



**01. As seguintes condições são pré-requisitos para a realização do teste ergométrico (te) na sala de emergência, EXCETO:**

- A) Duas amostras normais de marcadores de necrose miocárdica (Troponina I) em 6 e 12 horas após início dos sintomas.
- B) Ausência de dor torácica, sugestiva de isquemia no momento do início do TE.
- C) Ausência de sintomas no intervalo entre a coleta e o resultado da segunda amostra dos marcadores.
- D) Completa estabilidade hemodinâmica.
- E) ECG em repouso, mostrando alterações de ST, sugestivas de isquemia miocárdica em evolução.

**02. Sobre os parâmetros observados no exame de teste ergométrico(te), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A redução da frequência cardíaca (FC) com a progressão do esforço é critério absoluto para interrupção do esforço.
- B) Conceitua-se resposta hiper-reativa ao esforço o achado de valores de PA sistólica maiores que 190 mmHg e/ou incremento diastólico maior que 15 mmHg, partindo de valores normais no repouso.
- C) O retardo na redução da FC no 1º minuto pós-teste, que pode ser devido à diminuição da atividade vagal, tem sido associado a uma maior mortalidade.
- D) A elevação da PAS, nos três primeiros minutos pós-teste, acima dos valores máximos atingidos durante a fase de esforço, tem sido correlacionada à DAC.
- E) A inversão de onda U é rara e se associa à lesão de tronco de coronária esquerda ou lesão proximal da artéria descendente anterior.

**03. São parâmetros e/ou indicações com classe de recomendação I (consensuais) para o transplante cardíaco, EXCETO:**

- A) Doença isquêmica com angina refratária, sem possibilidade de revascularização.
- B) Classe funcional III/IV persistente.
- C) VO<sub>2</sub> pico ≤ 10 ml/Kg/min.
- D) Resistência vascular pulmonar fixa > 5 Wood, mesmo após provas farmacológicas.
- E) Insuficiência cardíaca refratária na dependência de drogas inotrópicas e/ou de suporte circulatório e/ou ventilação mecânica.

**04. Segundo as VI diretrizes brasileiras de hipertensão, são consideradas associações medicamentosas reconhecidas como eficazes e indicadas para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), EXCETO:**

- A) Diuréticos com betabloqueadores.
- B) Bloqueadores dos canais de cálcio com bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II.
- C) Inibidor da ECA com bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II.
- D) Diuréticos com outros diuréticos de diferentes mecanismos de ação.
- E) Bloqueadores dos canais de cálcio com inibidor da renina.

**05. Considerando as VI diretrizes brasileiras de hipertensão, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos.
- B) A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década.
- C) Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca.
- D) Inquéritos populacionais em cidades brasileiras, nos últimos 20 anos, apontaram uma prevalência de HAS de 15 a 20 %
- E) Mesmo em indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão.

**As questões de 06 a 09 devem ser respondidas, considerando o caso clínico abaixo, seguindo as recomendações das VI diretrizes brasileiras de hipertensão.**

I.A.C. HOMEM DE 48 ANOS, POLICIAL, SEDENTÁRIO, TABAGISTA 20 CIGARROS/DIA, SEM ANTECEDENTES DE QUALQUER DOENÇA PESSOAL OU FAMILIAR, VEM, PELA PRIMEIRA VEZ, AO CONSULTÓRIO DO CARDIOLOGISTA COM QUEIXA DE CEFALEIA OCASIONAL NOS ÚLTIMOS 30 DIAS QUE CEDE COM ANALGÉSICOS. AFERIRAM SUA PA NA FARMÁCIA E ENCONTRAVA-SE 14 POR 10(SIC). NÃO USA MEDICAMENTOS. EXAME GERAL NORMAL. IMC 29 kg/m<sup>2</sup>. CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA 108cm. RCR EM DOIS TEMPOS, BNF, SEM SOPROS CARDÍACOS OU ABDOMINAIS. PULSOS NORMAIS, SEM EDEMAS, FC =80 BPM. FEITAS 03 MEDIDAS DA PA EM POSIÇÃO SENTADA, COM INTERVALO DE DOIS MINUTOS 1ª 166 X 96mmHg/ 2ª 164 X 98 mmHg/3ª 168 X 98 mmHg. ECG MOSTRA: RSR, FC 78 bpm, COM ALTERAÇÕES COMPATÍVEIS COM HVE. TROUXE GLICEMIA DE 96 mg /dL; COLESTEROL TOTAL 220 mg / dL; LDL 130 mg / dL; SUMÁRIO DE URINA NORMAL.

**06. Qual a classificação do indivíduo do caso clínico anteriormente citado, de acordo com a medida casual do consultório e qual componente da PA foi preponderante para esta definição?**

- A) HAS estágio 1 devido ao componente diastólico.
- B) HAS estágio 1 devido ao componente sistólico.
- C) HAS estágio 2 devido ao componente diastólico.
- D) HAS estágio 2 devido ao componente sistólico.
- E) HAS estágio 3 devido ao componente sistólico.

**07. Assinale a alternativa que contém, respectivamente, o número de fatores de risco adicionais e de identificadores de lesões subclínicas de órgãos-alvo do paciente I.A.C. que são utilizados para a estratificação do risco cardiovascular global do indivíduo hipertenso.**

- A) Dois fatores de risco e dois identificadores.
- B) Três fatores de risco e um identificador.
- C) Dois fatores de risco e um identificador.
- D) Três fatores de risco e dois identificadores.
- E) Quatro fatores de risco e dois identificadores.

**08. Qual o risco cardiovascular global de I.A.C.?**

- A) Moderado risco adicional.
- B) Alto risco adicional.
- C) Baixo risco adicional.
- D) Muito alto risco adicional.
- E) Risco basal.

**09. Qual a melhor decisão terapêutica e meta a ser atingida para o paciente, considerando o seu risco cardiovascular global?**

- A) Tratamento não medicamentoso isolado, visando meta de PA menor que 140/90 mmHg.
- B) Tratamento não medicamentoso isolado por 3 meses, visando meta de PA 130/80 mmHg.
- C) Tratamento não medicamentoso isolado por 6 meses, visando meta de PA 130/80 mmHg.
- D) Tratamento medicamentoso e não medicamentoso, visando meta de PA 140/90 mmHg.
- E) Tratamento medicamentoso e não medicamentoso, visando meta de PA 130/80 mmHg.

**10. Assinale a alternativa que melhor define a chamada hipertensão mascarada.**

- A) É definida como a situação clínica, caracterizada por valores normais de PA no consultório (< 140/90 mmHg), porém com PA elevada pela MAPA, durante o período de vigília ou na MRPA.
- B) Ocorre quando encontramos linha demarcatória que considera valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório.
- C) Ocorre quando o paciente apresenta medidas de PA persistentemente elevadas ( $\geq 140/90$  mmHg) no consultório e médias de PA consideradas normais, seja na residência, pela AMPA ou MRPA ou pela MAPA.
- D) É a diferença de pressão obtida entre a medida conseguida no consultório e fora dele, desde que essa diferença seja igual ou superior a 20 mmHg na pressão sistólica e/ou de 10 mmHg na pressão diastólica.
- E) Ocorre quando as medidas de consultório são consideradas normais, desde que atendidas todas as condições determinadas nessas diretrizes.

**11. Assinale a alternativa que contém indicação classe I, nível de evidência A, para implante de ressincronizador cardíaco.**

- A) Pacientes com FE  $\leq 35\%$ , ritmo sinusal, insuficiência cardíaca (IC) com CF III ou IV, apesar de tratamento farmacológico otimizado e com QRS  $> 150$ ms.
- B) Pacientes com IC em CF III ou IV, sob tratamento medicamentoso otimizado, com FE  $\leq 35\%$ , dependentes de marcapasso convencional.
- C) Pacientes com FE  $\leq 35\%$ , com FA permanente, IC com CF III ou IV, apesar de tratamento farmacológico otimizado e com QRS  $> 150$ ms.
- D) Pacientes com cardiomiopatia dilatada e IC sob tratamento farmacológico não otimizado ou com boa resposta terapêutica, independentemente da presença de distúrbio de condução.
- E) Pacientes com indicação de marcapasso, quando a estimulação ventricular é imprescindível, FE  $\leq 35\%$  e IC CF III ou IV.

**12. Assinale a alternativa INCORRETA sobre profilaxia da febre reumática.**

- A) Pacientes submetidos à cirurgia valvar devem ter profilaxia secundária por toda a vida.
- B) Pacientes com lesão valvar residual moderada a severa devem ter profilaxia secundária até os 40 anos ou por toda a vida.
- C) Pacientes que tiveram Febre Reumática sem cardite prévia devem ter profilaxia secundária até 21 anos ou até 5 anos passados do último surto, valendo o que cobrir maior período.
- D) Pacientes que tiveram febre reumática com cardite prévia devem ter profilaxia secundária até 25 anos ou até 10 anos passados do último surto, valendo o que cobrir maior período.
- E) Pacientes com insuficiência mitral leve residual devem ter profilaxia secundária até os 40 anos ou por toda a vida.

**13. Sobre o tratamento para diminuir a resposta ventricular da Fibrilação Atrial (FA), é correto afirmar, EXCETO:**

- A) Pode evitar o quadro conhecido como Taquicardiomiopatia.
- B) Os sintomas e as alterações hemodinâmicas podem decorrer não só da frequência cardíaca alta mas também da irregularidade do ciclo cardíaco.
- C) A Propafenona não é considerada uma opção, pois pode acelerar a resposta ventricular.
- D) Os digitálicos são ineficazes em controlar a frequência cardíaca durante o esforço.
- E) Os Bloqueadores de Canal de Cálcio utilizados para esse fim relacionam-se à melhora da tolerância ao esforço e à qualidade de vida.

**14. No caso de Taquicardia Atrial com condução anterógrada por via acessória, são contraindicados, EXCETO:**

- A) Propranolol.
- B) Procainamida.
- C) Digital.
- D) Diltiazem.
- E) Metoprolol.

**15. Sobre a terapêutica invasiva da Fibrilação Atrial (FA) – por radiofrequência ou cirurgia, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) As técnicas de ablação por cateter utilizadas são todas paliativas, visando ao controle da resposta ventricular através da interrupção da condução pelo Nó A-V, seguida de implante de marcapasso definitivo
- B) O tratamento cirúrgico da FA é considerado Classe I para pacientes com FA sintomática, que se submeterão à cirurgia valvar mitral
- C) A cirurgia de Cox-Maze III, ou Cirurgia do Labirinto é o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da FA
- D) A lesão do nervo frênico é uma das possíveis complicações relacionadas à ablação da FA
- E) Pacientes com trombo em átrio esquerdo têm recomendação Classe III para ablação por cateter da FA

**16. F.A.S., 28 anos, com relato de vários episódios de palpitação prévios, chega à Emergência relatando quadro similar há cerca de 1 hora; nega tontura, lipotímia, síncope, uso de medicações, hipertensão arterial, diabetes ou fumo. No ECG, há evidência de Fibrilação Atrial (FA) pré-excitada. A frequência cardíaca (FC) média é de 260 bpm, com intervalos R-R mais curto com FC de até 300 bpm. PA = 110 x 80 mmHg. Pulmões limpos. Consciente e orientado. Dentre as assertivas abaixo, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) A utilização de Propafenona 600 mg por via oral é uma das opções terapêuticas para o caso.
- B) Não há indicação de cardioversão elétrica, pois não existem sinais de instabilidade hemodinâmica.
- C) A Adenosina pode ser utilizada como meio diagnóstico da arritmia, para diferenciar de um Flutter ou Taquicardia Atrial Multifocal.
- D) A utilização de droga antiarrítmica contínua é mandatória, mesmo após primeiro episódio da arritmia, devido ao risco potencial de Fibrilação Ventricular.
- E) A Amiodarona poderia ser utilizada, mesmo sem evidências de ICC ou cardiopatia estrutural.

**17. Analisando a Classificação CHADS 2 para indicação de anticoagulação em pacientes com FA, qual o critério de maior valor?**

- A) Insuficiência cardíaca.
- B) Hipertensão arterial.
- C) Idade acima de 75 anos.
- D) Diabetes.
- E) Acidente Vascular Cerebral.

**18. Segundo a Classificação Clínica dos diferentes tipos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), publicada em 2007 por ESC/AHA/ACC/WHF, qual o tipo de IAM secundário à isquemia por aumento da demanda de oxigênio?**

- A) Tipo 1.
- B) Tipo 2.
- C) Tipo 3.
- D) Tipo 4.
- E) Todas estão incorretas.

**19. Em relação ao uso de Enoxaparina e Clopidogrel associados ao fibrinolítico para o tratamento do IAM, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) O Clopidogrel deve ser utilizado na dose de ataque de 300 mg para todos os pacientes, com manutenção de 75mg/dia.
- B) O bolo inicial da Enoxaparina é de 30 mg IV, exceto nos pacientes acima de 75 anos.
- C) A Enoxaparina é utilizada na dose de 25% a menos por dose, naqueles acima de 75 anos.
- D) A dose de Clopidogrel de 600mg ataque é reservada, apenas, aos que farão intervenção percutânea (Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea).
- E) Se há disfunção renal, com Clearance de Creatinina < ou igual a 30 ml/min, a Enoxaparina é utilizada na dose de 1mg/kg/dia, ou seja, a cada 24 horas.

**20. Em relação ao IAM com Supra de ST, são considerações verdadeiras, EXCETO:**

- A) O uso profilático de antiarrítmico não deve ser feito rotineiramente.
- B) Os Betabloqueadores devem ser usados indefinidamente, no pós-IAM, salvo contraindicações.
- C) A antiagregação plaquetária dupla, com AAS e Tienopirídínico, deve ser feita de rotina a longo prazo, com benefício em todos os pacientes.
- D) Bloqueadores de Canal de Cálcio Não-Dihidropiridínicos devem ser evitados, se houver disfunção sistólica do VE sintomática.
- E) Os Nitratos não apresentam justificativa para uso crônico, isoladamente.

**21. Em relação ao tratamento medicamentoso do IAM com Supra de ST, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) O uso de Inibidor de ECA ou Bloqueador dos Receptores de Angiotensina deve ser iniciado nas primeiras 24 horas do IAM, havendo redução de mortalidade comprovada, sendo a escolha de classe indistinta e baseada na experiência do médico assistente.
- B) A Enoxaparina é superior à Heparina Não-Fracionada, como adjuvante ao fibrinolítico, quanto ao desfecho morte e reinfarto.
- C) As Heparinas de Baixo Peso Molecular são fármacos, que agem inibindo o Fator X ativado.
- D) O Clopidogrel deve ser utilizado em todos os pacientes.
- E) O uso de Betabloqueador IV está indicado na fase aguda do IAM, se houver hipertensão ou taquiarritmia (na ausência de disfunção sistólica do VE).

**22. Sobre Síndrome Coronariana Aguda sem Supra de ST(SCASST), é INCORRETO afirmar que**

- A) o Sulfato de Morfina dentre os opioides é o de eleição, se a dor não alivia com nitrato.
- B) a dor isquêmica associada à ansiedade leva a uma hiperatividade do Sistema Nervoso Simpático.
- C) a isquemia miocárdica prolongada pode levar à hipoxemia devido a alterações da relação ventilação-perfusão, ocasionadas por aumento da pressão diastólica final do VE.
- D) a oferta de oxigênio na fase aguda deve ser cuidadosa em pacientes com DPOC, para não eliminar o estímulo respiratório hipóxico.
- E) os nitratos têm ação no alívio dos sintomas e na redução de eventos adversos maiores (IAM e óbito).

**23. Segundo as Diretrizes Brasileiras sobre Intervenção Coronária Percutânea (2008), é correto afirmar, EXCETO:**

- A) Até 90% das oclusões agudas ocorrem na sala de Hemodinâmica, e mais de 80%, nas primeiras 6 horas após o procedimento.
- B) A escolha da via de acesso deve ser individualizada.
- C) A elevação da pressão arterial sistólica no momento da retirada do introdutor é considerada fator de risco para complicações vasculares.
- D) A via femoral é atualmente o acesso utilizado em cerca de 90% dos procedimentos no Brasil.
- E) O uso de dispositivos de compressão mecânica reduz o risco de hematomas e surgimento de pseudoaneurisma em relação à compressão manual.

**24. O Choque Cardiogênico (CC) é o resultado do desequilíbrio de todo o sistema circulatório, sendo a falência da contração do VE a injúria primária na maioria dos casos. Sendo assim, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) O cateter de monitorização central hemodinâmica (Swan-Ganz) é recomendado para confirmação diagnóstica e monitorização da evolução do tratamento.
- B) Catéteres para medida da pressão arterial invasiva são recomendados, apesar de não serem mandatórios.
- C) No estudo SHOCK, a utilização de cirurgia foi menor, porém promoveu redução de mortalidade maior, quando comparada à intervenção coronária percutânea.
- D) O tratamento com fibrinolítico é de menor eficácia, mas deve ser implementado sempre que a abordagem intervencionista for inviável.
- E) O uso do Balão Intra-aórtico é imperativo, porém nem todos os pacientes exibem resposta positiva à sua instalação.

**25. A oclusão coronária crônica é caracterizada pelo estreitamento significativo da luz arterial e fluxo TIMI 0 (ausência total de fluxo anterógrado). Sobre as intervenções nesse subgrupo, é INCORRETO afirmar que**

- A) a variável relacionada ao tempo de oclusão não é mais considerada contra indicação formal à intervenção (ICP).
- B) afeta mais comumente a CD, a Cx e a DA, em ordem decrescente.
- C) um dos preditores de maior adversidade para o insucesso em sua recanalização é a oclusão em ponta romba.
- D) está indicada para o alívio da angina irresponsiva à farmacologia otimizada, principalmente em pacientes com acometimento de vaso único.
- E) a abordagem da oclusão crônica em enxerto de veia safena tem recomendação Classe IIb.

**26. Em relação à farmacologia associada à intervenção coronária percutânea, é INCORRETO afirmar que**

- A) se o paciente não estiver utilizando o AAS cronicamente, a dose deve ser 300 a 500 mg até 2 horas antes do procedimento, ou 300 mg IV imediatamente antes.
- B) para o usuário de cumarínico, não é necessária a utilização da terapia antiplaquetária dupla (AAS + tienopiridínico).
- C) o uso de tienopiridínico (Ticlopidina ou Clopidogrel) por até 365 dias após implante de stent farmacológico tem grau I de recomendação.
- D) o Cilostazol é um agente de ação antiplaquetária, que apresenta efeitos pleiotrópicos, incluindo a redução da hiperplasia intimal.
- E) a monitorização da Heparina Não-Fracionada utilizada durante o procedimento deve ser feita com o TCa (Tempo de Coagulação Ativado), e não com o TTPa (Tempo de Tromboplastina Parcial ativado).

**27. Sobre as indicações de Intervenção Coronária Percutânea (ICP) nas Síndromes Isquêmicas, é considerado Grau III de recomendação, EXCETO:**

- A) Intervenção em estenoses menores que 50%.
- B) Lesão do Tronco da Coronária Esquerda em candidatos à revascularização cirúrgica.
- C) ICP precoce (menos de 72 h após SCASSST) em pacientes de baixo risco, na ausência de evidências de isquemia miocárdica.
- D) Pacientes uni ou multiarteriais com sintomas anginosos aceitáveis após tratamento medicamentoso otimizado.
- E) Lesões com baixa probabilidade de sucesso.

**28. Segundo as Diretrizes Brasileiras da SBC para o Diagnóstico e Prevenção da Febre Reumática (2009), é correto afirmar sobre o tratamento na fase aguda, EXCETO:**

- A) O Naproxeno é uma boa alternativa ao AAS apresentando a mesma eficácia.
- B) Os corticosteroides não estão indicados nos casos de artrite isolada.
- C) Alguns estudos mais recentes têm sugerido efeito benéfico dos corticosteroides no tratamento sintomático da Coreia.
- D) Com o uso dos anti-inflamatórios não-esteroidais, observa-se melhora da artrite entre 24 a 48 h, devendo ser mantido por um período de 12 semanas.
- E) A pulsoterapia com Metilprednisolona IV é uma opção a ser utilizada como tratamento nas cardites graves.

**29. Considerando as diretrizes em cardiogeriatría da SBC e a incidência de aneurisma abdominal nesta população idosa, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Sua maior complicação é o risco de ruptura, com elevada taxa de mortalidade (> 75%).
- B) A localização mais frequente acomete aorta abdominal e artéria íliaca simultaneamente.
- C) Crescimento e risco de ruptura relacionam-se a tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica, HAS e sexo feminino, entre outros.
- D) Acomete 4%-8% dos homens acima dos 60 anos e 10% dos octogenários e é raro em pessoas com menos de 50anos (< 1%).
- E) Encaminhar para correção cirúrgica pacientes com aneurisma > 5,0 cm *que apresentem crescimento maior que 1,0 cm por ano ou 0,5 cm por semestre tem* Grau de recomendação I, nível de evidência C.

**30. Sobre a Taquicardia das fibras de Mahaim, é INCORRETO afirmar que**

- A) se relaciona à presença de fibras pré-excitatórias, que podem ser nodoventriculares ou fasciculoventriculares.
- B) semelhantemente à Síndrome de Wolf-Parkinson-White, ocorre a presença de onda delta no ECG.
- C) é caracterizada pela presença de fibras acessórias com condução decremental.
- D) conforme há aumento da frequência cardíaca, existe maior utilização das fibras de Mahaim, havendo maior pré-excitação.
- E) são fibras que não apresentam condução retrógrada.

**31. Assinale a alternativa que corresponde no ECG ao Índice de Cornell para diagnóstico da sobrecarga ventricular esquerda.**

- A) Aumento de amplitude do QRS (20 mm no plano frontal e 30 mm no plano horizontal).
- B) Padrão *strain* na ausência de ação digitalica.
- C) Desvio do eixo elétrico do QRS além de -30°.
- D) A soma da amplitude da onda S na derivação V1 com a amplitude da onda R da derivação V5/V6 for > 35 mm.
- E) A soma da amplitude da onda R na derivação aVL, com a amplitude onda S de V3 for > 28 mm em homens e 20 mm em mulheres.

**32. Assinale a alternativa correspondente ao diagnóstico do ECG descrito com as seguintes características:**

*Eixo elétrico de QRS no plano frontal desviado para a direita, associado a critérios de voltagem para SVE, com a presença de Complexos QRS isodifásicos amplos, de tipo R/S, nas precordiais intermediárias de V2 a V4 (fenômeno de Katz- Wachtel)*

- A) Sobrecarga ventricular esquerda.
- B) Sobrecarga ventricular direita.
- C) Sobrecarga biventricular.
- D) Bloqueio do ramo esquerdo associado a bloqueio da divisão posteroinferior.
- E) Bloqueio divisional anteromedial (BDAM)

**33. Assinale a alternativa que contém as manifestações características do ECG da hipocalcemia.**

- A) Retificação e aumento da duração do segmento ST com conseqüente aumento do intervalo QTC.
- B) Encurtamento e eventual desaparecimento do segmento ST.
- C) Diminuição da amplitude da onda P até seu desaparecimento, com presença de condução sinoventricular.
- D) Aumento da amplitude da onda U com depressão do segmento ST e da onda T
- E) Presença de QRS com amplitudes alternadamente maiores e menores, cíclicas e não relacionadas à respiração, em QRS sucessivos.

**34. Assinale a característica principal do TILT TEST na resposta neurocardiogênica com padrão cardioinibitório.**

- A) A queda da FC e PA é paralela.
- B) Ocorre, inicialmente, queda da PA.
- C) A hipotensão ocorre em decorrência da bradicardia.
- D) Queda gradual e paralela da pressão arterial sistólica e diastólica.
- E) Ocorre súbita hipotensão sem bradicardia.

**35. Segundo a II diretriz brasileira de insuficiência cardíaca aguda (2009), tem recomendação classe III como droga sedativa e analgésica:**

- A) Etomidato.                      B) Propofol.                      C) Midazolam.                      D) Meperidina.                      E) Morfina.

**36. No tratamento das dislipidemias, considera-se como critério para identificação de pacientes com alto risco de eventos coronários, EXCETO:**

- A) Diabetes tipo 1 ou 2.
- B) Hipertrofia ventricular esquerda avaliada pelo ECO ou ECG.
- C) Doença arterial cerebrovascular (AVC ou AIT).
- D) Doença aneurismática ou estenótica da aorta.
- E) Doença arterial coronária manifesta.

**37. Considera-se como recomendação classe I no tratamento do IAM com supra de ST, EXCETO:**

- A) Heparina não-fracionada como adjuvante ao tratamento fibrinolítico.
- B) Clopidogrel associado ao AAS.
- C) Heparina plena para os pacientes que não receberam fibrinolítico.
- D) Uso de anticoagulação a longo prazo, na fibrilação atrial persistente ou paroxística.
- E) Uso de inibidor de eca de rotina, em todos os pacientes, nas primeiras 24 h (salvo contra-indicações).

**38. Considerando-se como Classe I de recomendação, podemos correlacionar de forma correta, EXCETO EM:**

- A) Paciente com IAM com supra de ST – Uso de Abciximab, se angioplastia com balão.
- B) Paciente de 80 anos com IAM sem supra de ST – Clopidogrel 75 mg/dia, sem dose de ataque.
- C) Paciente de 80 anos com IAM com supra de ST – 300 ou 600 mg de Clopidogrel no preparo para angioplastia de urgência.
- D) Nefropata crônico em tratamento dialítico com síndrome isquêmica instável – Enoxaparina 1 mg/kg/dia, sem dose de ataque.
- E) Paciente com síndrome isquêmica instável – Ticlopidina 500 mg/dia ou Clopidogrel 75 mg/dia por 365 dias, se angioplastia com stent não-farmacológico.

**39. A ecocardiografia é um método não invasivo de grande utilidade na prática clínica. Dentre os parâmetros ecocardiográficos, é INCORRETO afirmar que**

- A) na presença de alteração contrátil segmentar do Ventrículo Esquerdo(VE), o método de Simpson é o mais fidedigno para avaliação da função sistólica, em relação ao Teicholz.
- B) a quantificação do gradiente médio entre o VE e a aorta é o melhor meio para avaliação da estenose aórtica, mesmo se houver disfunção sistólica do VE.
- C) o padrão pseudonormal de enchimento diastólico do VE é comumente encontrado em portadores de IC FEN (Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Normal).
- D) o padrão de enchimento diastólico do VE tipo restritivo tem valor prognóstico na insuficiência cardíaca.
- E) na presença de comunicação interventricular, a melhor forma de estimar a pressão sistólica da artéria pulmonar é pelo shunt interventricular e não, pela regurgitação tricúspide.

**40. Paciente portadora de valvulopatia reumática diagnosticada aos 15 anos, com quadro de endocardite de valva mitral. Submetida a implante de prótese mecânica de duplo disco após antibioticoterapia. Fazendo uso crônico de dicumarínico, furosemida e captopril, além da profilaxia secundária. Chega ao ambulatório 1 ano após com beta-hcg compatível com 8 semanas de gestação. Estaria correto, EXCETO:**

- A) Manter a profilaxia da Febre Reumática com penicilina benzatina, porém com intervalo reduzido entre as doses (15/15 dias).
- B) Substituir o cumarínico por heparina de baixo peso até o momento do parto, retornando seu uso no puerpério imediato.
- C) Suspender o inibidor de eca devido à teratogenicidade.
- D) Deixar a critério da obstetrícia escolher a via de parto.
- E) Recomendar profilaxia de Endocardite com: ampicilina ou amoxicilina 2 g iv meia hora antes do parto e 6 h após; e gentamicina 1,5 mg/kg meia hora antes do parto.

**41. Qual dentre as drogas abaixo tem efeito deletério sobre o feto quando utilizada na gravidez, sendo, portanto, contraindicado seu uso nessa ocasião?**

- A) Amlodipina.
- B) Digoxina.
- C) Sinvastatina.
- D) Adenosina.
- E) Colestiramina.

**42. Sobre doença cardiovascular e a fase climatérica da mulher, é INCORRETO afirmar que**

- A) na menopausa precoce, ocorre aumento do risco cardiovascular.
- B) o acidente vascular cerebral é a primeira causa de morte.
- C) após a menopausa, ocorre maior prevalência de hipertensão sistólica isolada.
- D) a tibolona é um tipo de terapia de reposição hormonal, com benefícios cardiovasculares demonstrados.
- E) a terapia de reposição hormonal não está indicada com fins exclusivos de prevenção cardiovascular.

**43. Em relação à avaliação pré-operatória para cirurgia não-cardíaca, é correto AFIRMAR, EXCETO:**

- A) O ecocardiograma deve ser realizado em pacientes com suspeita de estenose aórtica crítica, insuficiência cardíaca e obesidade grau 3.
- B) A hemotransfusão está indicada rotineiramente, se hemoglobina abaixo de 10 g/dl.
- C) O uso de betabloqueador no pré-operatório de pacientes coronariopatas diminui as complicações cardiovasculares, porém não houve benefício, se utilizado em pacientes de baixo risco.
- D) No coronariopata, o AAS só deverá ser suspenso em casos de neurocirurgia ou ressecção transuretral de próstata.
- E) Na fibrilação atrial permanente com uso de anticoagulante oral, iniciar heparina de baixo peso e liberar cirurgia, quando INR > 1,5 e após 12 h da aplicação da heparina.

**44. Em pacientes portadores de Marcapasso Definitivo (MP) que irão se submeter à cirurgia não-cardíaca, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) O centro cirúrgico é fonte de campos eletromagnéticos, que podem interferir e modificar a programação do marcapasso.
- B) Se o bisturi elétrico for imprescindível, orienta-se colocar um ímã em cima do marcapasso para evitar interferência.
- C) É aconselhável avaliação prévia do grau de dependência que o paciente possui em relação ao marcapasso.
- D) Recomendar uso do bisturi elétrico, preferencialmente no modo bipolar e longe do gerador.
- E) Mesmo os marcapassos mais modernos não possuem sistema de proteção total quanto às interferências dos campos eletromagnéticos.

**45. Em relação ao tratamento das arritmias ventriculares nos idosos (tipo extrassístolia ventricular), é correto afirmar, EXCETO:**

- A) São observadas também em pacientes sem cardiopatia.
- B) Seu prognóstico depende da presença e status da cardiopatia subjacente.
- C) Constituem-se nas melhores drogas para tratamento, quando há doença estrutural: betabloqueador, sotalol e amiodarona.
- D) A taquicardia ventricular não-sustentada é bastante frequente na presença de insuficiência cardíaca, acarretando efeito adverso no prognóstico.
- E) Assim como os betabloqueadores, o sotalol pode ser utilizado nos pacientes com cardiopatia isquêmica ou hipertensão associada à arritmia, havendo nos dois tratamentos efetividade no aumento da sobrevida.

**46. Sobre a síndrome do linfonodo mucocutâneo ou doença de kawasaki, é correto afirmar, EXCETO:**

- A) Acomete, frequentemente, menores de 4 anos, com leve predominância no sexo masculino.
- B) Seu diagnóstico é feito pela biópsia vascular, tendo em vista ser uma arterite, com preferência pelas coronárias.
- C) O tratamento envolve uso de gamaglobulina endovenosa, aspirina e outros antiagregantes plaquetários.
- D) Trombose coronariana pode ocorrer, necessitando terapia fibrinolítica e, até, angioplastia coronária.
- E) O ecocardiograma é fundamental para o diagnóstico e monitorização da evolução da doença.

**47. Com relação às cardiopatias congênitas, há uma correlação correta como opção de tratamento cirúrgico (paliativo ou não), EXCETO EM:**

- A) Transposição completa das grandes artérias – Rashkind.
- B) Transposição completa das grandes artérias – cirurgia de Jatene.
- C) Atresia tricúspide – cerclagem da artéria pulmonar.
- D) Atresia tricúspide – cirurgia de Glenn e Fontan.
- E) Truncus arteriosus – tratamento clínico, sem opção de tratamento cirúrgico.

**48. Segundo a classificação de Stevenson (clínica/hemodinâmica) da insuficiência cardíaca, está correto, EXCETO em:**

- A) Perfil A: “quente e seco”.
- B) Perfil B: “molhado e quente”.
- C) Perfil C: “frio e úmido”.
- D) Perfil D: “inchado” (anasarca).
- E) Perfil L: “frio e seco”.

**49. Dentre as assertivas abaixo sobre insuficiência cardíaca (IC), é INCORRETO afirmar que**

- A) para o diagnóstico de IC, a ausência de crepitações tem um valor preditivo negativo alto, especialmente em quadros crônicos.
- B) a troponina pode estar elevada na IC descompensada e na embolia pulmonar.
- C) a espironolactona é recomendada, apenas, aos pacientes com IC sistólica classe funcional III e IV DA NYHA (New York Heart Association).
- D) é recomendável manter o uso do betabloqueador na IC descompensada, exceto se houver choque cardiogênico ou bradicardia sintomática.
- E) a dosagem de peptídeo natriurético do tipo B (BNP) é capaz de esclarecer a origem da dispneia, tendo valor prognóstico.

**50. Sobre hipertensão arterial pulmonar, é INCORRETO afirmar que**

- A) é uma doença ocasionada pelo aumento da resistência vascular periférica.
- B) a administração de anticoagulante e oxigenioterapia fazem parte do seu tratamento.
- C) os bloqueadores de canal de cálcio têm ação direta como vasodilatadores, tendo ação eficaz em todos os pacientes.
- D) os diuréticos e o digital são utilizados apenas, se houver insuficiência cardíaca direita e congestão venosa.
- E) o ceratocone é contraindicação para o uso do sildenafil.