

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					

**GRUPO 7 - 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. Sobre a regulação metabólica do fluxo coronário, assinale a alternativa incorreta.**

- A) A hiperemia ativa é uma rápida resposta de vasodilatação e incremento de fluxo na microvasculatura, na presença de isquemia.
- B) A adenosina é potente vasodilatador, liberada sob o estímulo da redução da tensão de oxigênio em cardiomiócitos.
- C) O óxido nítrico tem ação vasodilatadora prolongada predominante sobre a musculatura lisa arterial, e sua redução está associada à aterosclerose.
- D) O fator hiperpolarizante do endotélio é promotor endotelial de vasodilatação, especialmente de artérias de pequeno calibre.
- E) As endotelinas têm potente ação vasoconstrictora, de início lento e longa duração e encontram-se elevadas em hipertensos e dislipidêmicos.

**02. Sobre o “ fenômeno de no reflow ”, assinale alternativa incorreta.**

- A) Caracteriza-se por perfusão inadequada associada a artérias epicárdicas sem obstrução, após o tratamento de um infarto agudo do miocárdio.
- B) Pode ocorrer em até 30 % dos casos de infartos tratados com trombólise ou intervenção mecânica.
- C) A lesão de reperfusão associa-se à disfunção endotelial, ocorrendo vasoconstricção, ativação de plaquetas e leucócitos e produção de radicais livres de oxigênio.
- D) Está associado a um pior prognóstico com maior incidência de insuficiência cardíaca e remodelamento ventricular.
- E) A adenosina em pequenas doses tem sido o agente mais utilizado com sucesso, para prevenção do fenômeno.

**03. São causas de hiperfonese da primeira bulha cardíaca, exceto.**

- A) Mixoma atrial.
- B) Intervalo PR curto.
- C) Bloqueio do ramo esquerdo.
- D) Exercício.
- E) Síndrome do dorso reto.

**04. São causas possíveis do chamado desdobramento paradoxal da segunda bulha cardíaca as seguintes condições abaixo, exceto.**

- A) Comunicação interventricular (CIV).
- B) Bloqueio do ramo esquerdo.
- C) Síndrome de Wolf Parkinson White.
- D) Infarto agudo do miocárdio.
- E) Estenose aórtica grave.

**05. Sobre as terceira e quarta bulhas cardíacas, assinale a alternativa incorreta.**

- A) A bulha protodiastólica pode ser audível em crianças e adultos jovens normais.
- B) Do ponto de vista auscultatório, não existe diferença entre um terceiro ruído de origem fisiológica e outro patológico.
- C) O chamado galope de soma ocorre na presença de intervalo curto e/ou intervalo diastólico longo.
- D) Ambos os sons são de baixa frequência, originários dos ventrículos e melhor audíveis com a campânula do estetoscópio.
- E) Na ausência de contração atrial, não haverá quarta bulha cardíaca.

**06. Sobre as características dos diversos sopros cardíacos, assinale a alternativa incorreta.**

- A) O sopro da estenose aórtica tem como características ser protomesosistólico ou mesosistólico ejetivo e configuração em diamante, mais intenso no foco aórtico.
- B) O sopro da estenose mitral é protodiastólico ou mesotelediastólico em ruflar, com configuração em decrescendo, mais intenso em foco mitral.
- C) Os sopros holosistólicos são originados de câmaras de alta pressão, como os ventrículos, como ocorre nas CIV<sub>s</sub> com orifício restritivo.
- D) O sopro de austin flint está presente na insuficiência aórtica grave e diferencia-se da estenose mitral devido à normalidade da primeira bulha e ausência de estalido de abertura.
- E) O sinal de rivero-carvalho é utilizado para o diagnóstico do sopro da insuficiência tricúspide que aumenta de intensidade na inspiração profunda.

**07. Sobre as características de ausculta dos sons pericárdicos, é incorreto afirmar.**

- A) Os atritos podem ocorrer tanto na sístole como na diástole concomitantemente ou de modo isolado.
- B) Os atritos são descritos como sons rudes ou ásperos e podem estar presentes em todo o precórdio.
- C) O decúbito lateral esquerdo pode diminuir a intensidade do atrito pericárdico.
- D) O atrito pericárdico pode ser acentuado na inspiração e com a inclinação do tórax para frente, com o paciente sentado ou em pé.
- E) Os ruídos são raramente encontrados na pericardite constrictiva e nos casos de tamponamento cardíaco.

**08. Baseado na semiologia cardiovascular, as correlações abaixo são verdadeiras, exceto.**

- A) Nitrito de amilo: aumenta o sopro da cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva.
- B) Inspiração: aumenta os sopros do lado direito do coração.
- C) Aperto de mão: aumenta o sopro da insuficiência mitral.
- D) Expiração: diminui os sopros do lado direito do coração.
- E) Manobra de valsalva: diminui o sopro da cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva.

**09. Considera-se sinal eletrocardiográfico de sobrecarga ventricular esquerda, exceto.**

- A) Soma da onda S nas derivações v1 ou v2 com onda R nas derivações v5 ou v6 > 35 mm.
- B) Deflexão intrinsecoide > ou = 0,05 seg nas derivações precordiais esquerdas.
- C) Índice R/S na derivação v5 ou v6 < ou = 1.
- D) Onda R na derivação avl > 11 mm.
- E) Soma de R de d1 com S de d3 > 25 mm.

**10. Pode ser causa de insuficiência aórtica, exceto.**

- A) Doença de Whipple.
- B) Doença de Crohn.
- C) Espondilite anquilosante.
- D) Doença de Takayasu.
- E) Doença celíaca.

**11. Dentre as assertivas abaixo, a correlação patologia x sinal está incorreta em**

- A) Estenose aórtica: pulsus parvus e tardus.
- B) Insuficiência aórtica: sinal de traube.
- C) Estenose aórtica: sinal de quincke.
- D) Estenose aórtica: onda venosa jugular proeminente.
- E) Insuficiência aórtica: pulso de corrigan.

**12. São causas possíveis de teste ergométrico falso-negativo na investigação de isquemia miocárdica as seguintes condições, exceto.**

- A) Uso de antianginosos.
- B) Infarto do miocárdio prévio.
- C) Exercício ineficaz.
- D) Síndrome de Wolf Parkinson White.
- E) Circulação colateral protetora.

**13. Assinale a alternativa na qual a correlação entre distúrbio eletrolítico e alterações correspondentes de ecg encontra-se incorreta.**

- A) Hipocalemia /achatamento da onda T e depressões côncavas do segmento ST.
- B) Hipercalemia /onda T de pico e prolongamento do PR.
- C) Hipercalcemia/inversão da onda T terminal e encurtamento do QT.
- D) Hipocalcemia/ prolongamento do QT e aumento da voltagem do QRS.
- E) Hipomagnesemia/achatamento ou inversão das ondas P e ampliação do QRS.

**14. São características do ECG do bloqueio do ramo esquerdo de grau avançado, exceto.**

- A) Presença de ondas Q em d1, v5 e v6.
- B) Duração do complexo QRS maior ou igual a 0,12 ms.
- C) Ondas R alargadas e monofásicas em d1, v5 e v6.
- D) Deslocamento do segmento ST e onda T na direção oposta à maior deflexão do QRS.
- E) Atraso da deflexão intrinsecoide de 0,10 em v5 e v6.

**15. Sobre o Miocárdio Não Compactado Isolado(MNCI), assinale a alternativa incorreta.**

- A) Apresenta trabeculações numerosas e proeminentes, com recessos intratrabeculares que penetram profundamente no miocárdio, predominando no ventrículo direito.
- B) Pode estar associado a más formações congênitas ou à síndrome de Barth.
- C) O padrão de herança no MNCI é, em geral, autossômico dominante.
- D) O ecocardiograma é o método de escolha para o diagnóstico do MNCI e para a estratificação familiar.
- E) A ressonância magnética permite avaliar formas mais sutis de comprometimento miocárdico.

**16. Sobre a nefropatia induzida pelo contraste que pode ocorrer após cateterismo cardíaco, assinale a alternativa incorreta.**

- A) Aproximadamente 5 % dos pacientes submetidos à angiografia cardíaca têm alteração transitória da creatinina.
- B) A insuficiência renal aguda é do tipo oligúrica, e não há terapêutica específica, requerendo diálise frequentemente.
- C) O pico da creatinina sérica ocorre nas primeiras 48 a 96 horas, com retorno ao nível basal, em geral, até o décimo dia.
- D) Além de diabetes e nefropatia crônica, mieloma múltiplo, insuficiência cardíaca e hipovolemia são fatores de risco.
- E) Hidratação, uso de contraste de baixa osmolaridade e n-acetilcisteína são medidas habituais para profilaxia.

**17. São critérios diagnósticos para o diagnóstico da síndrome metabólica, segundo o NCEP/AT-PIII 2001, exceto.**

- A) Glicemia de jejum maior que 110 mg/dl.
- B) Microalbuminúria maior que 30mg/g.
- C) Triglicérides maior que 150 mg/dl.
- D) Pressão arterial maior que 130/80 mmhg.
- E) HDL colesterol menor que 40mg/dl em homens e 50 mg/dl em mulheres.

**18. Sobre o quadro clínico da doença reumática, assinale a alternativa incorreta.**

- A) A poliartrite é a manifestação mais comum, migratória e assimétrica, com boa resposta aos AAS e não deixa sequelas.
- B) A cardite é mais frequente na primeira década de vida e a presença de sopro diastólico valvar indica lesão prévia não identificada.
- C) A coreia é manifestação tardia da febre reumática, geralmente após 3 meses da infecção de orofaringe.
- D) O eritema marginado são máculas róseas com centro claro, não pruriginosas; é raro, visto associado sempre à poliartrite migratória.
- E) Os nódulos subcutâneos são raros e, em geral, vinculados à cardite.

**19. Sobre a profilaxia da febre reumática, assinale a alternativa incorreta.**

- A) A profilaxia primária pressupõe a erradicação precoce da infecção de orofaringe por estreptococos beta hemolíticos do grupo A.
- B) A orientação correta é tratar com antibiótico, apenas, as amigdalites com AAS positivo.
- C) As sulfas são inadequadas para o tratamento das amigdalites estreptocócicas, pois não previnem a febre reumática.
- D) Os pacientes com febre reumática sem cardite devem receber penicilina benzatina durante 5 anos ou até os dezoito anos, o que for mais longo.
- E) O antibiótico de eleição para a profilaxia primária é a penicilina benzatina e a eritromicina em caso de alergia.

**20. Assinale a condição na qual o implante de cardioversor desfibrilador implantável está melhor indicado(recomendação classe I).**

- A) Na síndrome de Brugada, sobreviventes de parada cardíaca e expectativa de vida de, pelo menos, 1 ano.
- B) Na Taquicardia Ventricular Polimórfica Catecolaminérgica (TVPC) que apresente contraindicação para o betabloqueador e expectativa de vida de, pelo menos, 1 ano.
- C) Na Displasia Arritmogênica de VD (DAVD) assintomáticos.
- D) Na cardiomiopatia hipertrófica que apresente 1 ou mais fatores de risco para morte súbita e expectativa de vida de, pelo menos, 1 ano.
- E) Na cardiomiopatia dilatada idiopática classe funcional III, fração de ejeção menor que 35% e expectativa de vida de, pelo menos, 1 ano.

**21. Assinale a condição em que a troca de valva aórtica está melhor indicada nos portadores de Insuficiência Aórtica (IAO) crônica (recomendação classe I):**

- A) grave, assintomática, com disfunção ventricular esquerda (fração de ejeção menor que 50% em repouso).
- B) grave, assintomática, com grande dilatação do V.E. e função sistólica normal.
- C) moderada, em pacientes que serão submetidos à cirurgia na aorta ascendente.
- D) moderada, em pacientes que serão submetidos à cirurgia de ravascularização miocárdica.
- E) grave, assintomática, com fração de ejeção normal em repouso, dilatação progressiva de câmaras, declínio da tolerância ao esforço e resposta hemodinâmica normal ao exercício.

**22. São causas secundárias de hipercolesterolemia, exceto.**

- A) Uso de betabloqueadores.
- B) Insuficiência renal crônica.
- C) Doença hepática crônica.
- D) Doença de Cushing.
- E) Hipotireoidismo.

**23. Sobre o tratamento das dislipidemias, assinale a alternativa incorreta.**

- A) Recomenda-se a redução global da ingestão de gorduras, dando preferência para maior ingestão de ácidos graxos monoinsaturados.
- B) Os fibratos representam a primeira escolha para o tratamento das hipertrigliceridemias, e o Genfibrozil é o melhor fibrato para associação com estatinas.
- C) As estatinas representam a primeira escolha para tratamento das hipercolesterolemias isoladas e podem causar hepatite medicamentosa.
- D) O ácido nicotínico tem efeito importante na redução de triglicérides, e seu principal efeito colateral é o rubor facial.
- E) O ezetimibe utilizado na dose de 10 mg/ dia produz, em média, redução de 15% na colesterolemia, e sua associação com estatina potencializa seu valor terapêutico.

#### CASO CLÍNICO

Homem de cor parda, 39 anos, proveniente de Floresta-PE. chega ao seu consultório com relato de cefaleia ocasional e palpitações que relaciona a emoções. Tabagista de 20 cigarros/dia. Nunca fez consulta cardiológica e não usa medicações regularmente. Na história familiar: pai hipertenso, morreu subitamente aos 50 anos, ao exame físico: no geral, sem anormalidades. I.M.C. 36 kg/m<sup>2</sup>; circunferência da cintura de 117 cm; média da pressão arterial 160 x 100 mmHg\*; sem edemas; pulsos normais e simétricos; ritmo cardíaco regular, em dois tempos, sem sopros ou atritos, com frequência cardíaca de 90 b.p.m. \*segundo recomendação das V Diretrizes de HAS ECG inicial ritmo sinusal regular, fc 88 bpm, sem anormalidades. Trouxe os seguintes exames solicitados pelo clínico (com jejum de 12 horas) : glicemia de jejum 116mg/dl colesterol total 280 mg/dl colesterol ldl 195 mg/dl triglicérides 370 mg/dl

Considere o caso clínico acima e responda as questões 24 a 28 de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e de Dislipidemias.

**24. Sobre a adequada recomendação de aferição da pressão arterial e a média referida no caso clínico, assinale alternativa incorreta.**

- A) Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os membros superiores e, em caso de diferença, utiliza-se sempre o braço como o maior valor de pressão para as medidas subsequentes .
- B) O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais, se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para a pressão sistólica/diastólica.
- C) Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, entre elas, deverão ser realizadas novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior ou igual a 4 mmHg.
- D) A posição recomendada para a medida da pressão arterial é a sentada. A medida nas posições ortostática e supina deve ser feita, pelo menos, na primeira avaliação, em todos os indivíduos.
- E) Em cada consulta, deverão ser realizadas, pelo menos, duas medidas com intervalo de um minuto entre elas, sendo a média considerada a pressão arterial do indivíduo.

**25. Qual a classificação do indivíduo hipertenso do caso clínico acima, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial?**

- A) Estágio I.
- B) Estágio II.
- C) Estágio III.
- D) Limítrofe.
- E) Pseudo-hipertensão.

**26. Qual a estratificação de risco individual do indivíduo hipertenso acima, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial ?**

- A) Risco muito alto.
- B) Risco alto.
- C) Risco intermediário.
- D) Risco baixo.
- E) Sem risco adicional.

**27. Qual a decisão terapêutica e a meta de pressão arterial (P.A.) do indivíduo hipertenso do caso clínico acima, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial?**

- A) Tratamento não medicamentoso isolado por até seis meses, com meta de, no mínimo, P.A. menor que 140/90 mmHg.
- B) Tratamento não medicamentoso e medicamentoso com meta de, no mínimo, P.A. menor que 140/90 mmHg.
- C) Tratamento não medicamentoso e medicamentoso com meta de, no mínimo, P.A. menor que 130/85 mmHg.
- D) Tratamento não medicamentoso e medicamentoso com meta de, no mínimo, P.A. menor que 120/75 mmHg.
- E) Tratamento não medicamentoso e medicamentoso com meta de, no mínimo, P.A. menor que 120/80 mmHg.

**28. Dentre as opções terapêuticas abaixo, assinale a que melhor se enquadra para o indivíduo do caso clínico.**

- A) Atenolol + Hidroclorotiazida + Sinvastatina.
- B) Atenolol + Hidroclorotiazida + Genfibrozil + Sinvastatina.
- C) Losartan + Atenolol + Genfibrozil + Sinvastatina.
- D) Losartan + Anlodipino + Sinvastatina + Ácido Nicotínico.
- E) Losartan + Anlodipino + Fenofibrato.

**29. São opções de exames complementares para investigação de lesão em órgão-alvo, exceto.**

- A) Sumário de urina.
- B) Ecocardiograma.
- C) Holter de 24h.
- D) Fundoscopia.
- E) Proteinúria de 24h.

**30. Em relação à endocardite infecciosa (EI), é correto afirmar, exceto.**

- A) A causa mais comum de hemocultura negativa é a administração antibiótica antes da coleta das hemoculturas.
- B) A segunda causa mais comum de EI com hemocultura negativa é a presença de microorganismos que não se desenvolvem em meios habituais de cultura ou que tenham crescimento.
- C) O inquérito epidemiológico do paciente é importantíssimo para a suspeita clínica do agente etiológico da EI.
- D) A repetição do ecocardiograma (transtorácico ou transesofágico) pode acrescentar informações diagnósticas até a realização do terceiro exame.
- E) Hemocultura positiva, deiscência de prótese valvar e aneurisma micótico são critérios maiores para EI.

**31. Sobre um paciente com HAS refratária, sem história familiar prévia de HAS e hipocalcemia espontânea, é correto afirmar.**

- A) O diagnóstico mais provável seria feocromocitoma.
- B) A confirmação laboratorial de hiperaldosteronismo primário é feita pela relação aldosterona/renina plasmática < ou = 1.
- C) Feito o diagnóstico por imagem de adenoma suprarrenal solitário, é realizada a adrenalectomia, havendo, ainda, chance de persistência da HAS em até 50% dos casos.
- D) Se confirmada a hiperplasia adrenal bilateral, a melhor opção terapêutica é o uso de bloqueador da aldosterona, sendo contraindicada a associação de tiazídicos.
- E) O teste de sobrecarga de sal serve para diferenciação entre adenoma e hiperplasia adrenal.

**32. Paciente 45 anos, sexo masculino, I.M.C.=31 kg/m<sup>2</sup>, com P.A.=190x120 mmhg (em uso de hidroclorotiazida, enalapril, 40 mg/d, anlodipino 10 mg/d e atenolol 100 mg/d). Relato de ronco noturno com paradas respiratórias frequentes e sonolência diurna. Baseado no caso clínico, é correto afirmar, exceto.**

- A) A síndrome de apneia obstrutiva do sono e ronco são fatores de risco independente para HAS.
- B) O uso de CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) é o tratamento de escolha e leva a uma redução dos níveis tensionais de forma mais significativa nos casos de HAS refratária.
- C) O uso do CPAP leva à redução a longo prazo na ocorrência de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.
- D) Durante os episódios de hipóxia, ocorre bradicardia por ativação do sistema parassimpático.
- E) O mecanismo de despertar após apneia ou hipopneia (fragmentação do sono) é capaz de estimular o sistema nervoso simpático, ocasionando elevação da pressão arterial e da frequência cardíaca.

**33. Segundo diretrizes da ACC/AHA, considera-se critério de indicação classe I (nível de evidência a) para terapia de ressincronização cardíaca, exceto.**

- A) Ritmo sinusal.
- B) Ausência de hipertrofia ventricular importante.
- C) Fração de ejeção < ou = 35%.
- D) Refratariedade à terapia medicamentosa otimizada.
- E) Dissincronia ventricular.

**34. A cirurgia de switch atrial é uma opção terapêutica para**

- A) comunicação interatrial.
- B) canal a-v parcial.
- C) canal a-v total.
- D) transposição das grandes artérias.
- E) cor triatriatum.

**35. Paciente sexo masculino, aviador, com quadro de síncope em investigação ambulatorial, realizou tilt-test com resposta positiva vasodepressora. São opções terapêuticas para o caso, exceto.**

- A) Aumentar a ingesta hidro-salina.
- B) Tilt-training.
- C) Fludrocortisona.
- D) Midodrine.
- E) Marcapasso cardíaco.

**36. O foramen oval patente está correlacionado à etiopatogenia das seguintes doenças, exceto.**

- A) Síndrome de descompressão.
- B) Enxaqueca com aura.
- C) Acidente vascular cerebral criptogênico.
- D) Epilepsia.
- E) Síndrome da platipneia ortostática.

**37. Segundo diretrizes do Ministério da Saúde, consideram-se indicações de tratamento específico da Doença de Chagas com benzonidazol as seguintes situações, exceto.**

- A) Pós-transfusional.
- B) Doença de Chagas congênita.
- C) Por acidente de laboratório.
- D) Forma indeterminada.
- E) Pós-transplante de órgãos.

**38. São considerados fatores de risco para cardiomiopatia periparto, exceto.**

- A) Primiparidade.
- B) Idade materna avançada.
- C) Gemelaridade.
- D) Raça negra.
- E) Pré-eclâmpsia.

**39. Em relação à morte súbita cardíaca em atletas, é correto afirmar, exceto.**

- A) É definida como relacionada ao esporte se ocorre durante atividade física ou até 24 horas após seu término.
- B) A cardiomiopatia hipertrófica é a causa mais comum em atletas, correspondendo a 1/3 dos casos.
- C) Commotio cordis também é uma causa frequente de morte súbita em atletas.
- D) O uso de anabolizantes e hormônio do crescimento são causas secundárias de morte súbita (por cardiotoxicidade).
- E) Não há descrição de causas primárias cardíacas de morte súbita, sem que haja cardiopatia estrutural.

**40. Paciente portadora de insuficiência cardíaca, cursando com hipotensão, palpitação e dispneia, após implante de marcapasso unicameral ventricular. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?**

- A) Falha de comando do marcapasso.
- B) Estimulação muscular esquelética.
- C) Síndrome do marcapasso.
- D) Taquicardia por reentrada eletrônica.
- E) Perfuração ventricular.

**41. Considera-se cardiopatia congênita cianogênica com hiperfluxo pulmonar, exceto.**

- A) Tronco arterial.
- B) Doença de Ebstein.
- C) Hipoplasia do coração esquerdo.
- D) Drenagem anômala das veias pulmonares.
- E) Transposição das grandes artérias.

**42. Em relação ao ducto arterioso patente, é correto afirmar, exceto.**

- A) O fechamento percutâneo ou a ligação cirúrgica são contraindicações, quando há desenvolvimento de hipertensão pulmonar grave.
- B) Na ausência de elevação da resistência vascular pulmonar, o sangue é desviado da aorta para a a. pulmonar, produzindo sobrecarga do coração direito.
- C) O fechamento de um canal arterial elimina o risco de endarterite no local.
- D) O risco de endarterite excede o de insuficiência cardíaca na segunda década de vida.
- E) O desenvolvimento da síndrome de eisenmenger pode causar cianose diferencial e deformações nos dedos do pé, mas não, nos da mão.

**43. Sobre tumores cardíacos, é incorreto afirmar que**

- A) os mixomas são responsáveis por 30 a 50% dos tumores benignos em adultos.
- B) cerca de 10% dos pacientes com mixoma tem um padrão autossômico dominante.
- C) sintomas, como dispneia, tontura e síncope, podem ocorrer com alteração da posição do corpo.
- D) os fibroelastomas são responsáveis por cerca de 35% dos tumores malignos em adultos.
- E) os sintomas constitucionais ocorrem provavelmente devido à produção tumoral de interleucina-6.

**44. Em relação às arritmias, assinale a alternativa incorreta.**

- A) A taquicardia atrial multifocal é tipicamente observada em pacientes idosos, com doenças graves, mais comumente o DPOC.
- B) A terapia 'pill in the pocket' é uma opção para o controle da frequência cardíaca, nos casos de fibrilação atrial persistente.
- C) A pró-arritmia (bradicardia ou taquiarritmia ventricular, principalmente torsades de pointes) é o risco mais importante associado ao tratamento com antiarrítmicos.
- D) Episódios únicos de taquicardia paroxística supraventricular bem tolerados podem ser tratados de forma conservadora (observação sem drogas).
- E) Os índices de variabilidade da frequência cardíaca constituem uma aferição do padrão autonômico cardíaco, tendo implicação no prognóstico de possíveis eventos arrítmicos graves.

**45. Sobre síndrome metabólica, é incorreto afirmar.**

- A) A associação de sibutramina e orlistat no tratamento medicamentoso da obesidade está contraindicada devido à ação sinérgica no sistema nervoso central.
- B) O índice antropométrico mais representativo da gordura intra-abdominal é o da circunferência abdominal.
- C) Existe associação frequente de: síndrome dos ovários policísticos, disfunção endotelial, doença hepática gordurosa, microalbuminúria e acantose nigricans.
- D) A adoção do modelo dietético dash pode aumentar a sensibilidade à insulina.
- E) Para pacientes portadores de síndrome metabólica e proteinúria > 1g / 24h, recomendam-se cifras tensionais abaixo de 120 x 75 mmHg.



**46. Em relação ao ECG-AR, é incorreto afirmar.**

- A) É capaz de detectar potenciais elétricos de baixa amplitude, não registráveis pela eletrocardiografia convencional.
- B) Trata-se de um método propedêutico invasivo por meio da captação da atividade elétrica cardíaca por eletrodo esofágico.
- C) Auxilia na estratificação de risco no pós-infarto do miocárdio.
- D) Os potenciais tardios ventriculares de baixa amplitude e alta frequência favorecem arritmias com mecanismo de reentrada.
- E) É método de elevado valor preditivo negativo e baixo valor preditivo positivo.

**47. Em relação à doença coronariana aterosclerótica obstrutiva, é incorreto afirmar.**

- A) Na angina estável, durante os episódios de isquemia, pode surgir: desdobramento paradoxal de B2 , além de B3 ou B4 transitórias.
- B) Anemia falciforme, leucemia e policitemia são condições que podem diminuir o fornecimento de O<sup>2</sup> ao miocárdio.
- C) Pacientes com síndrome X têm capacidade de vasodilatação coronária diminuída devido à disfunção microvascular.
- D) A mioglobina é um marcador cardíaco de alta especificidade e sensibilidade, útil na detecção precoce do I.A.M., com retorno lento ao normal.
- E) O uso de antibióticos eficazes contra o *c. pneumoniae* não reduz o índice de eventos cardíacos após hospitalização por síndrome coronariana aguda.

**48. Num paciente com insuficiência mitral importante, a estimativa do dp/dt pelo ecocardiograma bidimensional está relacionada à(ao)**

- A) gravidade da insuficiência mitral.
- B) cálculo do débito cardíaco.
- C) estimativa de hipertensão pulmonar.
- D) existência de lesões orovalvares associadas.
- E) alteração no relaxamento ventricular.

**49. Numa paciente com estenose mitral severa reumática, candidata à valvuloplastia percutânea, o critério ecocardiográfico prognóstico de melhor resultado pós-procedimento é**

- A) diâmetro atrial esquerdo.
- B) quantificação da hipertensão pulmonar.
- C) avaliação do grau de espessamento valvar (score de Block).
- D) fração de ejeção do VE.
- E) avaliação do grau de acometimento subvalvar (score de Block).

**50. Em relação ao Tromboembolismo Pulmonar (TEP), é correto afirmar, exceto.**

- A) Não tratado, tem alta mortalidade, sendo que o risco de morte diminui com o uso de anticoagulantes.
- B) Mais de 50% dos casos de TEP não são diagnosticados.
- C) A trombólise em pacientes com TEP não-selecionados tem-se mostrado terapia com menor redução da mortalidade em relação à anticoagulação.
- D) Os êmbolos pulmonares podem ser: trombos, embolia gordurosa, gasosa ou tumoral.
- E) Instabilidade hemodinâmica está associada a quadros de embolia pulmonar maciça (obstrução de > 50% da circulação pulmonar).