

De acordo com as VI diretrizes brasileiras de Hipertensão, V diretrizes brasileiras de MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) e III diretrizes brasileiras MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial) responda às questões de 1 a 4, considerando a tabela abaixo:

PACIENTE	CONSULTÓRIO	MAPA VIGÍLIA	AMPA	MRPA
ANDRÉ	$\geq 140/90$	$\leq 130/85$	$\leq 130/85$	$\leq 130/85$
ANTÔNIO	$< 140/90$	$> 130/85$	$> 130/85$	$> 130/85$
LUÍZA	$\geq 140/90$	$> 130/85$	$> 130/85$	$> 130/85$
MÁRCIA	$< 140/90$	$\leq 130/85$	$\leq 130/85$	$\leq 130/85$

Tabela mostra valores de pressão arterial no consultório, MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial), AMPA (Auto Medida da Pressão Arterial) e MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial)

01. Os níveis de pressão arterial apresentados por MÁRCIA podem ser considerados

- A) normotensão ou hipertensão controlada.
- B) hipertensão.
- C) hipertensão do avental branco.
- D) hipertensão mascarada.
- E) pseudo-hipertensão.

02. Os níveis de pressão arterial apresentados por ANDRÉ podem ser considerados:

- A) normotensão ou hipertensão controlada.
- B) hipertensão.
- C) hipertensão do avental branco.
- D) hipertensão mascarada.
- E) hipertensão resistente.

03. Os níveis de pressão arterial apresentados por ANTÔNIO podem ser considerados

- A) normotensão ou hipertensão controlada.
- B) hipertensão.
- C) hipertensão do avental branco.
- D) hipertensão mascarada.
- E) pseudo-hipertensão.

04. Os níveis de pressão arterial apresentados por LUÍZA podem ser considerados

- A) normotensão ou hipertensão controlada.
- B) hipertensão.
- C) hipertensão do avental branco.
- D) hipertensão mascarada.
- E) hipertensão resistente.

05. São características sugestivas de hipertensão renovascular, EXCETO:

- A) Hipertensão estágio II ou III, acelerada ou maligna.
- B) Hipertensão estágio II ou III na presença de aterosclerose difusa.
- C) Azotemia significativa induzida por inibidor da enzima conversora da angiotensina ou por bloqueador do receptor da angiotensina.
- D) Presença de sopro epigástrico sistólico/diastólico
- E) Presença de edema, ureia e creatinina elevadas e proteinúria/hematúria.

06. Considerando a avaliação inicial de rotina para o paciente hipertenso, assinale a alternativa que NÃO CONTÉM um exame considerado consensual (classe I).

- A) Análise de urina (Classe I, Nível C).
- B) Creatinina plasmática (Classe I, Nível B) e estimativa do ritmo de filtração glomerular (Classe I, Nível B).
- C) Ultrassom de carótida (Classe I, Nível C).
- D) Glicemia de jejum (Classe I, Nível C).
- E) Eletrocardiograma convencional (Classe I, Nível B).

07. Considerando que o diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a condição médica mais comum para o adiamento de uma operação, assinale a alternativa INCORRETA, segundo a II Diretriz de Avaliação Perioperatória.

- A) De uma forma geral, a hipertensão estágio 2 com PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg deve ser controlada antes da cirurgia.
- B) Se o paciente esta com a pressão elevada e não há tempo para o controle efetivo da PA, deve-se utilizar, preferencialmente, o captopril ou a clonidina para evitar a elevação da pressão no ato da intubação.

- C) Na hipertensão leve ou moderada, em que não há alterações metabólicas ou cardiovasculares associadas, não há evidências de que seja benéfico retardar a operação.
- D) Os pacientes com algum grau de disfunção autonômica (tal como ocorre nos pacientes hipertensos) são mais suscetíveis à hipotensão durante o intraoperatório do que pacientes normotensos.
- E) Pacientes com feocromocitoma não diagnosticado apresentam mortalidade operatória em torno de 80,0%.

08. Uma das preocupações do cardiologista deve ser a segurança para o lactente com o uso de medicações anti-hipertensivas pela lactante. Assinale a alternativa que CONTÉM uma droga potencialmente perigosa.

- A) Hidroclorotiazida. B) Captopril. C) Valsartana. D) Alfametildopa. E) Atenolol.

09. Considerando que a presença de IC no período perioperatório é considerada fator de risco maior para complicações cardiovasculares, assinale a alternativa INCORRETA, segundo a II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

- A) Pacientes em classe funcional III/IV da NYHA devem ter a operação eletiva adiada até a otimização da medicação e melhora dos sintomas, se possível.
- B) Deve-se evitar beta-adrenérgicos agonistas nos pacientes com miocardiopatia hipertrófica.
- C) Os agentes anestésicos depressores da contratilidade miocárdica devem ser evitados nos portadores de ICC.
- D) Em pacientes claramente sintomáticos (em classe funcional III e IV da NYHA), o uso de cateter de artéria pulmonar fluxo-dirigido, nos períodos intra e pós-operatório, mostrou evidência definitiva de melhora de sobrevida e redução de complicações.
- E) O manejo de volume deve ser criterioso e, nos portadores de função cardíaca criticamente deprimida, o uso de monitoração invasiva pode ser útil tanto no intra como no pós-operatório imediato.

10. A onda U do eletrocardiograma (ECG) tem sua gênese atribuída a vários fatores, EXCETO:

- A) Repolarização tardia das fibras de Purkinje.
- B) Repolarização demorada dos músculos papilares.
- C) Acoplamento eletromecânico.
- D) Potenciais residuais tardios do septo.
- E) Alternância da onda T.

11. Desvio do eixo da onda P para a direita, próximo de +90° ; efeito dielétrico; desvio do eixo do complexo QRS para direita; desvio posterior da zona de transição precordial do QRS para a esquerda (rS de V1 a V6). Em qual dos quadros abaixo, esta descrição de ECG se encaixa?

- A) Cardiomiopatia hipertrófica.
- B) Derrame pericárdico.
- C) Síndrome de Brugada.
- D) Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).
- E) Hipotermia.

12. Assinale a alternativa que contém a MELHOR descrição do ECG na displasia arritmogênica do ventrículo direito (DAVD) ou cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito (CAVD) ARVD/C.

- A) Onda P negativa em D1 e positiva em aVR; complexos QRS negativos em D1 e aVL e progressivamente menores de V1 a V6.
- B) Atraso final da condução do QRS com baixa voltagem e maior duração (onda epsilon), associado a ondas T negativas na parede anterior do VE.
- C) Aumento da amplitude da onda U; depressão do segmento ST e da onda T; aumento do intervalo QTU.
- D) Bradicardia, presença de entalhe final do QRS de convexidade superior (onda J ou de Osborn) e prolongamento do intervalo QT.
- E) Retificação e aumento da duração do segmento ST com conseqüente aumento do intervalo QTc.

13. De acordo com a II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia, assinale a alternativa que NÃO contém cirurgia de baixo risco(Risco cardíaco < 1,0%).

- A) Cirurgia prostática.
- B) Cirurgia de mama.
- C) Cirurgia de catarata.
- D) Cirurgia ambulatorial.
- E) Procedimentos endoscópicos.

14. Os casos abaixo têm maior risco de adquirir endocardite infecciosa grave, EXCETO:

- A) Portador de prótese cardíaca valvar.
- B) Antecedente de endocardite infecciosa.
- C) Valvopatia adquirida em paciente transplantado cardíaco.
- D) Cardiopatia congênita acianótica não corrigida.
- E) Cardiopatia congênita corrigida com material protético.

15. Assinale a indicação que é definida como classe III para Ecocardiografia na Estenose Mitral.

- A) Ecocardiografia Transesofágica (ETE) durante procedimento intervencionista para valvuloplastia percutânea.
- B) Ecocardiografia Transtorácica (ETT) na reavaliação de pacientes com mudanças de sinais e sintomas.
- C) ETT após intervenção percutânea ou cirúrgica da valva mitral, como nova avaliação de base.
- D) ETE na avaliação morfológica e hemodinâmica quando os dados obtidos pela ETT são satisfatórios.
- E) ETE na identificação de trombo atrial e avaliação do grau de insuficiência mitral associada em pacientes candidatos a valvuloplastia percutânea com suspeita de trombo atrial.

16. A anticoagulação oral plena na Estenose Mitral (EM) associada a evento embólico prévio, trombo atrial esquerdo ou fibrilação atrial é classificada quanto ao grau de recomendação e nível de evidência em

- A) Classe IIa, Nível de evidência A.
- B) Classe IIa, Nível de evidência C.
- C) Classe I, Nível de evidência B.
- D) Classe I, Nível de evidência C.
- E) Classe IIa, Nível de evidência B.

17. A warfarina é o anticoagulante oral mais utilizado na prática clínica. Sobre a ação desse composto, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Seu início de ação ocorre em uma hora, com pico de concentração de duas a oito horas.
- B) A ação eficaz somente é percebida ao final de cinco dias, em razão da meia-vida dos fatores de coagulação.
- C) As proteínas C e S têm meia-vida efêmera de apenas quatro horas, mas os fatores X e II têm meia-vida estimada em 40 e 100 horas, respectivamente.
- D) Deve ser sempre iniciada em dose de 5mg, preferencialmente à noite, evitando-se a influência do pH gástrico do jejum.
- E) O controle laboratorial deve ser feito três a cinco dias após o início do tratamento.

18. Em relação às interações medicamentosas com a warfarina, assinale a alternativa que NÃO apresenta um agonista.

- A) Amiodarona.
- B) Diltiazem.
- C) Propranolol.
- D) Simvastatina.
- E) Rifampicina.

19. Assinale a alternativa que contém indicação cirúrgica consensual (Classe I) para tratamento cirúrgico da estenose mitral (EM).

- A) Pacientes com EM moderada a importante, sintomáticos (CF III ou IV), com contraindicações à valvuloplastia mitral percutânea por cateter- Balão (VMCB).
- B) Pacientes com EM importante, assintomáticos (CF I ou II), com HP grave (PSAP \geq 80mmHg), não candidatos à VMCB.
- C) Pacientes com EM moderada a importante associada a eventos embólicos recorrentes, apesar de adequada anticoagulação.
- D) Tratamento cirúrgico combinado da fibrilação atrial (FA) em pacientes com EM moderada a importante, sintomática (CF III ou IV), quando indicado tratamento cirúrgico da EM.
- E) Pacientes com EM discreta.

20. Quanto às recomendações para tratamento farmacológico na insuficiência mitral (IM), assinale a alternativa CORRETA.

- A) É consensual (CLASSE I) o uso de digitálicos para controle de frequência ventricular na FA de alta resposta associada à IM crônica importante.
- B) O uso de bloqueadores de canais de cálcio não diidropiridínicos para controle de frequência ventricular na FA de alta resposta associada à IM crônica importante é consensual (CLASSE I).
- C) O uso de vasodilatadores na IM crônica assintomática com função ventricular normal e na ausência de hipertensão arterial sistêmica é consensual (CLASSE I).
- D) O uso de betabloqueadores para controle de frequência ventricular na FA de alta resposta associada à IM crônica importante é consensual (CLASSE I).
- E) O uso de vasodilatadores orais na IM crônica importante, sintomática, enquanto aguarda definição cirúrgica, é consensual (CLASSE I).

21. Em relação às recomendações para tratamento cirúrgico na insuficiência mitral primária, assinale aquela que é consensual (CLASSE I) em indivíduos assintomáticos.

- A) Pacientes com IM crônica importante, assintomáticos, com Fração de ejeção do Ventrículo esquerdo (FEVE) entre 30% e 60% e diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo (DsVE) maior ou igual a 40mm.
- B) Plástica da valva mitral em pacientes com IM crônica por prolapso, importante, assintomáticos, com FEVE \geq 60% e DsVE $<$ 40mm, desde que realizada em centros experientes, nos quais a taxa de sucesso estimada da plástica é maior que 90%.
- C) Pacientes com IM crônica importante, assintomáticos, com função ventricular esquerda preservada e fibrilação atrial de início recente.

- D) Plástica da valva mitral em pacientes com IM crônica reumática, importante, assintomáticos, com FEVE \geq 60% e DsVE $<$ 40mm, desde que realizada em centros experientes, nos quais a taxa de sucesso estimada da plástica é maior que 90%.
- E) Pacientes com IM crônica importante, assintomáticos, com FEVE \geq 60% e DsVE $<$ 40mm, na ausência de Hipertensão Pulmonar ou fibrilação atrial de início recente, nos quais existe dúvida sobre a possibilidade de realização de plástica mitral.

22. A seleção de pacientes para o implante transcater de prótese valvar aórtica deve obedecer aos seguintes critérios gerais de avaliação, EXCETO:

- A) Presença de Estenose Aórtica (EAo) importante sintomática.
- B) Idade $>$ 80 anos ou alta probabilidade de morbimortalidade cirúrgica.
- C) Presença de comorbidade que eleve de forma proibitiva o risco da cirurgia cardíaca tradicional como cirrose hepática.
- D) Presença de condição anatômica e morfológica favorável para o procedimento por cateter, incluindo a avaliação pormenorizada da via de acesso e trajeto vascular.
- E) Presença de válvula aórtica bicúspide.

23. Considerando as recomendações para tratamento cirúrgico na Insuficiência Aórtica (IAo), assinale aquela que NÃO é consensual (Classe I).

- A) Pacientes com IAo importante sintomáticos.
- B) Pacientes com IAo importante, assintomáticos, com Fração de ejeção do Ventriculo esquerdo (FEVE) $<$ 50% em repouso.
- C) Pacientes com IAo importante, assintomáticos, com FEVE maior ou igual a 50% e com Diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo $<$ 70mm e DsVE $<$ 50mm.
- D) Pacientes com IAo importante que serão submetidos concomitantemente a cirurgia de revascularização miocárdica ou cirurgia da aorta ou de outras valvas cardíacas.
- E) Pacientes com IAo importante aguda ou agudizada de qualquer etiologia levando à insuficiência cardíaca aguda.

24. Quanto à recomendação e nível de evidência para profilaxia para Endocardite infecciosa, como se enquadram os pacientes com CIA isolada, com CIV ou PCA corrigidas e sem fluxo residual, com PVM sem regurgitação, após cirurgia de revascularização miocárdica ou após colocação de stents, com sopros cardíacos inocentes, portadores de marcapasso ou CDI, com doença de Kawasaki ou FR sem disfunção valvar, que serão submetidos a procedimentos odontológicos, do trato respiratório, genitourinário ou gastrointestinal:

- A) Classe IIa, Nível de evidência B.
- B) Classe I, Nível de evidência C.
- C) Classe IIa, Nível de evidência C.
- D) Classe III, Nível de evidência B.
- E) Classe III, Nível de evidência C.

25. Conforme a I Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia, uma definição padronizada de cardiotoxicidade pós-quimioterapia (QT) é essencial. Sobre este fenômeno, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A cardiotoxicidade apresenta-se de forma aguda, subaguda ou crônica.
- B) O Instituto Nacional de Saúde (NIH) define cardiotoxicidade grau I como aquela que tem insuficiência cardíaca sintomática.
- C) A cardiotoxicidade crônica pode ser diferenciada em dois tipos, de acordo com o início dos sintomas clínicos.
- D) A manifestação mais típica de cardiotoxicidade crônica é a disfunção ventricular sistólica ou diastólica que pode levar à insuficiência cardíaca congestiva até a morte cardiovascular.
- E) A Isquemia miocárdica aguda com ou sem supra de ST e a doença pericárdica são manifestações de cardiotoxicidade.

26. Sobre os diversos agentes envolvidos na cardiotoxicidade, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A toxicidade relacionada à ciclofosfamida, também considerada tipo I, geralmente é aguda ou subaguda, tem relação com a dose, e é irreversível na maioria dos casos.
- B) A cardiotoxicidade das antraciclina caracteriza-se por queda na fração de ejeção do ventrículo esquerdo e ocorre em doses cumulativas, especialmente com doses acima de 400 mg/m² de superfície corpórea.
- C) As principais antraciclina envolvidas na cardiotoxicidade são doxorubicina, epirrubicina e docetaxel.
- D) O trastuzumabe causa disfunção ventricular em até 28% dos casos. Ocorre disfunção transitória reversível dos miócitos, sem que haja relação com a dose, resultando em melhor prognóstico.
- E) O probucol, um forte antioxidante, reduz a peroxidação lipídica miocárdica associada à doxorubicina em modelo murino.

27. Em pacientes submetidos à Trastuzumabe, COMO É CLASSIFICADA quanto ao grau de recomendação e nível de evidência, a realização de ecocardiograma transtorácico antes do início do tratamento, e após 3 meses, 6 meses e 12 meses.

- A) Classe II a, Nível de evidência A.
- B) Classe I, Nível de evidência C.
- D) Classe II b, Nível de evidência B.

C) Classe II a, Nível de evidência B.

E) Classe IIa, Nível de evidência C.

28. Assinale a alternativa que NÃO contém uma recomendação consensual (classe I) para o tratamento da insuficiência cardíaca pós-QT.

- A) Uso de IECA em pacientes com IC e disfunção sistólica assintomática ou sintomática, na maior dose tolerada.
- B) Os BRA devem ser recomendados a pacientes portadores de IC intolerantes aos inibidores da ECA.
- C) Uso de betabloqueadores (carvedilol, metoprolol, bisoprolol) em pacientes com IC e disfunção sistólica assintomática ou sintomática, na maior dose tolerada.
- D) Uso de espirolactona (25 a 50 mg/dia) em pacientes sintomáticos (IC CF II-IV), com disfunção sistólica.
- E) Uso de IECA em pacientes com aparecimento de disfunção diastólica durante ou após tratamento quimioterápico.

29. Assinale a alternativa INCORRETA sobre a epidemiologia da Doença de Chagas.

- A) Em junho de 2006, o Brasil recebeu da Organização Mundial da Saúde (OMS) o certificado de eliminação da transmissão da DC pelo vetor silvestre Triatoma infestans.
- B) Com o maior controle das formas vetorial e transfusional de transmissão, a forma oral ganhou relativamente maior importância.
- C) Na região amazônica, o número de casos agudos vem aumentando, sendo menos de dez em 1968 e quase cem em 2007.
- D) A prevalência de infecção humana pelo T. cruzi, em baixas faixas etárias, também pode ser considerado um índice de controle da transmissão da doença.
- E) No Brasil, o programa de controle de transmissão vetorial da DC mostrou-se efetivo para eliminação do vetor domiciliar Rhodnius prolixus, o mais importante do ponto de vista epidemiológico.

30. Sobre a Patogenia e fisiopatologia da Cardiopatia Chagásica Crônica(CCC), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A CCC é essencialmente uma miocardiopatia dilatada em que a inflamação crônica, usualmente de alta intensidade e intermitente provocando destruição tissular progressiva e fibrose extensa no coração.
- B) Uma hipótese fisiopatológica bastante plausível seria de que a perda do controle parassimpático cardíaco estivesse implicada em mecanismos de MS na CCC.
- C) Há evidência em modelos experimentais de infecção por T. cruzi de alterações microvasculares, disfunção endotelial e aumento da atividade plaquetária.
- D) As artérias coronárias epicárdicas desses pacientes são em geral angiograficamente normais, mas podem ter reatividade anormal a estímulos vasodilatadores ou vasoconstritores.
- E) O frequente comprometimento do nó sinusal, do nó atrioventricular e do feixe de His, por alterações inflamatórias, degenerativas e fibróticas, pode dar origem a disfunção sinusal e a bloqueios variados atrioventriculares e intraventriculares.

31. De acordo com a I Diretriz Latino-Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica, a utilização da reação de Machado Guerreiro é considerada quanto à Classe de recomendação e Nível de evidência.

- A) Classe II b, Nível de evidência A.
- B) Classe I, Nível de evidência C.
- C) Classe III, Nível de evidência C.

- D) Classe II b, Nível de evidência B.
- E) Classe IIa, Nível de evidência C.

32. Quanto às recomendações e aos níveis de evidência para o tratamento etiológico da cardiopatia chagásica crônica, assinale aquela que NÃO é consensual (Classe I).

- A) Fase aguda.
- B) Fase crônica em crianças.
- C) Contaminação acidental.

- D) Forma cardíaca avançada.
- E) Reativação na fase crônica.

33. Quanto às recomendações e aos níveis de evidência para o tratamento farmacológico das arritmias ventriculares na cardiopatia chagásica crônica, assinale aquela que há evidências e/ou consenso de que o procedimento NÃO é útil/eficaz e, em alguns casos, pode ser prejudicial.

- A) Amiodarona para pacientes com ectopias ventriculares e TVNS sintomática e disfunção ventricular esquerda.
- B) Amiodarona para redução de choques apropriados em pacientes com CDI.
- C) Amiodarona de rotina para pacientes com TVS sintomática que foram tratados com CDI.
- D) Amiodarona para pacientes com TVS sintomática ou não, com ou sem disfunção ventricular esquerda, não tratados com CDI.
- E) Antiarrítmicos da classe I para pacientes chagásicos com qualquer forma de arritmia e com disfunção ventricular esquerda.

34. Assinale a alternativa INCORRETA sobre a correlação de fibrilação atrial(FA) e Síndrome de Wolff-Parkinson-White (SWPW).

- A) A FA paroxística é uma arritmia comum nos pacientes com SWPW e pode ser observada em 30 a 40% deles.
- B) Administração de digitálicos, beta-bloqueadores e diltiazem têm benefício apontado como CLASSE IIa.

- C) Cardioversão elétrica imediata nos casos de frequência cardíaca rápida e instabilidade hemodinâmica é consensual (CLASSE I).
- D) Ablação por cateter da via anômala em pacientes com FC rápida e síncope ou período refratário efetivo da via acessória curto (<270ms) é consensual (CLASSE I).
- E) Administração de propafenona, procainamida ou amiodarona intravenosas para restaurar o ritmo sinusal em pacientes com QRS largo (>120 ms) e estáveis hemodinamicamente é consensual (CLASSE I).

35. Sobre as recomendações para manejo da FA no infarto agudo do miocárdio, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) É consensual a administração de antiarrítmicos da classe IC em pacientes com FA com infarto agudo do miocárdio está indicada quando falha a amiodarona.
- B) É consensual a administração intravenosa de amiodarona para diminuir rapidamente a resposta ventricular rápida da FA e melhorar a função do ventrículo esquerdo em pacientes com infarto agudo do miocárdio.
- C) É consensual a cardioversão elétrica nos pacientes com FA e infarto agudo do miocárdio com comprometimento hemodinâmico grave ou isquemia intratável ou quando o controle adequado da frequência não pode ser obtido com medicamentos.
- D) É consensual a administração intravenosa de beta bloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio não dihidropiridínicos para diminuir rapidamente a resposta ventricular rápida na FA em pacientes com infarto agudo do miocárdio que não apresentam disfunção do ventrículo esquerdo, broncoespasmo ou bloqueio AV.
- E) Nos pacientes com FA na vigência do infarto agudo do miocárdio, a arritmia deve ser prontamente revertida com o intuito de diminuir a frequência cardíaca, diminuir o consumo de oxigênio e melhorar o enchimento ventricular.

36. Considerando as recomendações das II Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia, assinale a alternativa INCORRETA sobre Intervenção coronária percutânea primária(ICPP) versus fibrinólise em idosos.

- A) Evidências da literatura apontam resultados mais favoráveis com ICPP em idosos, mas existem poucas informações sobre pacientes com mais de 80 anos de idade.
- B) Em geral, ICPP é preferível em pacientes com estratificação de risco mais elevada, particularmente para pacientes em choque e idosos.
- C) ICPP e fibrinólise oferecem desfechos semelhantes quando instituídos com até três horas de dor.
- D) Em pacientes com ≥ 75 anos que não receberam stent coronário, o clopidogrel deve ser associado ao AAS, na dose de ataque de 300 mg, seguido de 75 mg/dia, independente do uso de terapia fibrinolítica.
- E) A ICPP é geralmente preferível após 6 horas e ainda pode trazer benefício em até 12 horas de dor.

37. Considerando as recomendações das II Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio em Idosos, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A mortalidade cirúrgica pode ser estimada por meio dos escores de risco, dentre os quais, o Bernstein- Parsonnet e o Euroscore são os mais utilizados, sendo a idade um marcador independente de risco.
- B) Doença crítica triarterial com fração de ejeção do VE < 50% tem indicação consensual (CLASSE I).
- C) Recentemente, o estudo COURAGE demonstrou que, em pacientes estáveis, o tratamento cirúrgico deve ser realizado, especialmente nos idosos de baixo e médio risco.
- D) Existem evidências de que a CRM apresenta vantagens em relação à ICP nos pacientes multiaarteriais, porém no idoso a CRM associa-se à maior mortalidade hospitalar.
- E) Lesão de artéria coronária limítrofe (50%-60%), exceto no tronco da coronária esquerda, é considerada CLASSE III, nível de evidência C.

38. Considerando as recomendações das II Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre a abordagem das bradiarritmias no idoso, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Em idosos, é comum se observar bloqueio atrioventricular de primeiro grau, tanto por atraso de condução ao nível do nó atrioventricular como infra-hissiano.
- B) Em idosos, o bloqueio AV de segundo grau tipo I (Wenckebach) é comumente observado e não é considerado fator preditivo de eventos cardíacos.
- C) O implante de marca-passos em idosos pode ser feito com alta taxa de sucesso e baixo risco.
- D) Em idosos, síncope de etiologia indefinida, na presença de doença do nó sinusal documentada ao estudo eletrofisiológico é considerada classe III.
- E) Na doença do nó sinusal com intolerância aos esforços, claramente relacionada à incompetência cronotrópica a indicação de marcapasso cardíaco é consensual (CLASSE I).

39. Considerando as Diretrizes Brasileiras para o diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática(FR), assinale a alternativa INCORRETA sobre a Etiopatogenia da febre reumática.

- A) A presença de linfócitos T CD4+ no tecido cardíaco foi demonstrada em grande quantidade em pacientes com cardiopatia reumática crônica(CRC) e sugere papel direto destas células na patologia da doença.

- B) É possível que diferentes cepas de estreptococos estejam envolvidas e que as diversas moléculas HLA de classe II reconheçam peptídeos antigênicos diferentes.
- C) Postula-se que a produção de citocinas direciona para uma resposta celular (Th1), causando quadros de cardite grave e sequeia valvar e, provavelmente, para uma resposta predominantemente humoral (Th2), que causaria quadro clínico com coreia e artrite.
- D) A grande produção de interleucina 4 (IL-4) está correlacionada com a progressão das lesões valvares na CRC, enquanto no miocárdio, onde há pequeno número de células produtoras de IL-4, ocorre cura da miocardite após algumas semanas.
- E) Há uma associação da doença com os antígenos de classe II, e cada população tem seu próprio marcador (HLA-DR) para suscetibilidade à FR.

40. Assinale a alternativa que tem a recomendação atual para a duração da profilaxia secundária em um paciente que teve FR sem cardite prévia.

- A) Por toda a vida.
- B) Até 21 anos ou 5 anos após o último surto, valendo o que cobrir maior período.
- C) Até 25 anos ou 10 anos após o último surto, valendo o que cobrir maior período.
- D) Até os 40 anos.
- E) Até 18 anos ou 10 anos após o último surto, valendo o que cobrir maior período.

41. Assinale a alternativa que contém indicação CLASSE III para realização de teste ergométrico.

- A) Diagnóstico de Doença da Artéria Coronária em pacientes com depressão do segmento ST > que 1.0mm
- B) Paciente com suspeita de angina vasoespástica.
- C) Avaliação de indivíduos assintomáticos com mais de dois fatores de risco clássicos.
- D) Avaliação de terapêutica farmacológica.
- E) Pacientes com baixa probabilidade de DAC baseada em idade, sexo e sintomas.

42. Sobre o diagnóstico do Infarto do miocárdio na presença de bloqueio de ramo esquerdo (BRE), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Os desnivelamentos do segmento ST podem permitir a identificação de infarto do miocárdio recente, de acordo com os critérios definidos por Sgarbossa e cols.
- B) Elevação do segmento ST $\geq 5,0$ mm em V1, V2 e V3 é um dos critérios a ser considerados.
- C) Elevação do segmento ST $\geq 5,0$ mm em discordância com o QRS/T é um dos critérios a ser considerados.
- D) Presença de ondas S importantes, em V5 e V6, sugere área eletricamente inativa anterolateral.
- E) Presença de ondas R importantes em V1 e V2, bem como Q em V5 e V6 e/ou em D1 e aVL sugere área eletricamente inativa anterosseptal.

43. Sobre o uso de agentes hipolipemiantes no Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As alterações lipídicas mais frequentemente observadas nos pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) são: aumento dos TG e diminuição do LDL-C e do HDL-C.
- B) As primeiras 24 horas após a admissão são consideradas o período ideal para obtenção do perfil lipídico.
- C) Nos pacientes com LDL-colesterol ≥ 100 mg/dl em tratamento, a dose da medicação deve ser aumentada e, se necessário, uma combinação de medicamentos deve ser utilizada.
- D) Estudos, como o MIRACL e o PROVE-IT, têm apresentado dados favoráveis à terapia redutora de colesterol na fase aguda de evento coronariano agudo, particularmente no que se refere às estatinas.
- E) O uso de estatinas está indicado para os indivíduos com síndromes coronárias agudas, tendo como meta terapêutica LDL-C < 100 mg.

44. Sobre a Pericardite pós-IAM, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A forma precoce constitui-se na forma mais frequente e costuma se manifestar em torno de 24 horas após o início do evento agudo.
- B) Clinicamente, a pericardite de forma precoce deve ser suspeitada quando for detectada dor torácica ventilatório-dependente, agravada por inspiração profunda, tosse e deglutição, e aliviada quando o paciente flete o tórax anteriormente.
- C) Na forma precoce, a ausculta de atrito pericárdico é muito rara e difícil, mas definitiva para o diagnóstico.
- D) O exame eletrocardiográfico pode levar à suspeita de pericardite quando apresenta elevação do segmento ST em precordiais esquerdas, com concavidade superior preservada.
- E) A síndrome de Dressler ocorre tardiamente após o evento agudo (2-12 semanas), sendo considerada uma polisserosite e atualmente ocorre com muita raridade.

45. Sobre o tratamento clínico e cirúrgico das complicações mecânicas do Infarto agudo do miocárdio, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Considerando-se todos os tipos, seja de septo, parede livre ou músculo papilar como um grupo único, as rupturas ventriculares pós-IAM são responsáveis por aproximadamente 15% de todas as mortes ocorridas no infarto agudo do miocárdio.

- B) Em relação ao tempo de aparecimento, as rupturas geralmente ocorrem na primeira semana de evolução do infarto, com pico maior de incidência no segundo e terceiro dia pós- infarto.
- C) A regurgitação mitral é mais encontrada nos pacientes acometidos de IAM inferior e o grau máximo de gravidade é encontrado naqueles portadores de ruptura parcial ou total do músculo papilar.
- D) A ruptura da parede livre do ventrículo pode ser total, completa, levando geralmente a hemopericárdio acentuado e suas consequências, podendo culminar na morte por tamponamento cardíaco.
- E) O aneurisma do ventrículo esquerdo é encontrado em 10%-15% dos sobreviventes de IAM, sendo 4 vezes mais frequente em infartos de parede anterior que de inferior.

46. A reabilitação cardíaca tem seu valor comprovado no pós-IAM. Quanto à seleção pela estratificação de risco dos pacientes à reabilitação cardíaca, assinale a alternativa que NÃO contém um indivíduo de baixo risco.

- A) Paciente com capacidade funcional > 6 METs.
- B) Paciente classe I e II da New York Heart Association.
- C) Paciente com elevação pressórica apropriada ao exercício.
- D) Paciente com função ventricular esquerda em repouso preservada.
- E) Paciente com incapacidade de autoavaliação da intensidade de esforço.

47. Segundo a cartilha de medicina aeroespacial do Conselho Federal de Medicina, assinale a alternativa INCORRETA quanto às limitações impostas aos portadores de problemas cardíacos que necessitam viajar de avião.

- A) O uso de marca-passos e desfibriladores implantáveis não contraindica o voo.
- B) Para voar, os pacientes submetidos à revascularização miocárdica devem aguardar pelo menos três meses.
- C) No caso de infarto não complicado, a conduta adotada de liberação para o voo é a de se aguardar de duas a três semanas.
- D) Em infarto complicado, a conduta adotada de liberação para o voo é a de se aguardar seis semanas.
- E) Os pacientes com angina instável não devem voar.

48. Diante de um achado de Massa Cardíaca Calcificada ao Ecocardiograma, consideramos como diagnóstico diferencial, EXCETO

- A) trombo antigo.
- B) vegetação curada.
- C) condrossarcoma.
- D) teratoma.
- E) hipertrofia lipomatosa do septo interatrial.

49. Apesar dos avanços no transplante cardíaco, qual das situações abaixo É RESPONSÁVEL por até 50% das complicações a curto prazo nesses pacientes?

- A) Insuficiência de VD.
- B) Ruptura de cordoalha.
- C) Tamponamento cardíaco.
- D) Trombose atrial.
- E) Infarto do miocárdio.

50. Ao Ecocardiograma, qual sinal é patognomônico de Estenose Mitral?

- A) Deslocamento sistólico posterior do Folheto Anterior.
- B) Movimento anterior do Folheto Posterior.
- C) Falha de coaptação sistólica dos folhetos.
- D) Espessamento subvalvar.
- E) Calcificação do anel.