disfunção sistólica em pacientes com mais de 70 anos.
- D) em pacientes internados por icterícia descompensada, não se deve suspender os betabloqueadores de uso prévio, exceto na presença de choque cardiogênico, bloqueio átrio-ventricular ou sino-atrial avançados ou de bradicardia sintomática.
- E) a espironolactona tem eficácia comprovada na redução de mortalidade em pacientes com classe funcional III e IV e fração de ejeção menor que 35%.

15. A Insuficiência Cardíaca (IC) é fator de risco para fenômenos tromboembólicos. Sobre o uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários na IC, é correto afirmar, EXCETO, que

- A) o uso rotineiro de antiplaquetários não está indicado na IC.
- B) o uso de cumarínicos para fração de ejeção < 35% em fibrilação atrial é considerado classe I, se houver 1 fator de risco adicional.
- C) existem algumas etiologias de IC que cursam com maior chance de fenômenos tromboembólicos, como o miocárdio não-compactado.
- D) existem indícios da potencial interação negativa da aspirina com os inibidores da ECA, reduzindo o efeito deste medicamento.
- E) a aspirina tem recomendação classe I para cardiomiopatia isquêmica, independente do risco de evento coronariano.

16. O CHADS 2 é um score de avaliação clínica para estratificação de risco de tromboembolismo na fibrilação atrial. Qual dentre os critérios abaixo é o de maior pontuação?

- A) Insuficiência cardíaca.
- B) Hipertensão arterial.
- C) Idade > 75 anos.
- D) Diabetes mellitus.
- E) Acidente vascular cerebral/AIT prévio.

17. Há uma série de peculiaridades no ECG de pacientes portadores de marcapasso. Diante das assertivas abaixo, é INCORRETO afirmar que

- A) intervalo de pulso corresponde ao intervalo de tempo (ms) entre duas espículas consecutivas, sendo diretamente proporcional à frequência de estimulação.
- B) intervalo de escape é o intervalo entre um batimento natural sentido pelo marcapasso e a próxima espícula.
- C) intervalos a-v e v-a também podem ser avaliados no ECG de portadores de marcapasso átrio-ventriculares.
- D) no marcapasso tipo bipolar, as espículas no ECG são de baixa amplitude, motivada pela curta distância entre o dipolo estimulador situado no próprio cabo-eletrodo.
- E) ocorre o fenômeno de “undersensing” no marcapasso, quando há uma perda de sensibilidade deste (nenhum batimento espontâneo consegue reciclar o marcapasso).

18. Sobre o uso contínuo da amiodarona nos cardiopatas e seus efeitos na tireoide, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A amiodarona atua inibindo a síntese e a secreção dos hormônios da tireoide.
- B) A amiodarona atua inibindo a conversão do t4 em t3.
- C) O uso contínuo de amiodarona pode levar ao hipotireoidismo em 5 a 25 % dos casos.
- D) O hipertireoidismo é a manifestação clínica mais comum do uso contínuo da amiodarona.
- E) São duas as formas de hipertireoidismo relacionados à amiodarona: por excesso de iodo ou por um processo inflamatório.

19. Qual das drogas anti-hipertensivas abaixo tem comprovado efeito uricosúrico?

- A) Losartana.
- B) Nifedipina.
- C) Atenolol.
- D) Hidroclorotiazida.
- E) Clortalidona.

20. Assinale a alternativa que NÃO indica cardiopatia de alto risco para gravidez.

- A) Coarctação da aorta.
- B) Cardiopatia congênita acianótica não operada.
- C) Síndrome de Eisenmenger.
- D) Síndrome de Marfan com dilatação aórtica.
- E) Aneurisma de aorta.

21. Assinale a alternativa que contém fármaco SEM evidência de risco à gravidez.

- A) Hipolipemiante. D) Bloqueador do receptor da angiotensina 1.
 B) Inibidor da eca. E) Anticoagulante oral.
 C) Digitálico.

22. As condições abaixo são consideradas contraindicações ao uso de vasoconstrictor em procedimentos odontológicos para os pacientes cardiopatas, EXCETO:

- A) Angina instável. D) Insuficiência cardíaca descompensada.
 B) Cirurgia de artéria coronária há um ano. E) Hipertensão arterial severa não controlada.
 C) Arritmias refratárias.

23. Assinale a alternativa INCORRETA quanto aos valores normais das variáveis hemodinâmicas da circulação pulmonar.

- A) PSAP 20 - 30 mmhg. D) PCP 5 - 12 mmhg.
 B) PDAP 8 - 12 mmhg. E) PMAP 12 - 17 mmhg.
 C) RVP 120 - 230 dynes.sec.

24. São alterações eletrocardiográficas da hipertensão pulmonar, EXCETO

- A) Complexo QR em v1. D) Desvio do eixo de SAQRS para a direita.
 B) Alterações de ST com inversão de T de v1 a v4. E) Relação R/S <1 em v1 e > 1 em V5 e V6.
 C) Sobrecarga atrial direita.

25. Em relação às alterações eletrocardiográficas que diferenciam a pericardite aguda do infarto agudo do miocárdio, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A onda Q patológica está presente no IAM e ausente na pericardite aguda.
 B) O desnivelamento do segmento ST-T da pericardite aguda é difuso e côncavo para cima.
 C) O desnivelamento do segmento ST-T no infarto é convexo para baixo.
 D) Alteração do intervalo PR tipo infradesnivelamento é frequente na pericardite.
 E) Perda de voltagem da onda R é frequente na pericardite e no infarto.

26. Assinale a alternativa que NÃO corresponde à droga com efeito alfabloqueador.

- A) Doxazosina. B) Terazosina. C) Prazosina. D) Carvedilol. E) Rilmenidina.

27. São consideradas características de alto risco para esportes competitivos associados a prolapso valvular mitral, EXCETO:

- A) Hipotensão postural.
 B) História familiar de morte súbita cardíaca.
 C) Regurgitação grave (degeneração mixomatosa).
 D) Síncope arritmogênica.
 E) Taquiarritmia ventricular não sustentada esforço-induzida.

28. Assinale a alternativa que NÃO é considerada como resposta fisiológica do ECG no teste de esforço.

- A) Aumento da amplitude da onda P. D) Aumento da onda S.
 B) Aumento do intervalo PR. E) Aumento da onda Q.
 C) Diminuição da onda R.

29. A interrupção de certas medicações com a devida antecedência é importante para a realização de testes ergométricos diagnósticos. Assinale a alternativa recomendada como tempo de suspensão adequado, respectivamente, para a digoxina e diuréticos.

- A) 2 dias e 1 dia. D) 7 dias e 3 dias.
 B) 3 dias e 1 dia. E) Não é necessária a suspensão dos dois.
 C) 4 dias e 2 dias.

30. Assinale a alternativa que não se considera indicação classe I para a realização de cineangiocoronariografia.

- A) Angina instável de alto risco.
- B) Dor torácica persistente após fibrinólise.
- C) Infarto Agudo do Miocárdio(IAM) perioperatório.
- D) Choque cardiogênico pós -IAM.
- E) Suspeita de angina de Prinzmetal.

31. Assinale a alternativa que NÃO cita características da estenose coronária de alto risco (tipo C):

- A) Comprimento da lesão de 15 mm.
- B) Impossibilidade de proteção de ramo lateral significativo ($\geq 2,5$ mm) e estenótico(> 50%).
- C) Oclusão crônica em ponta romba.
- D) Enxertos venosos degenerados.
- E) Tortuosidade excessiva do segmento proximal.

32. Sobre o diagnóstico da febre reumática (FR), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O diagnóstico da febre reumática é clínico, não existindo sinal patognomônico ou exame específico.
- B) Os critérios de Jones, modificados em 1992, continuam sendo considerados o “padrão-ouro” para o diagnóstico do primeiro surto da FR.
- C) A presença de coreia implica o diagnóstico de FR, mesmo na ausência dos outros critérios ou da comprovação da infecção estreptocócica anterior.
- D) Recorrência de FR em paciente sem doença cardíaca reumática estabelecida requer dois critérios maiores mais a evidência de infecção estreptocócica anterior para o diagnóstico.
- E) Recorrência de FR em paciente com doença cardíaca reumática estabelecida requer, apenas, dois critérios menores mais a evidência de infecção estreptocócica anterior para o diagnóstico.

33. Assinale a alternativa INCORRETA sobre os reagentes de fase aguda da febre reumática.

- A) A velocidade de hemossedimentação (VSH) se eleva nas primeiras semanas de doença.
- B) Na presença de anemia, a VSH pode estar subestimada bem como superestimada nos pacientes com insuficiência cardíaca.
- C) A proteína C reativa (PCR) se eleva no início da fase aguda, e seus valores diminuem no final da segunda ou da terceira semana.
- D) A alfa-1-glicoproteína ácida apresenta títulos elevados na fase aguda da doença, mantendo-se elevada por tempo mais prolongado.
- E) A alfa-2-globulina se eleva precocemente, na fase aguda e pode ser utilizada, também, para o seguimento da atividade da doença.

34. Assinale a alternativa INCORRETA sobre a cardite reumática.

- A) A cardite tende a aparecer em fase precoce e, mais frequentemente, é diagnosticada nas três primeiras semanas da fase aguda.
- B) O acometimento pericárdico não é comum; não ocorre isoladamente e não resulta em constrição.
- C) A miocardite tem sido diagnosticada com base no abafamento da primeira bulha, no galope protodiastólico, na cardiomegalia e na insuficiência cardíaca congestiva.
- D) A regurgitação de valva aórtica tem maior tendência para regressão total ou parcial do que a regurgitação mitral.
- E) Na cardite indolente, as manifestações clínicas são discretas, e o quadro clínico tem evolução prolongada.

35. Para o diagnóstico de sobrecarga ventricular esquerda ao eletrocardiograma, pode-se utilizar todos os critérios abaixo, EXCETO:

- A) Critério de Romhilt-Estes.
- B) Índice de Sokolow Lyon.
- C) Índice de Cornell.
- D) Análise da deflexão intrisecoide ou tempo de ativação ventricular.
- E) Fenômeno de Katz- Wachtel.

36. Quanto à análise topográfica das manifestações isquêmicas ao eletrocardiograma, assinale a alternativa que contém as derivações do ECG que caracterizam, respectivamente, as paredes lateral alta e anterior extensa.

- A) v5 - v6 e v1 a v6 , d1 e avl.
- B) v4 a v5, v6 e v1 a v6, d1 e avl + v7 e v8.
- C) d1 e avl e v1 a v6 , d1 e avl.
- D) d1 e avl e v1 a v6, d1 e avl + v7 e v8.
- E) v5 - v6 e v1 a v6, d1 e avl + v7 e v8.

37. Assinale a alternativa INCORRETA quanto ao tratamento com os fibratos.

- A) Reduzem os níveis de triglicérides (TGL) de 30 a 60%, sendo a redução mais pronunciada quanto maior o valor basal da trigliceridemia.
- B) Aumentam o HDL-C de forma variável, sendo o etofibrato superior aos demais fibratos nesse tipo de ação.
- C) Sua ação sobre o LDL-C é variável, podendo diminuí-lo, não modificá-lo ou até aumentá-lo.
- D) Quando os TGL forem muito elevados (> 500 mg/dl), os fibratos são recomendados inicialmente, junto com as medidas não farmacológicas (recomendação classe I, nível de evidência A).
- E) Deve ser evitado o uso do genfibrozil em associações entre fibratos e estatinas.

38. O tamponamento cardíaco (TC) pode ter diferentes etiologias e formas de apresentação clínica. Sobre essa entidade, é INCORRETO afirmar que

- A) o TC mais frequente é o que ocorre no pós-operatório de cirurgia cardiovascular.
- B) uma área cardíaca normal não exclui o diagnóstico de tamponamento.
- C) nas situações de traumatismo torácico (aberto ou fechado) e suspeita de TC, a intervenção deve ser imediata, mesmo sem nenhum exame complementar.
- D) nos casos de TC agudo por dissecação da aorta (tipo A), é imperiosa a imediata realização de pericardiocentese, como medida salvadora.
- E) a pericardiectomia pela via subxifoidea é extraperitoneal e extrapleurar.

39. Em relação aos tumores cardíacos, é INCORRETO afirmar que

- A) são muito raros, sendo os tumores secundários ou metastáticos 100 vezes mais frequentes que os primários.
- B) o fibroelastoma papilífero é um tumor endocárdico e o mais comum nas valvas cardíacas.
- C) no caso de metástase cardíaca, o acometimento intracavitário é frequente, tendo ordem crescente de acometimento: endocárdio, miocárdio e pericárdio.
- D) a síndrome de Carney pode cursar com mixomas cardíacos e cutâneos, pigmentação cutânea e alterações endócrinas.
- E) os tumores do miocárdio têm como manifestação frequente os distúrbios de ritmo e condução, além das manifestações de ICC secundária à compressão ou alteração no relaxamento miocárdico.

40. Segundo o guideline da American Heart Association (AHA) de 2007 para profilaxia de endocardite infecciosa, considera-se como lesão cardíaca de alto risco relativo para endocardite, EXCETO:

- A) Valva protética.
- B) Shunt sistêmico-pulmonar construído cirurgicamente (ex: Blalock).
- C) Endocardite bacteriana prévia.
- D) Doença congênita cianótica.
- E) Coarctação da aorta.

41. Por definição, considera-se oclusão aguda de stent coronariano aquela que ocorre nos(nas)

- A) primeiros 07 dias do procedimento.
- B) primeiras 36 h do procedimento.
- C) primeiras 24h do procedimento.
- D) primeiras 48h do procedimento.
- E) primeiros 30 dias do procedimento.

42. É causa de prolapso da valva mitral secundário, EXCETO

- A) doença arterial coronariana.
- B) doença reumática.
- C) comunicação interatrial.
- D) hipertensão arterial pulmonar.
- E) síndrome de Marfan.

43. A doença de Chagas vem surgindo menos frequência no Brasil e na América latina desde 1990. Sobre essa patologia, é correto afirmar, EXCETO, que

- A) a evolução da fase aguda é, em 90% dos casos, para a cura (espontânea ou medicamentosa).
- B) a forma indeterminada é a mais frequente (cerca de 60% da população infectada).
- C) são indicações para tratamento com benzonidazol: infecção pós-transfusional, a forma congênita, a por acidente em laboratório, por transplante de órgãos e na reagudização por uso de imunossupressores.
- D) se considera "forma indeterminada" quando há, pelo menos, 2 reações sorológicas positivas para a doença, com estudo radiológico do coração, esôfago e cólon normais, além de ecg normal ou apenas com alterações clássicas (como brd+bdase).
- E) na fase aguda da doença, as causas mais frequentes de óbito são a miocardite e a meningoencefalite.

44. Em relação à abordagem terapêutica das síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis (SIMI) sem supra de ST (SSST), é INCORRETO afirmar que

- A) a administração de benzodiazepínicos em pacientes de alto risco é recomendação classe I.
- B) os nitratos devem ser utilizados, se não há resposta à morfina ou meperidina (inicialmente empregadas).
- C) os betabloqueadores por via oral devem ser empregados o mais precocemente, na ausência de contraindicações nos pacientes estáveis.
- D) são contraindicações absolutas ao uso do betabloqueador: marcado BAV de 1º grau (PR > 0,24 ms) ou qualquer forma de bloqueio de 2º ou 3º grau, na ausência de marcapasso normofuncionante.
- E) a combinação de AAS e Clopidogrel por 09 meses após o evento agudo é de recomendação classe IB.

45. Considera-se no diagnóstico diferencial da obstrução ao influxo ventricular esquerdo, EXCETO

- A) estenose mitral reumática.
- B) estenose mitral congênita.
- C) cor triatriatum.
- D) comunicação interventricular.
- E) disfunção diastólica do VE.

46. Correlacionando-se as cardiopatias congênitas com as possíveis opções terapêuticas (cirúrgicas ou percutâneas), está INCORRETA a associação em

- A) Cirurgia de Blalock-Taussig x Tetralogia de Fallot.
- B) Balão de Rashkind x transposição dos grandes vasos.
- C) Bandagem da artéria pulmonar x estenose pulmonar.
- D) Cirurgia de Mustard ou Senning x transposição dos grandes vasos.
- E) Cirurgia de Fontan x atresia tricúspide.

47. É considerada contraindicação para ecocardiografia sob estresse, EXCETO

- A) derrame pericárdico moderado a importante.
- B) trombo intracardíaco móvel.
- C) aneurisma de aorta.
- D) bloqueio de ramo esquerdo.
- E) janela acústica limitada.

48. Em relação ao tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica (HAS), é INCORRETO afirmar que

- A) a atividade física regular promove uma redução na pressão arterial, independente da redução de peso.
- B) a perda de peso também aumenta a resposta pressórica à restrição de sódio e aos medicamentos hipotensores.
- C) segundo a avaliação de diversos estudos que correlacionam álcool e has, o mais importante é a quantidade de álcool ingerido e não, o tipo de bebida.
- D) o maior componente de sal dos alimentos está nos produtos processados e industrializados.
- E) a interrupção do fumo leva a uma mortalidade inferior em relação aos fumantes após 5 anos de seguimento, exceto em pacientes com > 65 anos.

49. O Tilt Table Test (teste de inclinação) é um exame com diversas indicações clínicas, EXCETO em

- A) diagnóstico diferencial entre síncope convulsiva e epilepsia.
- B) doença cerebrovascular obstrutiva.
- C) episódio isolado de síncope em paciente de risco (profissões de risco, atleta, trauma físico e idade avançada).
- D) síncope recorrente de origem não esclarecida em pacientes sem cardiopatia estrutural.
- E) avaliação de síncope recorrente em presença de neuropatia periférica ou insuficiência autonômica.

50. Considerando a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), assinale a alternativa que corresponde à descrição de um indivíduo que requer controle da PA para níveis inferiores a 125/75mmHg:

- A) Indivíduo com hipertensão estágio I e diabetes melito.
- B) Indivíduo com hipertensão estágio II e doença cardiovascular estabelecida.
- C) Indivíduo com hipertensão estágio III, independente de fator de risco.
- D) Indivíduo com hipertensão estágio III, tabagista e dislipidêmico.
- E) Indivíduo com hipertensão estágio II, nefropata com proteinúria >1,0g/l.