

**SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
PROCESSO SELETIVO À RESIDÊNCIA MÉDICA**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

*Não deixe de preencher as informações a seguir.*

<b>Prédio</b>	<b>Sala</b>

<b>Nome</b>

<b>Nº de Identidade</b>	<b>Órgão Expedidor</b>	<b>UF</b>	<b>Nº de Inscrição</b>

**ESPECIALIDADE COM PRÉ-REQUISITO EM 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, versando sobre os conhecimentos exigidos para a especialidade.*
- *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 e o Número de Inscrição.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões da Prova, você receberá um Cartão-Resposta com seu Número de Inscrição impresso.*
- *As bolhas do Cartão-Resposta devem ser preenchidas totalmente, com caneta esferográfica azul ou preta.*
- *O tempo destinado à Prova está dosado, de modo a permitir fazê-la com tranquilidade.*
- *Preenchido o Cartão-Resposta, entregue-o ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

**01. Na cardiopatia chagásica crônica, em qual das situações abaixo NÃO está indicada a estimulação cardíaca artificial?**

- A) Bloqueio AV do 3º grau permanente ou intermitente, mesmo assintomático.
- B) Disfunção sinusal irreversível ou induzida por fármacos insubstituíveis.
- C) Bloqueio AV do 2º grau mobitz tipo II irreversível, mesmo que assintomático.
- D) Bloqueio de ramo bifascicular em pacientes assintomáticos, com ou sem BAV de 1º grau.
- E) Bloqueio de ramo bilateral assintomático.

**02. Considerando que cada vez mais pessoas têm sido submetidas a implante de dispositivos de estimulação cardíaca artificial, são recomendações indicadas para esse grupo de pacientes em programação de cirurgia eletiva, EXCETO:**

- A) Preferir uso de bisturi ultrassônico substituindo o elétrico.
- B) Preferir uso do bisturi elétrico bipolar ao unipolar na indisponibilidade de outro.
- C) Se apenas disponibilidade do bisturi unipolar, colocar o eletrodo dispersivo (placa) o mais próximo possível do marca-passo, para evitar formação de grandes campos eletromagnéticos.
- D) Usar fio terra em caso de bisturi elétrico.
- E) Utilizar monitor de ECG durante procedimento e durante uso do bisturi elétrico, havendo interferência do traçado, a pletismografia pode ser usada para monitorização acessória.

**03. Durante a gravidez, ocorre uma série de modificações fisiológicas que devem ser consideradas na avaliação pré-operatória de uma gestante cardiopata. Entre as assertivas abaixo, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) Recomendar, sempre que possível, realização de cirurgia laparoscópica ao invés da convencional, por ser menos invasiva e de menor risco materno-fetal.
- B) Ocorre um aumento progressivo do débito cardíaco em até 50% a partir do primeiro trimestre e mais um incremento de 30% durante o trabalho de parto e puerpério imediato.
- C) Devido ao estado de hipercoagulabilidade, recomenda-se o uso de heparina subcutânea ou intravenosa no pós-operatório, por não ultrapassar a barreira placentária.
- D) Consideram-se marcadores clínicos de prognóstico materno pré-operatório: congestão pulmonar, disfunção ventricular, hipertensão arterial pulmonar e cianose.
- E) Evitar hiperhidratação com cristaloides no intraoperatório devido ao risco de edema agudo de pulmão.

**04. A terapêutica farmacológica na gravidez deve considerar sua ultrapassagem pela barreira placentária e interferência com o fluxo placentário e dinâmica uterina. Sobre essas considerações, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) O AAS (Ácido Acetilsalicílico) na dose de até 100 mg/dia é seguro.
- B) O Nitroprussiato de sódio é uma opção segura nas emergências hipertensivas na gravidez, por não trazer repercussões ao feto.
- C) A Amiodarona deve ser evitada por ter afinidade com a tireoide fetal, levando a hiper ou hipotireoidismo congênito.
- D) O Propranolol tem efeito de depressão respiratória neonatal que é dose-dependente, sendo seguro com doses de até 80mg/dia.
- E) Os diuréticos não devem ser usados para tratar o edema da gravidez.

**05. Sabe-se que até 10% dos eventos cardiovasculares agudos são precedidos pela suspensão recente de AAS (Ácido Acetilsalicílico). Sendo assim, é aceito como recomendação quanto à sua utilização perioperatória em cardiopatas, EXCETO:**

- A) Não deve ser usado isoladamente em nenhum grupo de pacientes como profilaxia para tromboembolismo venoso.
- B) Coronariopatas deverão manter uso do AAS em dose reduzida (75 a 100 mg/dia), exceto nas neurocirurgias e ressecção transuretral.
- C) Em pacientes com stent recente, em uso de dupla antiagregação com aas e tienopiridínico, manter o AAS e suspender o segundo antiagregante por 05 dias antes do procedimento (grau I de recomendação).
- D) A manutenção de dupla antiagregação com AAS e tienopiridínico em procedimentos cirúrgicos de baixo risco de sangramento tem grau iia de recomendação (nível de evidência C).
- E) Há consenso na suspensão do AAS e dos tienopiridínicos quando da realização de técnicas de anestesia espinal (raquianestesia ou peridural) devido ao risco de hematoma espinal.

**06. A maior parte dos pacientes que apresentam endocardite infecciosa (EI) não se submeteram a procedimentos médicos/cirúrgicos/odontológicos. Entretanto a avaliação de antibioticoprofilaxia deve ser feita no pré-operatório, considerando o risco de bacteremia e o tipo de lesão estrutural apresentada pelo paciente em questão. Apesar de as recomendações serem empíricas e controversas, há situações em que está claro o não benefício dessa profilaxia, com EXCEÇÃO DE**

- A) valvopatia adquirida em transplantado cardíaco.
- B) comunicação interatrial isolada.
- C) portadores de marcapasso ou cardiodesfibrilador implantável.
- D) história de doença de Kawasaki.
- E) comunicação interventricular corrigida (sem shunt residual).

**07. São reconhecidos fatores de valor prognóstico nos coronariopatas a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos, tais: presença de angina, insuficiência cardíaca, alterações eletrocardiográficas e outras. Entretanto, não há benefício comprovado na realização rotineira e indiscriminada de exames complementares nesses pacientes. Diante disso, podemos considerar, EXCETO:**

- A) O principal limitador do uso do teste ergométrico convencional no pré-operatório de cirurgias vasculares ou de grande porte é não atingir carga suficiente para avaliar a reserva cardíaca (exame ineficaz).
- B) A cintilografia miocárdica com estresse pode ser escolhida quando houver limitação ao teste ergométrico (física ou por alteração basal do ecg).
- C) Angiotomografia (se disponível) deve ser realizada rotineiramente nos pacientes considerados de risco intermediário de complicações.
- D) A dosagem de BNP (Peptídeo Natriurético Atrial) pode ser utilizada como preditor de risco cardiovascular e mortalidade perioperatória.
- E) Pacientes em programação de cirurgia vascular e alta probabilidade de coronariopatia podem ser submetidos à cineangiocoronariografia, mesmo sem a realização de testes não invasivos.

**08. Considerando as Cardiopatias Congênitas com shunt esquerdo-direito, podemos afirmar, EXCETO:**

- A) No defeito do coxim endocárdico em sua forma parcial, há presença de comunicação interatrial tipo *ostium primum* que tem repercussão clínica geralmente maior que o tipo *ostium secundum*, além de valva atrioventricular única.
- B) Nesse tipo de cardiopatia, geralmente há hiperfluxo pulmonar, com infecção respiratória de repetição e graus variados de insuficiência cardíaca.
- C) Dentre as comunicações interatriais, a do tipo seio coronário é a mais rara.
- D) Na evolução da comunicação interventricular, a diminuição do sopro não quer dizer redução da lesão, mas, elevação dos níveis de pressão pulmonar e diminuição do gradiente entre VE e VD.
- E) A persistência do canal arterial tem como uma de suas etiologias a rubéola congênita.

**09. Ainda no estudo radiológico das cardiopatias congênitas, é correto correlacionar, EXCETO:**

- A) Sinal de Roesler – evidência de corrosão do bordo inferior das costelas por circulação brônquica colateral, na coarctação de aorta.
- B) Sinais de hipofluxo pulmonar, obrigatoriamente, na atresia tricúspide.
- C) “imagem de ovo deitado” na Transposição das Grandes Artérias.
- D) “imagem em tamanco holandês” - na Tetralogia de Fallot.
- E) Sinais de hiperfluxo pulmonar e de aumento das câmaras esquerdas – na persistência do canal arterial.

**10. Na cardiotoxicidade tipo I, que ocorre no tratamento quimioterápico com antracíclicos, é INCORRETO afirmar que**

- A) a incidência de disfunção ventricular ou insuficiência cardíaca varia de 5 a 35% dos casos.
- B) tem relação com a dose cumulativa total, nunca ocorrendo com doses inferiores a 400 mg/m<sup>2</sup>.
- C) tende a ser irreversível, com achados na biópsia endocárdica de destruição dos sarcômeros e necrose.
- D) dosagem tardia de troponina (01 mês após o ciclo de quimioterapia) pode ser utilizada para monitoramento de toxicidade.
- E) mesmo com doses cumulativas inferiores a 200mg/m<sup>2</sup>, o monitoramento cardiológico deve ser feito com 1 ano, 2 anos e 5 anos após o tratamento.

**11. Considera-se como fatores de risco para cardiotoxicidade na quimioterapia, EXCETO:**

- A) Extremos de idade.
- B) Radioterapia do mediastino associada.
- C) Obesidade.
- D) Hipertensão arterial controlada.
- E) Combinação com outras drogas ou tratamento prévio.

**12. Qual das opções abaixo tem classe III de recomendação, ou seja, não recomendável, considerando a utilização de biomarcadores no Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST?**

- A) Diagnóstico de reinfarto.
- B) Avaliação prognóstica.
- C) Diagnóstico de reperfusão à beira do leito.
- D) Diagnóstico do infarto.
- E) Diagnóstico de infarto no pós-operatório de revascularização cirúrgica.

**13. Os primeiros estudos com a utilização de heparina no infarto do miocárdio com Supra de ST demonstraram benefícios significativos na redução da mortalidade. No período pós-trombolítico, é correto afirmar sobre seu uso, EXCETO:**

- A) A heparina não fracionada não é recomendada como tratamento adjuvante à terapia trombolítica, devido à incidência de sangramento maior aumentada nesse grupo, conforme estudo ASSENT-3.
- B) A heparina de baixo peso molecular (HBPM) é mais vantajosa pela menor ativação plaquetária e farmacocinética mais previsível, não sendo necessário controle com ttpa.
- C) Somente a Enoxaparina e Reviparina têm validade e aplicabilidade comprovadas por estudos clínicos no IAM com Supra.
- D) Atualmente a recomendação para utilização da enoxaparina coadjuvante ao trombolítico seria de 8 dias ou até a alta hospitalar.
- E) O risco de AVC é maior com o tPA (Alteplase) do que com a Estreptoquinase.

**14. Os novos antitrombóticos se constituem em opções terapêuticas, utilizados no tratamento das síndromes coronarianas agudas. Sobre os antitrombóticos, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) O Fondaparinux é totalmente sintético, produz menos trombocitopenia que as heparinas e tem maior meia-vida de duração
- B) O Fondaparinux tem meia-vida mais longa que a da heparina não-fracionada.
- C) Em caso de intervenção coronária percutânea, o Fondaparinux isolado mostrou-se tão seguro e eficaz quanto a heparina não-fracionada.
- D) O Argatroban é um antitrombótico de meia-vida curta que deve ser administrado em infusão contínua, como opção adjuvante à terapia trombolítica.
- E) A Hirudina é um antitrombótico, que age na trombina em fase fluida e associada à fibrina, o que se constitui como uma vantagem sobre a heparina.

**15. Considerando o arsenal farmacológico para o tratamento do Infarto do Miocárdio com Supra de ST em sua fase aguda, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) O uso do nitrato está contraindicado por 24 horas para os pacientes que fizeram uso de sildenafil e por 48 horas para os usuários de tadalafil.
- B) A principal indicação do uso dos bloqueadores dos canais de cálcio não-dihidropiridínicos seria a contraindicação aos betabloqueadores.
- C) Os inibidores de ECA são utilizados de rotina em todos os pacientes, salvo contraindicações.
- D) A utilização precoce do betabloqueador reduz a mortalidade, tanto precoce quanto tardia.
- E) A forma de administração intravenosa do betabloqueador é utilizada de rotina.

**16. Dentre os diversos tipos de fibrinolíticos que podem ser utilizados na reperfusão química do IAM com Supra de ST, podemos afirmar, EXCETO:**

- A) As reações alérgicas e hipotensão são frequentes durante a infusão da Estreptoquinase, sendo indicado o uso de rotina de corticoide ao início do tratamento, além da expansão com cristalóide intravenoso.
- B) São considerados preditores de AVC pós-fibrinolítico: idosos, sexo feminino, baixo peso, hipertensão arterial na admissão (tanto sistólica, como diastólica) e doença cerebrovascular prévia.
- C) A Tenecteplase é comparável à Alteplase em termos de mortalidade e tem menor taxa de sangramento não cerebral.
- D) Em caso de reinfarto, a Estreptoquinase pode ser readministrada em até 05 dias da primeira infusão, devido ao risco de formação de anticorpos após esse período.
- E) A readministração de trombolíticos aumenta a incidência de sangramentos.

**17. Sobre as situações clínicas que podem ocorrer na evolução do IAM com Supra de ST, podemos afirmar, EXCETO:**

- A) A utilização de anticoagulantes pós-fibrinolítico foi incorporada com o intuito de reduzir o risco de reoclusão pós-reperfusão, apesar do risco de sangramento.
- B) A presença de angina poucas semanas após o evento de IAM piora, de forma significativa, o prognóstico do paciente.
- C) O infarto de VD quando associado ao IAM inferior apresenta alta mortalidade (25% a 30%).
- D) Na pericardite pós-IAM precoce assim como na tardia (Síndrome de Dressler), está indicado o uso de anti-inflamatório não-esteroidal, como a indometacina, no controle da dor.
- E) A ocorrência de insuficiência cardíaca tanto na fase aguda (hospitalar) quanto na tardia do pós-IAM está associada à maior mortalidade.

**18. Paciente idosa, 68 anos chega à emergência com queixa de precordialgia e desconforto respiratório há cerca de 05 horas. Ausculta cardíaca normal, exceto pela FC elevada. Presença de finos estertores crepitantes pulmonares. ECG inespecífico. Dosagem seriada de marcadores de injúria miocárdica, com 6h e 9h do início do quadro evidenciam: - MB aumentada e Troponina normal. Podemos concluir, EXCETO:**

- A) Apesar da Troponina (biomarcador mais específico) normal, o diagnóstico de IAM sem Supra não está descartado, devido à clínica.
- B) Como Troponina normal, o prognóstico, nesse caso, seria de melhor evolução, considerado como de risco intermediário para eventos cardíacos maiores.
- C) A Mioglobina, outro biomarcador de injúria, não seria de grande utilidade por não ser cárdio-específico.
- D) Estaria indicada nova dosagem de Troponina (preferencialmente C ou I) e CK-MB Massa, para avaliação da curva com 12 horas de evolução.
- E) Está contraindicado realização de testes provocativos de isquemia, nesse momento.

**19. Segundo a Classificação de Braunwald para estratificação de risco na angina instável, na tentativa de estimar valor prognóstico para óbito e IAM não-fatal, considera-se como Risco Intermediário todos os itens abaixo, EXCETO:**

- A) Angina de repouso de início recente (últimas 2 semanas).
- B) Angina com hipotensão.
- C) Angina com alterações dinâmicas da onda T.
- D) Angina noturna.
- E) Idade maior que 65 anos.

**20. Sabemos que pacientes com doença multiarterial grave ou lesões de tronco podem apresentar exame físico normal. Entretanto, existem alterações durante o quadro anginoso que, quando presentes, conferem ao paciente sinal de mau prognóstico. Entre essas, estão, EXCETO:**

- A) Presença de sopro mitral, holossistólico ou não, transitório ou não.
- B) Sopro carotídeo.
- C) Taquipneia.
- D) Pulsos finos.
- E) Bradicardia.

**21. Sobre as Emergências Hipertensivas, podemos afirmar, EXCETO:**

- A) Clinicamente, manifestam-se por encefalopatia hipertensiva.
- B) Exigem imediata redução dos níveis tensionais.
- C) Consideram-se também os pacientes com níveis de pressão acima de 220x140 mmHg, mesmo se assintomáticos.
- D) Recebem o mesmo diagnóstico os pacientes sintomáticos, com hipertensão aguda, porém níveis tensionais não tão elevados.
- E) Podem ocorrer, na eclâmpsia, glomerulonefrite e intoxicação por cocaína.

**22. A Alfametildopa é um anti-hipertensivo de ação central, que atua estimulando os receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático. Seu perfil de segurança para o binômio materno-fetal o elege como escolha para uso nas hipertensas grávidas. Entretanto, efeitos colaterais são descritos, EXCETO:**

- A) Sonolência / sedação.
- B) Hipotensão postural.
- C) Anemia hemolítica.
- D) Alteração no perfil glicêmico.
- E) Disfunção sexual.

**23. A Síndrome de Austrian é composta pelas seguintes alterações clínicas:**

- A) endocardite, meningite e pneumonia por *streptococcus pneumoniae*.
- B) endocardite associada a aneurisma micótico cerebral.
- C) achado de vegetação valvar asséptica.
- D) endocardite mitro-aórtica combinada.
- E) endocardite de valva aórtica complicada por abscesso para-valvar.

**24. Sobre a Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Normal (ICFEN) ou Insuficiência Diastólica, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) É uma entidade com prognóstico tão adverso quanto a insuficiência cardíaca sistólica, apresentando taxas de mortalidade semelhantes.
- B) Geralmente na ICFEN, ocorre remodelamento concêntrico com volumes normais ou até diminuídos.
- C) É uma síndrome pouco frequente em relação à insuficiência cardíaca sistólica.
- D) É mais frequente no sexo feminino e associada à hipertensão, a diabetes, à fibrilação atrial, à insuficiência renal e à anemia.
- E) No diagnóstico ecocardiográfico, o aumento do volume do átrio esquerdo tem importante valor preditor de mortalidade.

**25. Existem critérios ecocardiográficos que devem ser estudados em pacientes com queixa de dispneia e função sistólica ventricular normal, que podem ter valor diagnóstico e prognóstico. São eles, EXCETO:**

- A) Análise doppler do fluxograma transmitral (relação E/A).
- B) Doppler tecidual do anel mitral (relação E/e').
- C) Velocidade de propagação do anel mitral.
- D) Velocidade do fluxo de via de saída.
- E) Tempo de relaxamento isovolumétrico (TRIV).

**26. Apesar da grande melhora na expectativa de vida com o tratamento clínico da Insuficiência Cardíaca (IC), o Transplante Cardíaco é uma opção para a IC refratária. Podemos considerar contraindicações relativas à sua realização, EXCETO:**

- A) Síndrome de imunodeficiência adquirida.
- B) Infecção sistêmica ativa.
- C) Dependência química.
- D) Comorbidades com baixa expectativa de vida.
- E) Hepatite B ou C.

**27. Sabemos que a Doença Vascular do Exerto (DVE) continua sendo a principal complicação crônica no transplante cardíaco, tendo características bastante distintas da doença aterosclerótica. Dentre as opções abaixo, qual a classe de droga considerada de primeira linha para prevenção da DVE?**

- A) Inibidores da ECA.
- B) Inibidores diretos da renina.
- C) Antiagregantes plaquetários.
- D) Antitrombóticos.
- E) Estatinas.

**28. Ainda sobre transplante cardíaco, as assertivas abaixo estão corretas, EXCETO:**

- A) O transplante cardíaco heterotópico seria uma alternativa nas situações de resistência pulmonar muito elevada (> 5uw após vasodilatadores).
- B) A insuficiência tricúspide (IT) tende a ocorrer ao longo do acompanhamento do pós-transplante, porém não há mudança na sobrevida dos pacientes, se o refluxo for de grau leve ou moderado.
- C) A avaliação hemodinâmica da pressão pulmonar com cateter na artéria pulmonar tem classe de recomendação grau I para todos os candidatos para transplante e anualmente até a realização deste.
- D) Na grande maioria das vezes, no pós-transplante, ocorre melhora da disfunção renal secundária à isquemia crônica pela baixa perfusão renal.
- E) Os pacientes com maior probabilidade de morte são colocados como prioridades na fila de espera para transplante.

**29. No seguimento do pós-operatório de um paciente transplantado cardíaco, o exame ecocardiográfico é de extrema importância no rastreamento de rejeição, uma vez que a biópsia endomiocárdica não é um procedimento isento de complicações. Assim sendo, podemos considerar como corretas todas as afirmativas abaixo, EXCETO:**

- A) Um pequeno derrame pericárdico é encontrado no início, mas raramente dura mais que algumas semanas.
- B) Movimento anormal do septo ou diminuição no grau de espessamento sistólico do septo pode ser considerado "normal".
- C) A dilatação biatrial é um indício importante de disfunção biventricular, mesmo com cavidades ventriculares de dimensões normais, secundária à rejeição aguda.
- D) O aumento da massa do ventrículo esquerdo, quando presente, pode ser um indício de rejeição.
- E) A disfunção diastólica é um marcador precoce de rejeição.

**30. Com o último censo (2010), detectamos um crescimento da população no Brasil, o que corresponde a um maior número de pessoas portadoras de Insuficiência Cardíaca (IC) de diversas etiologias. Em relação aos avanços na condução da IC crônica, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) A Ivabradina se constitui em uma nova classe terapêutica, havendo evidências (estudo SHIFT) de redução de mortalidade e de hospitalização por piora da IC.

- B) O bloqueador de aldosterona Eplerenone, quando adicionado ao tratamento clínico otimizado de pacientes em classe funcional II (estudo EMPHASIS-hf), mostrou redução da mortalidade e hospitalizações por IC.
- C) A Trimetazidina, agente modulador do metabolismo energético miocárdico, demonstra benefícios na redução da morbimortalidade, em adição à terapia otimizada.
- D) A dosagem de BNP (Peptídeo Natriurético do tipo b) aumentou a acurácia diagnóstica, associada ao exame clínico.
- E) O seguimento clínico com BNP ou NT-proBNP (estudo Prima e Battlescared) demonstra evidente melhora na sobrevida e redução das hospitalizações, em relação ao tratamento guiado por sintomas.

**31. Paciente de 54 anos, em exame admissional para professor de ensino fundamental, tem exame físico normal e traz eletrocardiograma e raio x de tórax normais. Tem teste sorológico (Elisa) para Chagas positivo e teste de parasitemia negativo. Dentre as considerações abaixo sobre o caso, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) Deve-se requisitar exame radiológico contrastado de esôfago e intestino para confirmação do diagnóstico da fase indeterminada da doença de Chagas.
- B) Deve ser realizado exame sorológico mais específico para o diagnóstico, como a reação de Machado-Guerreiro.
- C) Deve ser confirmado o diagnóstico com um segundo teste sorológico: imunofluorescência indireta ou hemaglutinação.
- D) Exames, como ecocardiograma e holter, não são fundamentais para o diagnóstico da fase indeterminada do Chagas.
- E) O paciente deve ser considerado apto a exercer sua função, sendo discutível sua atuação, quando houver risco para terceiros.

**32. Em relação ao tratamento etiológico da Doença de Chagas, podemos afirmar, EXCETO:**

- A) É recomendado na forma cardíaca avançada refratária ao tratamento convencional da IC (na tentativa de reduzir parasitemia).
- B) Deve ser realizado em todo paciente diagnosticado como em fase aguda, a despeito da forma de transmissão.
- C) É recomendado em todas as crianças, mesmo em fase crônica da doença.
- D) É recomendado de forma imediata, em caso de contaminação acidental e alto risco de haver transmissão.
- E) É recomendado na agudização do paciente crônico imunossuprimido.

**33. A Miocardiopatia não-Compactada é uma entidade rara, tendo origem provavelmente no período embrionário, com a parada intrauterina da compactação miocárdica. Sobre essa cardiopatia, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) Seu diagnóstico é feito pela ecocardiografia, sendo que exames, como a ressonância magnética e a tomografia, podem gerar dados falso-positivos, superestimando a incidência da doença.
- B) Um dos principais critérios diagnósticos é a identificação de fluxo sanguíneo entre os recessos intertrabeculares, o que a diferencia da hipertrofia miocárdica.
- C) Está indicada anticoagulação plena devido ao alto risco de tromboembolismo, quando associada à disfunção ventricular (FE<40%), fibrilação atrial ou tromboembolismo prévio.
- D) Seu diagnóstico diferencial principal é: endomiocardiofibrose, cardiomiopatia hipertrófica apical e cardiomiopatia hipertensiva, dilatada e infiltrativa.
- E) Devido à associação frequente com desordens neuromusculares, deve ser realizada avaliação neurológica.

**34. Devido à ampla variabilidade dos níveis tensionais batimento a batimento, além da interferência de diversos outros fatores, surge a necessidade da utilização de métodos, como a medida ambulatorial (MAPA) e residencial (MRPA) da pressão arterial. Sobre isso, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Os pacientes diagnosticados com hipertensão do avental branco têm risco cardiovascular intermediário, aproximando-se da população normal.
- B) A demonstração de elevação matinal da pressão arterial (“morningrise”) tem correlação com pior desfecho cardiovascular.
- C) A hipertensão isolada durante o sono também está associada a maior risco cardiovascular.
- D) A apneia do sono geralmente está associada a acentuado descenso noturno, o que implica maior risco cardíaco.
- E) A presença de arritmia é um fator limitante tanto para a MAPA como para a MRPA.

**35. O teste ergométrico é hoje importante instrumento de investigação e auxílio na condução das doenças isquêmicas miocárdicas. Porém, nas situações descritas abaixo, o valor diagnóstico desse teste encontra-se reduzido, sendo não-recomendável (classe III) para esse fim, EXCETO EM:**

- A) Síndrome de Wolf-Parkinson-White.
- B) Ritmo de marcapasso.
- C) Bloqueio de ramo esquerdo.
- D) Bloqueio de ramo direito.
- E) Terapêutica com digitálicos.

**36. A relação entre Fibrilação Atrial (FA) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) já é bastante conhecida. Em relação à prevenção de fenômenos tromboembólicos na FA podemos afirmar, EXCETO:**

- A) A proteção atingida com o uso do ácido acetil salicílico (AAS) é bem menor do que com a anticoagulação.
- B) Os antagonistas da vitamina K protegem contra AVC, porém não contra o tromboembolismo periférico.
- C) A utilização do AAS 81 a 325mg pode ser substituído aos antagonistas da vitamina K, se estes estiverem contraindicados.
- D) São opções eficazes à utilização de dispositivos mecânicos percutâneos para obliteração do apêndice atrial esquerdo.
- E) Uma nova opção terapêutica para prevenção de AVC na FA é a rivaroxabana, exceto na FA valvular.

**37. Paciente com 88 anos, hipertenso, com antecedente de acidente isquêmico cerebral transitório há 1 mês é atendido na emergência cardiológica com queixa de palpitação taquicárdica. ECG evidencia fibrilação atrial, sem sinais de sobrecarga ventricular. Feita cardioversão química com propafenona. Na semana seguinte, paciente procura consultório para seguimento. Estão corretas as considerações abaixo, EXCETO:**

- A) O paciente é considerado de risco elevado para tromboembolismo.
- B) O betabloqueador não seria a melhor opção como droga para manutenção do ritmo sinusal.
- C) A anticoagulação não está indicada, pois a fibrilação atrial já foi revertida (não é permanente).
- D) Causas e condições associadas devem ser pesquisadas, tais como hipertireoidismo, doenças pulmonares e metabólicas.
- E) A idade do paciente não é uma contraindicação para a anticoagulação (se indicada), pois o risco de sangramento é menor que o benefício da prevenção.

**38. O Tilt-test é um exame realizado na investigação da síncope e dos sintomas relacionados ao ortostatismo e às disautonomias. Sobre ele, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) Pode ser utilizado o protocolo passivo prolongado ou o protocolo sensibilizado.
- B) Geralmente as drogas sensibilizantes são administradas após o período passivo, sendo a mais usada os nitratos (nitroglicerina IV ou SL).
- C) A resposta positiva ao teste, com diagnóstico de Síndrome da Taquicardia Postural Ortostática (STPO) é a de pior prognóstico, com risco de arritmia ventricular maligna.
- D) As pausas induzidas geralmente são inferiores a 30 segundos; se maiores, são consideradas apenas respostas exacerbadas e não complicações do procedimento.
- E) É possível caracterizar a síncope psicogênica durante o exame.

**39. A Cardiomiopatia Hipertrófica (CMH) é uma entidade, que possui diversos graus de acometimento clínico, na dependência de características anatômicas e genéticas. Sobre a CMH, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) As manifestações clínicas são diversas, podendo ocorrer sintomas de IC, eventos embólicos ou morte súbita.
- B) Os pacientes tendem a ser mais sintomáticos, se houver obstrução à via de saída significativa em repouso.
- C) Os pacientes sem gradiente em repouso e com sintomas de IC devem ser submetidos a manobras provocativas, como valsalva, exercício ou infusão de dobutamina.
- D) O teste com isoproterenol não é indicado como teste provocativo, por causar vasoconstricção periférica, com consequente redução do gradiente em via de saída.
- E) Miomectomia septal ou ablação septal por álcool continuam a ser opções invasivas para os pacientes refratários ao tratamento clínico.

**40. Conforme a Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas, está correto afirmar, EXCETO:**

- A) A presença de doença aterosclerótica na mulher menopausada acima dos 60 anos, como doença arterial periférica ou carotídea, não constitui risco aumentado, por serem consideradas próprias da idade.
- B) A Escala de Risco de Framingham é a indicada para a classificação das mulheres quanto ao risco cardiovascular.
- C) A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) não está recomendada com a finalidade exclusiva de reduzir o risco cardiovascular no período da menopausa.
- D) A TRH está contraindicada em uma das seguintes situações: sangramento genital não esclarecido, trombose venosa, hepatopatia ou câncer estrogênio-dependente.
- E) Estudos observacionais sugerem menor risco de tromboembolismo venoso com a TRH por via nãooral (em comparação com a por via oral).

**41. A Hipercolesterolemia Familiar (HF) é uma doença genética do metabolismo das lipoproteínas, havendo risco aumentado em até 50% de IAM ou morte entre homens até 50 anos e até 12% nas mulheres. Sobre essa entidade, podemos afirmar, EXCETO:**

- A) Caracteriza-se por níveis muito elevados de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c), sendo o ponto de partida para essa possibilidade diagnóstica valores  $>$  ou  $=$  190 mg/dl.
- B) A presença de hipertrigliceridemia exclui o diagnóstico de HF, devendo-se pesquisar causas primárias no trato biliar-digestivo.
- C) O arco corneal completo está presente em até 50% dos portadores de HF até os 50 anos.
- D) O diagnóstico de HF é sempre reforçado, se houver relato de história de hipercolesterolemia na família ou de doença aterosclerótica prematura.
- E) A presença dos xantomas tendinosos são praticamente patognomônicos da HF, porém estão presentes em menos que 50% dos casos.

**42. Paciente chega à emergência com quadro de dispneia súbita. Ausculta pulmonar sugestiva de congestão. Sem sinais de hepatomegalia, ascite ou edema de membros inferiores. Hipotenso (PA=85 x 60 mmHg), porém aquecido. Segundo as recomendações brasileiras revisadas em 2011, podemos afirmar, EXCETO:**

- A) O uso de diuréticos deve ser restrito devido à possibilidade de induzir baixo débito, à redução da pré-carga do ventrículo direito.
- B) O foco do tratamento seria vasodilatadores arteriais associados a suporte ventilatório com pressão positiva não invasiva.
- C) A Anticoagulação plena só está indicada em situações específicas, como: fibrilação atrial, identificação de trombo intracavitário ou mecanoprótese valvar.
- D) Se em uso de betabloqueador, inibidor de eca e bloqueadores dos receptores da angiotensina, estes devem ser suspensos.
- E) A utilização de opiáceos tem benefício por meio da redução da resistência vascular sistêmica e do trabalho respiratório.

**43. A Febre Reumática (FR) é responsável, no Brasil, por até 80% das cirurgias cardíacas em crianças e 30% nos adultos. É a mais prevenível das cardiopatias. Sobre sua profilaxia, podemos afirmar, EXCETO:**

- A) A profilaxia primária é baseada no diagnóstico precoce e tratamento das infecções estreptocócicas de orofaringe.
- B) O antibiótico de eleição na profilaxia primária é a Penicilina G benzatina, dose única ou Amoxicilina por 10 dias; ainda pode ser feita a Eritromicina (nos alérgicos à penicilina).
- C) A Sulfadiazina é uma opção na profilaxia secundária aos alérgicos à Penicilina.
- D) Os níveis de antiestreptolisina O (ASLO), após episódio de amigdalite estreptocócica, quando muito elevados, podem indicar a necessidade de profilaxia secundária da FR.
- E) A profilaxia secundária da FR pode durar o resto da vida, algumas vezes em função da exposição ocupacional do paciente (como em funcionários de escolas e creches).

**44. As doenças, adquiridas de etiologia reumática, são ainda muito frequentes no Brasil, devido à alta prevalência da Febre Reumática em nosso meio. A maioria desses pacientes necessitará de seguimento médico ao longo dos anos. Sobre as valvulopatias, está correto afirmar, EXCETO:**

- A) No paciente com Insuficiência Aórtica importante, o aumento da cavidade ventricular esquerda (DDVE $>$ 7,5cm e DSVE $>$ 5,5cm) está relacionado à rápida progressão da doença, indicando a cirurgia de substituição valvar, mesmo nos assintomáticos.
- B) A indicação de cirurgia em pacientes com Insuficiência Aórtica grave secundária à doença da raiz da aorta é similar para pacientes com doença valvar primária.
- C) A presença de Hipertensão Pulmonar grave e disfunção ventricular direita não contraindicam a intervenção cirúrgica para Estenose Mitral.
- D) No tratamento cirúrgico da Insuficiência Mitral, não houve diferença em relação à taxa de sobrevida e manutenção da função ventricular, entre plastia mitral ou troca valvar.
- E) Nos pacientes assintomáticos com Insuficiência Mitral grave, a cirurgia está indicada, se houver disfunção ventricular leve (FE entre 50 e 60%) e diâmetro sistólico final entre 4,5 e 5,0cm.

**45. Nos pacientes a serem submetidos à cirurgia valvular esquerda (principalmente mitral), atenção especial deve ser dada à presença de Insuficiência Tricúspide (IT). Sobre essa valvulopatia, é verdadeiro afirmar, EXCETO:**

- A) Pode ocorrer por acometimento reumático da valva tricúspide ou ser secundária à dilatação do anel valvar por disfunção do VD.
- B) As manifestações clínicas da IT são: caquexia, icterícia, pulsação venosa (veia cava superior) e hepática.
- C) O achado ao ecocardiograma de fluxo sistólico reverso em veia supra-hepática é compatível com IT importante.
- D) Se IT importante e anel tricúspide medido ao ecocardiograma  $>$  ou  $=$  4,0cm, há recomendação (II<sup>a</sup> pela Diretriz Europeia) de cirurgia de reparo (anuloplastia com anel protético).
- E) Não sendo possível a plastia tricúspide, não há preferência em relação ao tipo de prótese valvar (biológica ou mecânica).

**46. A Endocardite Infecçiosa (EI) é uma doença ainda hoje considerada grave, que representa um desafio para o diagnóstico. Dentre os conhecimentos atuais, podemos afirmar, EXCETO:**

- A) É mais comum acometimento valvar, porém nos portadores de coarctação de aorta ou persistência do canal arterial, pode haver acometimento isolado desses segmentos arteriais (endarterite).
- B) A morte dos microrganismos com a antibioticoterapia não induz, a curto prazo, à mudança no tamanho da vegetação.
- C) A presença da vegetação após tratamento clínico bem sucedido está associada à maior incidência de complicações tardias.
- D) Achado cirúrgico de microrganismos no exame histológico das valvas excisadas não deve ser considerado como infecção ativa.
- E) Microrganismos muito virulentos, como *Staphylococcus aureus*, podem ocasionar destruição local, com perfuração valvar e comunicação entre as câmaras cardíacas.

**47. Sabemos que, uma vez indicado o tratamento cirúrgico, sua precocidade é um dos fatores que interfere na taxa de mortalidade. Sendo assim, são consideradas indicações de intervenção cirúrgica precoce na Endocardite Infecçiosa (EI), EXCETO:**

- A) Infecção por fungos.
- B) Infecção por estafilococos.
- C) Embolização sistêmica.
- D) Acometimento em próteses valvares.
- E) Insuficiência cardíaca grave.

**48. Na endocardite precoce de prótese cardíaca valvar, o agente etiológico mais frequente é**

- A) *Staphylococcus epidermidis*.
- B) *Staphylococcus aureus*.
- C) *Enterococcus*.
- D) *Streptococcus spp*.
- E) Fungos.

**49. O Estudo Eletrofisiológico (EEF) e a terapêutica percutânea das arritmias cardíacas (ablação por radiofrequência) estão indicados em todas as situações abaixo, EXCETO em**

- A) paciente assintomático com pré-excitação ventricular e profissão de risco.
- B) Taquicardia Ventricular Polimórfica secundária a distúrbio elétrico primário (Síndrome do QT Longo ou Síndrome de Brugada).
- C) Taquicardia Ventricular com cardiopatia estrutural.
- D) Fibrilação Atrial paroxística de difícil controle medicamentoso.
- E) Taquicardia Atrial com taquicardiomiopatia.

**50. A Síncope é a perda transitória e autolimitada da consciência. O grande desafio na sua avaliação é a determinação do risco de morte. São características clínicas sugestivas de maior mortalidade, EXCETO:**

- A) Presença de doença cardíaca estrutural.
- B) Durante refeição ou estado absortivo (após refeição).
- C) Síncope durante exercício.
- D) Síncope precedida de palpitação.
- E) História familiar de morte súbita.