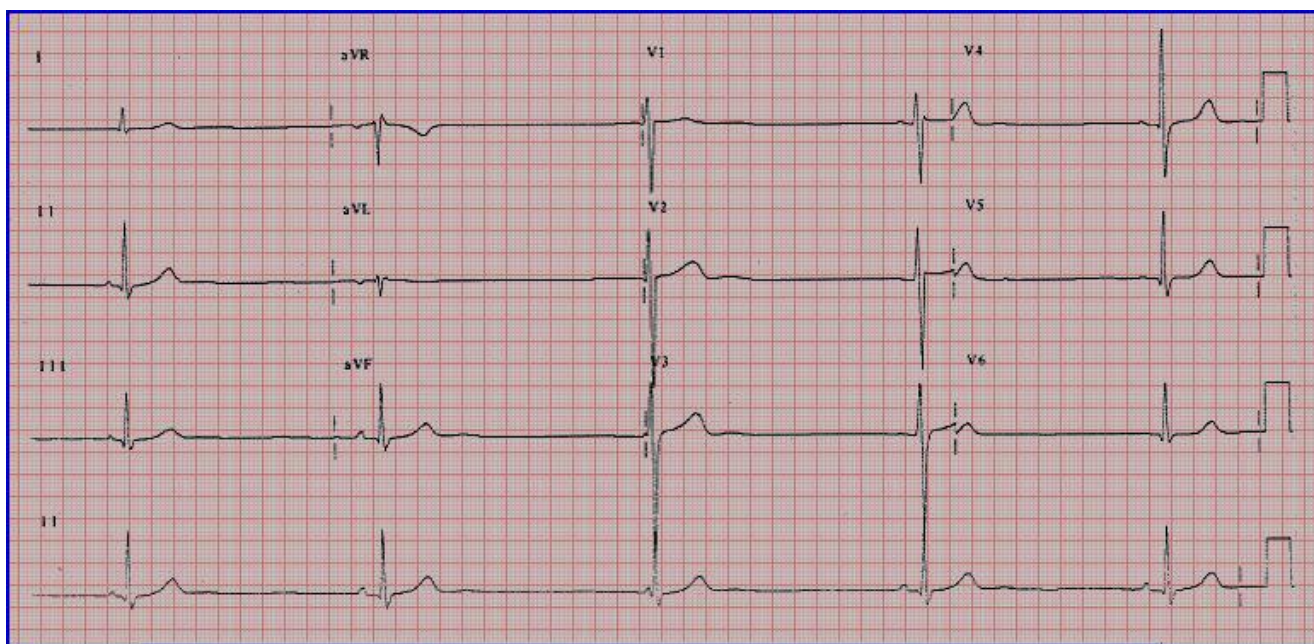


01. Em pacientes com Ressuscitação Cardiopulmonar em curso e uma via aérea avançada instalada, recomenda-se que frequência de ventilação, segundo a diretriz da AHA 2015?

- A) 1 a cada 2 segundos
- B) 1 a cada 6 segundos
- C) 1 a cada 12 segundos
- D) 2 a cada 8 segundos
- E) 2 a cada 6 segundos

02. Paciente chega à emergência com queixa de tontura e astenia. Faz uso de carvedilol, digoxina e enalapril. A pressão arterial é de 80 x 50 mmHg, com frequência respiratória de 12 ipm. Após análise do seguinte eletrocardiograma, qual seria a conduta inicial?



- A) Atropina 0.5mg, repetindo até 3.0mg.
- B) Atropina 3.0mg, repetindo até 12.0mg.
- C) Instalar marcapasso transcutâneo.
- D) Iniciar dopamina, na dose de 2 a 10 mcg/kg por minuto.
- E) Instalar marcapasso transvenoso.

03. Ritmo que se origina no ventrículo (QRS alargado), tendo FC superior a 40 bpm (entre 50 e 130 bpm, mais usualmente entre 70 e 85 bpm), em consequência de automatismo aumentado. Não é ritmo de suplência, competindo com o ritmo basal do coração. É autolimitado e costuma estar relacionado à isquemia miocárdica. Segundo a diretriz Brasileira para Laudo Eletrocardiográfico de 2016, estamos definindo

- A) ritmo idioventricular de escape.
- B) batimento de escape ventricular.
- C) ritmo idioventricular acelerado.
- D) batimento de fusão.
- E) parassístole ventricular.

04. Assinale a alternativa CORRETA, segundo as recomendações da diretriz brasileira de Avaliação Cardiovascular Perioperatória de 2017.

- A) O eletrocardiograma não deve ser solicitado de rotina na avaliação pré-operatória, sendo reservado para casos selecionados, como presença de alto risco de eventos, estimado pelos algoritmos de risco pré-operatório.
- B) O Rx de tórax está indicado em pacientes com história ou propedêutica sugestivas de doenças cardiorrespiratórias.
- C) O hemograma está indicado na suspeita clínica de anemia ou presença de doenças crônicas associadas à anemia.
- D) A creatinina deve ser solicitada na avaliação de cirurgias de médio e grande porte.
- E) Pacientes que são classificados como de risco intermediário para eventos (Lee classe III), que irão se submeter à cirurgia vascular arterial, não necessitam de prova funcional, como o teste ergométrico.

05. Assinale a alternativa INCORRETA sobre alguns importantes estudos que foram publicados este ano.

- A) O estudo DETOX2 mostrou que não precisamos fornecer oxigênio suplementar aos pacientes normoxêmicos na vigência de infarto agudo do miocárdio.
- B) Uma meta-análise dos estudos do uso do CDI na prevenção primária em pacientes portadores de miocardiopatia não isquêmica mostrou redução na mortalidade por todas as causas, quando comparada à terapia medicamentosa isolada.
- C) Um estudo prospectivo e observacional mostrou redução da mortalidade intra-hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca nos quais a furosemida era iniciada na primeira hora do atendimento.
- D) O seguimento de 3 anos do estudo EVITA na suplementação de vitamina D (4000 UI), em pacientes com insuficiência cardíaca e nível de vitamina D abaixo de 30ng/dL não mostrou redução de mortalidade.
- E) Os estudos CLOSE, REDUCE e RESPECT falharam em demonstrar redução de acidente vascular isquêmico recorrente em pacientes submetidos a fechamento de forâmen oval patente, com diagnóstico de AVC criptogênico.

06. Medicamento, cujo mecanismo de ação é a inibição de uma protease responsável por bloquear a reciclagem do Receptor de LDL de volta à superfície celular, tendo como resultado final dessa inibição uma maior disponibilidade desses receptores e uma diminuição dos níveis plasmáticos de LDL.

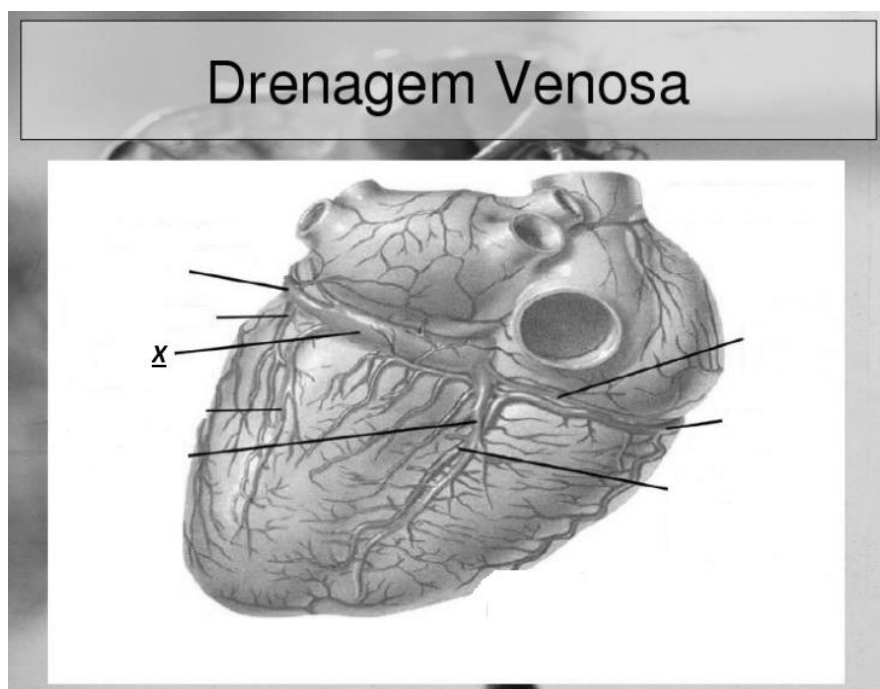
Estamos nos referindo à(ao)

- A) Pitavastatina.
- B) Ezetimibe.
- C) Anacetrapibe.
- D) Ciprofibrato.
- E) Evolocumabe.

07. Segundo a diretriz brasileira sobre Intervenção Coronária Percutânea de 2017, NÃO faz parte dos critérios para uma angioplastia de sucesso:

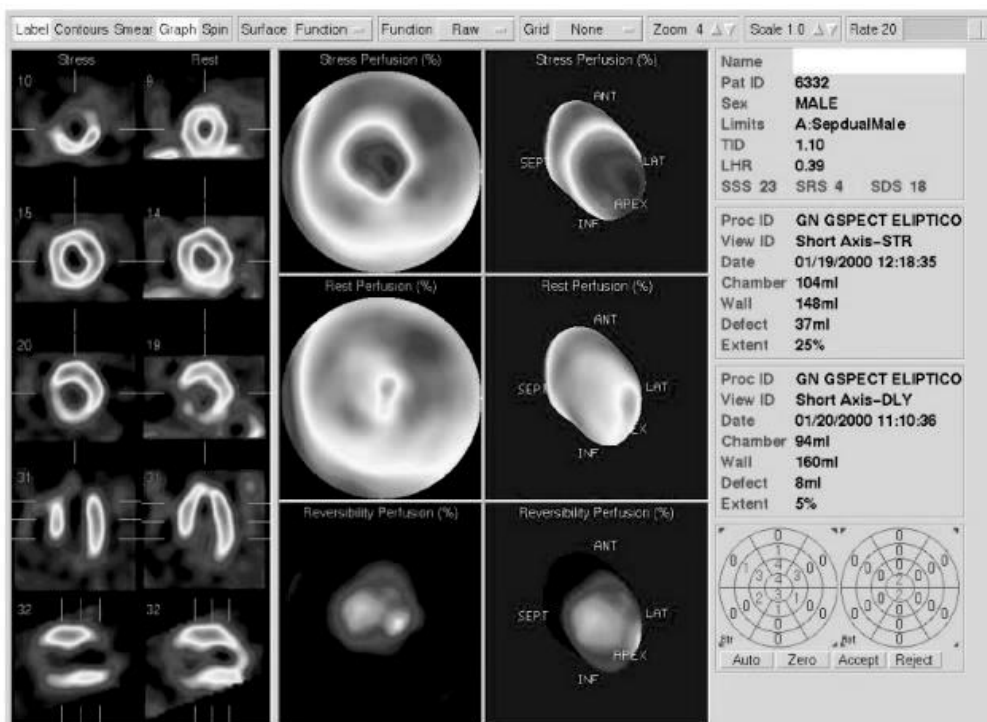
- A) Estenose residual de até 40% da lesão.
- B) Ausência de eventos clínicos maiores, como revascularização miocárdica de urgência, durante a hospitalização.
- C) Elevação da CKMB até 5 vezes o valor da normalidade pós-procedimento.
- D) Fluxo TIMI 3.
- E) Parâmetros ótimos de perfusão miocárdica (Myocardial Blush Grade).

08. Assinale a alternativa que define a estrutura cardíaca apontada com um “X” na figura a seguir:



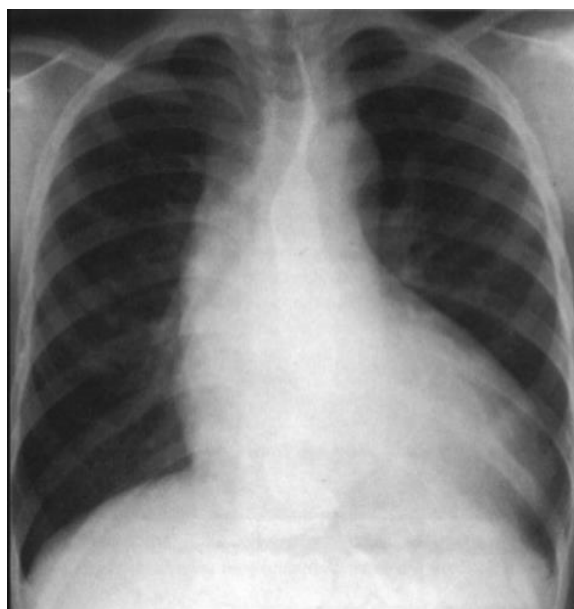
- A) Seio coronário
- B) Veia cardíaca magna
- C) Veia cardíaca média
- D) Veia cardíaca parva
- E) Veia posterior do ventrículo esquerdo

09. Após analisar este estudo cintilográfico, assinale a alternativa CORRETA.



- A) O SSS de 23 indica um estado perfusional em estresse discretamente alterado.
- B) O SRS de 4 indica um estado perfusional de repouso francamente anormal.
- C) O SDS de 18 indica que há componente de reversibilidade.
- D) O SRS de 4 indica um estudo cintilográfico normal.
- E) O SSS acima de 4 sugere componente fixo de isquemia miocárdica.

10. Qual valvopatia seria mais provavelmente responsável pelos achados desse Rx de tórax?



- A) Estenose mitral
- B) Insuficiência aórtica
- C) Insuficiência tricúspide
- D) Estenose tricúspide
- E) Estenose Pulmonar

11. Assinale a alternativa INCORRETA com relação ao tratamento da hipertensão nos idosos.

- A) Doses iniciais menores (aproximadamente metade das utilizadas em pacientes jovens) devem ser utilizadas para minimizar o risco de efeitos colaterais.
- B) Na ausência de urgência ou emergência hipertensiva, a pressão sanguínea deve ser reduzida gradualmente, num período de semanas a meses, a fim de se minimizar o risco de sintomas isquêmicos, particularmente nos pacientes com hipotensão ortostática.
- C) Mesmo idosos com sinais de fragilidade podem se beneficiar do controle pressórico, como demonstrado pelo estudo SPRINT.
- D) Nos pacientes idosos, o maior determinante da redução de risco cardiovascular parece estar relacionado à magnitude da redução da pressão arterial em si e não, a uma classe específica de anti-hipertensivo, quando em monoterapia.
- E) A meta pressórica recomendada, de forma geral, deve ser abaixo de 160 mmHg de pressão sistólica e de 100 mmHg de pressão diastólica, para diminuir o risco de síncope e fraturas.

12. Sobre os novos anticoagulantes orais (Dabigatran, Apixabana, Rivaroxabana), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Ainda não estão aprovados para uso na gravidez ou em crianças.
- B) Não devem ser utilizados em pacientes com doenças malignas ou outros estados de hipercoagulabilidade, como a síndrome do anticorpo antifosfolípide.
- C) Ausência de testes específicos de coagulação disponíveis de rotina para acompanhamento da atividade anticoagulante.
- D) Possuem tempo de meia vida prolongado.
- E) Não devem ser utilizados em portadores de válvula mecânica ou estenose mitral moderada ou grave.

13. Em relação aos novos anticoagulantes orais, assinale a alternativa CORRETA.

- A) No estudo da Rivaroxabana, a média do CHADS foi 2.
- B) Apixabana foi não inferior ao warfarin na redução de AVC total e tromboembolismo.
- C) Dabigatran na dose de 150mg foi o único que mostrou superioridade em reduzir AVC isquêmico em relação ao warfarin.
- D) Rivaroxabana aumentou sangramento intracraniano comparado ao warfarin.
- E) Apixaban, Dabigatan e Rivaroxaban foram superiores ao warfarin na redução do AVC isquêmico.

14. Em relação aos cuidados com o paciente coronariano e nefropata, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O clearance de creatinina não deve ser utilizado como parâmetro para correção das doses das medicações utilizadas nos pacientes coronarianos.
- B) A nefropatia induzida por contraste é melhor prevenida por meio da administração de solução de bicarbonato de sódio.
- C) A presença de diabetes mellitus é um fator protetor para a ocorrência da nefropatia induzida pelo contraste.
- D) Eosinofilia, livedo reticular e consumo de complemento são encontrados na embolia por cristais de colesterol.
- E) Disfunção renal, causada por embolia de cristal de colesterol, tem prognóstico melhor que a nefropatia induzida pelo contraste.

15. Assinale a alternativa CORRETA.

- A) A presença de asma ou DPOC não tem relação com aumento de incidência de doenças cardiovasculares.
- B) Em pacientes com insuficiência cardíaca, o uso dos betabloqueadores tem indicação com maior evidência para asmáticos que em portadores de DPOC.
- C) Entre os betabloqueadores NÃO seletivos, encontramos o atenolol.
- D) O uso de betabloqueadores em asmáticos e coronariopatas está associado com diminuição de mortalidade.
- E) Após os 65 anos, não há estudos que demonstrem aumento de sobrevida em pacientes que decidem parar de fumar.

16. Assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Pacientes diabéticos tipo 2, com hemoglobina glicada acima de 7.5% já podem iniciar terapia com dois hipoglicemiantes orais, sendo um deles a metformina, que possui comprovado benefício de desfecho cardiovascular.
- B) Pacientes com hemoglobina glicada acima de 9.0%, com sintomas de descompensação de diabetes devem iniciar o tratamento com insulino terapia.
- C) Em pacientes com elevado risco cardiovascular, quando indicado tratamento, o nível desejado de triglicérides é abaixo de 150 mg/dL.
- D) Pacientes com insuficiência cardíaca tem contra indicação ao uso dos inibidores da SGLT2 e dos análogos de GLP1.
- E) Em pacientes hipertensos e diabéticos, é adequada uma meta pressórica de 130 x 80 mmHg, dando preferência aos IECAs ou BRAs.

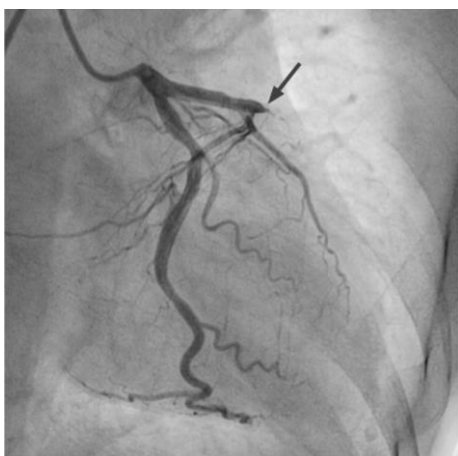
17. Sobre as diversas intervenções nos pacientes coronarianos agudos sem supra de ST, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Apesar da enoxaparina ser, em nosso meio, o anticoagulante de escolha para as síndromes coronarianas sem supra de ST, o fondaparinux possui eficácia semelhante, com menor taxa de sangramento, melhor posologia e menor custo.
- B) Betabloqueadores, particularmente os de uso intravenoso, NÃO possuem evidência científica robusta de redução de mortalidade para uso rotineiro em pacientes com infarto agudo do miocárdio sem supra de ST.
- C) A morfina pode estar associada com aumento de mortalidade e interação com inibidores da P2Y12 em pacientes coronarianos agudos.
- D) Os inibidores da ECA são utilizados com frequência em todos os pacientes com diagnóstico de síndrome coronariana aguda, porém o benefício dessa classe é bem documentado para os que têm síndrome coronariana aguda com fração de ejeção rebaixada.
- E) Os estudos ICTUS, ISAR-COOL e FRISC-II mostraram redução de mortalidade cardiovascular para os pacientes submetidos à estratégia invasiva precoce, quando comparados à terapia conversadora inicial.

18. Sobre o atendimento do paciente coronariano na sala de emergência, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Em uma paciente grávida com infarto com supra de ST, o uso de trombolítico é o tratamento de escolha, pela raridade da incidência de dissecação espontânea de artéria coronária.
- B) Nos pacientes com trombose aguda de stent que estejam em uso de clopidogrel, considerar troca para prasugrel ou ticagrelor.
- C) Pacientes atendidos em choque cardiogênico por síndrome coronariana aguda com supra de ST devem, a princípio, abrir a artéria culpada e demais artérias com lesões críticas/suboclusivas.
- D) Pacientes com diagnóstico de infarto com supra de ST subagudo, particularmente nos que se apresentem em Killip 1, podem ter sua estratificação feita de forma não invasiva.
- E) Em pacientes plaquetopênicos, utilizar estratégias que diminuam a chance de sangramentos, como o acesso radial, uso de fondaparinux, clopidogrel como segundo antiagregante e avaliação de uso de stent não farmacológico.

19. Assinale a alternativa que descreve o local da lesão, apontada na figura a seguir, em oblíqua anterior direita.



- A) Terço proximal da artéria descendente anterior
- B) Terço médio da artéria descendente anterior
- C) Terço proximal da artéria circunflexa
- D) Terço médio da artéria circunflexa
- E) Origem do primeiro marginal

20. Assinale a alternativa INCORRETA em relação ao tromboembolismo pulmonar.

- A) São marcadores de mal prognóstico a hipotensão, a disfunção do VD, a elevação da troponina e do BNP.
- B) O tromboembolismo é classificado como submaciço, quando ocorre queda de 40mmHg na pressão sistólica basal, com disfunção do ventrículo direito, mas sem necessidade de assistência ventilatória mecânica.
- C) O d-dímero é muito útil em pacientes com escore clínico de probabilidade para TEP baixo, porém tem algumas limitações, como necessidade de ajuste dos níveis de acordo com a idade, ou situações que elevam habitualmente seus níveis, como gravidez e dissecação aórtica.
- D) O sinal de Palla é o alargamento da artéria pulmonar descendente direita.
- E) A presença do padrão S1Q3T3 no eletrocardiograma, apesar de incomum, é a apresentação mais específica para TEP.

21. Durante a realização de um teste ergométrico, algumas respostas hemodinâmicas não são indicativas de coronariopatia, EXCETO:

- A) Queda da frequência cardíaca nas fases iniciais do esforço.
- B) Queda da frequência cardíaca nos primeiros minutos da fase de recuperação.
- C) Elevação da pressão arterial em razão direta da intensidade do exercício.
- D) Leve hipotensão sistólica no pico da atividade física, em pacientes jovens e bem condicionados.
- E) Incompetência cronotrópica nos pacientes em uso de digitálicos.

- 22. Na ressonância magnética cardíaca, um padrão de realce tardio com fibrose subendocárdica circunferencial é mais provavelmente encontrado em qual das seguintes patologias?**
- A) Infarto transmural
 B) Cardiomiopatia dilatada idiopática
 C) Amiloidose
 D) Miocardite
 E) Doença de Chagas
- 23. Qual das seguintes alternativas abaixo NÃO é considerada marcador de mal prognóstico da doença de Chagas?**
- A) Baixa voltagem no eletrocardiograma
 B) NYHA classe funcional III ou IV
 C) Sexo feminino
 D) Cardiomegalia ao Rx de tórax
 E) Presença de taquicardia ventricular não sustentada no Holter de 24 horas
- 24. Qual classe de medicação foi utilizada no estudo TOPCAT, mostrando diminuição de internação hospitalar em pacientes portadores de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada?**
- A) Antagonista dos receptores mineralocorticoides
 B) Betabloqueadores cardiosseletivos
 C) Inibidores da enzima conversora de angiotensina
 D) Digitálicos.
 E) Diuréticos tiazídicos
- 25. Qual das seguintes medicações abaixo NÃO está relacionada como causa de hipertensão arterial secundária?**
- A) Tansulosina B) Eritropoetina. C) Ciclosporina. D) Tricíclicos. E) Anticoncepcionais
- 26. Assinale a alternativa INCORRETA com relação ao uso da ablação por cateter no tratamento da fibrilação atrial, para controle do ritmo cardíaco.**
- A) Evidências sólidas indicam que a ablação da FA (isolamento das VP) é mais eficaz que as drogas antiarrítmicas para controle do ritmo.
 B) Diretrizes internacionais indicam a ablação como opção (Classe I) para a falência de uma droga antiarrítmica e também como primeira escolha (Classe IIa) em pacientes selecionados com FA paroxística, sem doença estrutural.
 C) Pacientes com cardiopatia estrutural e FA paroxística igualmente podem ser considerados para ablação como terapia inicial, desde que se suspeite de taquicardiomiopatia e que desejem realizar ablação.
 D) As evidências mais robustas de benefício e os melhores resultados são obtidos nos pacientes muito idosos, com FA persistente de longa duração.
 E) O objetivo principal da ablação de FA é o isolamento elétrico das veias pulmonares.
- 27. São características normais do eletrocardiograma de crianças, EXCETO:**
- A) Bloqueio AV de segundo grau tipo II.
 B) Desvio do eixo cardíaco para a direita.
 C) Ondas T positivas de V1 a V3.
 D) Menor duração das ondas (P, T) e dos intervalos (PR, QRS).
 E) Marcapasso atrial migratório.
- 28. A cirurgia de MUSTARD é definida pelo**
- A) fechamento cirúrgico de uma persistência do canal arterial.
 B) fechamento cirúrgico de uma comunicação interventricular através de uma ventriculoseptoplastia com retalho de pericárdio bovino.
 C) fechamento de janela aortopulmonar com retalho de pericárdio bovino.
 D) procedimento de inversão da artéria pulmonar com a artéria aorta, logo acima das suas valvas, com reimplante das coronárias na nova aorta.
 E) procedimento de *switch* atrial, onde o fluxo sanguíneo é invertido dentro dos átrios.
- 29. Qual dos achados a seguir NÃO é indicação de intervenção cirúrgica em portadores de dissecção aórtica do tipo B?**
- A) Evidência de má perfusão de órgãos.
 B) Dor refratária à terapia medicamentosa.
 C) Extensão retrógrada para aorta ascendente.
 D) Sinais de ruptura franca ou iminente da aorta.
 E) Falsa luz pérvia.

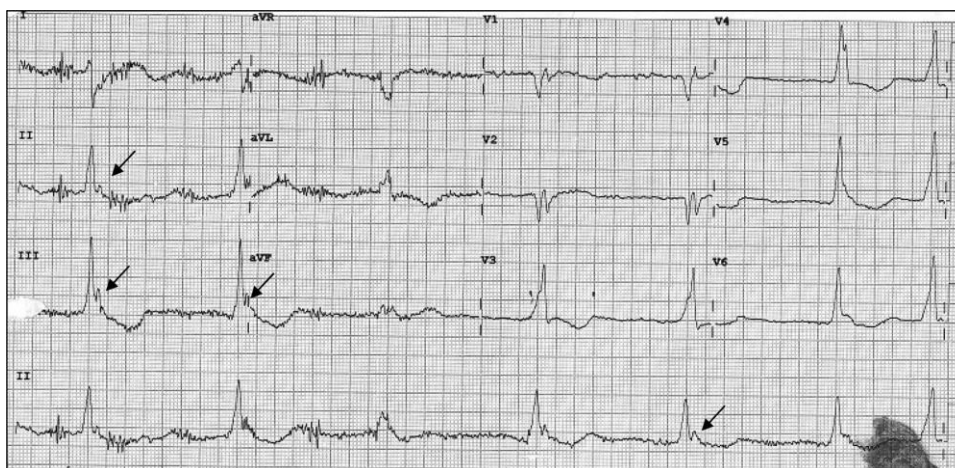
30. Em relação à fisiologia do envelhecimento cardiovascular, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Ocorre uma dilatação e calcificação arterial e um aumento da camada íntima, levando à rigidez vascular aumentada.
- B) Redução da produção de óxido nítrico pelo endotélio, resultando em resposta vasodilatadora reduzida em vasos coronarianos e periféricos.
- C) Menor atividade plaquetária devido à menor ligação dos fatores de crescimento derivados de plaquetas à parede arterial.
- D) Aumento dos níveis do inibidor do ativador de plasminogênio (PAI-1), resultando em fibrinólise prejudicada.
- E) Redução da resposta contrátil cardíaca a estímulo dopaminérgico, redução da sensibilidade e resposta a estímulo parassimpático nos tecidos cardíaco e vascular e redução da função barorreflexa a fatores de estresse fisiológico.

31. Sobre o uso de anticoagulantes na gestação, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A heparina não fracionada não atravessa a barreira placentária, e, dessa forma, não leva a anormalidades no desenvolvimento do feto.
- B) A heparina não fracionada possui como efeito adverso a trombocitopenia e a desmineralização óssea.
- C) Doses menores de heparina não fracionada são necessárias em pacientes gestantes para se atingirem níveis terapêuticos adequados, por diminuição do número de proteínas que se ligam à heparina e depuração renal diminuída.
- D) O primeiro trimestre da gestação é o período mais vulnerável aos efeitos teratogênicos da warfarina.
- E) Hipoplasia nasal, atrofia ótica e retardo mental são achados da embriopatia fetal grave, induzida por warfarina.

32. Assinale a alternativa que melhor caracteriza o achado do eletrocardiograma abaixo:



- A) Hipotermia
- B) Hipertermia
- C) Hiponatremia
- D) Hipercalemia
- E) Hipocalcemia

33. Assinale a alternativa que corresponde aos antiarrítmicos da classe III da classificação de Vaughan-Williams, que agem bloqueando os canais de potássio, prolongando o potencial de ação e o intervalo QT.

- A) Sotalol e amiodarona
- B) Lidocaína e Flecainida
- C) Metoprolol e diltiazem
- D) Digoxina e adenosina
- E) Verapamil e propafenona

34. Assinale a alternativa INCORRETA em relação à Cardiomiopatia Hipertrófica (CMH).

- A) A posição de cócoras e a manobra de handgrip aumentam o gradiente e o sopro presente na CMH.
- B) A maioria dos pacientes com diagnóstico de CMH tem um curso relativamente benigno da doença, mantendo-se assintomáticos ou com sintomas discretos.
- C) Síncope inexplicada, espessura do septo > 30mm e presença de TVNS ao Holter são considerados fatores de risco para morte súbita.
- D) Pacientes assintomáticos e sem fatores de risco para morte súbita podem ser apenas mantidos em acompanhamento, sem necessidade de medicações.
- E) O transplante cardíaco é reservado para pacientes sintomáticos, refratários à terapia medicamentosa, que não apresentam componente de obstrução de via de saída do ventrículo esquerdo, em fase avançada de disfunção sistólica.

35. Assinale a alternativa INCORRETA com relação à pericardite constrictiva.

- A) A principal característica fisiopatológica da pericardite constrictiva é a equalização da pressão diastólica final das quatro câmaras.
- B) Na ausculta, o achado característico é o knock pericárdico, um ruído protodiastólico muito semelhante à terceira bulha.
- C) O sinal de Kussmaul e o pulso paradoxal são dois achados de exame físico que tornam a possibilidade de cardiomiopatia restritiva mais provável, que é o principal diagnóstico diferencial da pericardite constrictiva.

- D) A pericardite constrictiva pode ocorrer virtualmente após qualquer doença pericárdica.
 E) O ADA acima de 40 U/L no líquido pericárdico favorece o diagnóstico de pericardite tuberculosa.

36. Paciente de 50 anos, hipertenso e diabético, chega ao consultório para avaliação de sintomas anginosos, aos moderados e grandes esforços. Ex-tabagista, vida sedentária, obeso. Eletrocardiograma mostra padrão de sobrecarga do ventrículo esquerdo. Faz uso apenas de losartana e metformina. Sobre esse caso, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Desde que não apresente contraindicação ao exame, estaria indicado um teste ergométrico.
 B) Iniciar tratamento medicamentoso enquanto aguarda definição dos exames solicitados, como aspirina, ticagrelor, estatina e betabloqueador.
 C) Paciente com escore de Duke no teste ergométrico menor ou igual a -11 teria indicação de cateterismo cardíaco.
 D) Caso os estudos não invasivos não mostrassem critérios de alto risco de mortalidade cardiovascular, poderia se optar por manter, apenas, o tratamento clínico.
 E) Se esse paciente fosse submetido a um cateterismo cardíaco após teste ergométrico francamente positivo, e o achado fosse de doença de três vasos com escore SINTAX acima de 32, estaria indicada a cirurgia de revascularização miocárdica.

37. Assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A cardiotoxicidade TIPO II é caracterizada por ter relação com dose cumulativa, ter uma aparência benigna nos achados de biópsia endomiocárdica e ser reversível com a descontinuação do quimioterápico.
 B) A cardiotoxicidade das antraciclina (doxorubicina, epirrubina e idarubicina) caracteriza-se por queda na fração de ejeção do ventrículo esquerdo, ocorre em 5% a 25% dos casos, inicia-se nas primeiras doses e está relacionada à dose cumulativa.
 C) A dosagem de biomarcadores, como troponina e BNP (brain natriuretic peptide), mostrou que a agressão miocárdica com os diferentes quimioterápicos ocorre precocemente e com maior frequência que aquela reportada pela análise de fração de ejeção reduzida.
 D) A IC por cardiotoxicidade geralmente ocorre nos primeiros meses após o ciclo de quimioterapia, podendo ainda ocorrer nas primeiras semanas, e mesmo tardiamente, anos após o tratamento.
 E) São critérios aceitos e validados para suspensão do tratamento a redução da FEVE maior que 10% e/ou redução para valores absolutos menores que 50%.

38. Qual a principal causa de morte dos pacientes transplantados cardíacos por doença de Chagas nos primeiros meses após o transplante?

- A) Rejeição aguda e infecções
 B) Doença vascular do enxerto
 C) Reativação da doença de Chagas.
 D) Aplasia medular pelos imunossupressores
 E) Arritmia ventricular complexa

39. Sobre o uso de Dispositivo de Assistência Circulatoria Mecânica (DACM) em pacientes com insuficiência cardíaca avançada, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Deve-se garantir que a doença não esteja em estágio tão avançado, situação em que o implante do DACM resulta em morbidade e mortalidade ao paciente, devido ao aumento do índice de complicações.
 B) Uma avaliação criteriosa da função do VD é mandatória antes do implante, sendo que, na presença de disfunção moderada a importante, deve-se estar preparado para o implante de suporte biventricular.
 C) Pacientes no perfil 7 pela classificação do INTERMACS já se encontram em choque cardiogênico grave (hipotensão persistente, apesar do uso de inotrópicos e balão intra-aórtico, associada à disfunção orgânica), devendo receber a assistência circulatoria mecânica nas próximas horas depois de definido esse status clínico.
 D) Insuficiência aórtica importante não corrigida é uma limitação para o uso do balão intra-aórtico.
 E) Sangramentos, eventos neurológicos, alteração psiquiátrica e comportamental estão entre as complicações do uso de DACM de longa permanência.

40. Segundo a sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão, qual a sequência sugerida de medicações a serem associadas para pacientes com hipertensão arterial resistente (já em uso de um diurético, um bloqueador do canal de cálcio e um inibidor da enzima conversora de angiotensina em doses otimizadas), sem outras comorbidades relevantes?

- A) Espironolactona -> betabloqueadores -> vasodilatadores diretos
 B) Betabloqueadores -> espironolactona -> alfa-agonista central
 C) Vasodilatadores diretos -> espironolactona -> betabloqueadores
 D) Espironolactona -> vasodilatadores diretos -> betabloqueadores
 E) Betabloqueadores -> vasodilatadores diretos -> espironolactona

41. Qual característica semiológica da insuficiência aórtica ajuda a diferenciá-la da estenose mitral?

- A) Sopro diastólico em ruflar
- B) Ausência do estalido de abertura da mitral
- C) B1 hiperfonética
- D) Aumento do sopro com a manobra de Rivero-Carvalho
- E) Sinal de Kussmaul

42. Assinale a alternativa INCORRETA com relação à hipertensão arterial na gestação.

- A) A hipertensão é uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil, junto com sangramentos e infecções.
- B) Não há benefício de redução de morbidade e mortalidade materna ou fetal nem redução de pré-eclâmpsia, em tratar gestantes com PAS < 160 / PAD < 110mmHG.
- C) Hipertensão arterial gestacional é definida pelo início após 20 semanas, sem proteinúria ou lesões de órgãos-alvo.
- D) As pacientes com hipertensão arterial na gestação que não normalizam a PA até 6 semanas após o parto são classificadas como hipertensas crônicas.
- E) Recomenda-se usar aspirina para pacientes de alto risco desenvolverem pré-eclâmpsia.

43. Em relação à abordagem do paciente com síncope, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O ultrassom doppler de carótidas não deve ser solicitado de forma rotineira para avaliação de síncope (Classe de recomendação III – sem benefício).
- B) A causa mais comum de síncope na população geral é a neuromediada ou reflexa.
- C) A Hipotensão Ortostática (HO), que é a principal causa de síncope no idoso, é uma causa de síncope neuromediada ou reflexa.
- D) O tilt test tem indicação em episódio sincopal único inexplicado em situações de alto risco (piloto de avião, trabalhador em andaime) ou episódios recorrentes na ausência de doença cardíaca, ou na sua presença, após afastar esta como causa de síncope.
- E) Síncope precedida de palpitações, eletrocardiograma com prolongamento do QTc ou bloqueios bifasciculares são achados que reforçam a necessidade de internação de um paciente que se apresente com síncope na emergência.

44. Em relação à abordagem da insuficiência mitral, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A técnica percutânea é conhecida como “edge-to-edge mitral valve repair”, utilizando-se o sistema MitraClip®, tendo como base a sutura dos segmentos médios do folheto anterior e do posterior da válvula mitral, criando um orifício duplo de área regurgitante mitral.
- B) Pacientes sintomáticos portadores de refluxo mitral grau 3+/4+ ou 4+/4, de etiologias tanto primária como secundária, com elevado ou proibitivo risco cirúrgico, podem se beneficiar do uso do Mitraclip.
- C) No principal estudo randomizado, utilizando o sistema MitraClip®, o EVEREST II (Endovascular Valve Edge-to- Edge Repair Study, NEJM, 2011), foi demonstrada uma segurança inicial do procedimento superior à do tratamento cirúrgico, com benefício importante na melhora da classe funcional desses pacientes e manutenção dos benefícios do tratamento ao final de 2 anos de seguimento.
- D) A intolerância ao uso de anticoagulação ou de antiplaquetários não representa impedimento para o uso da técnica do Mitraclip.
- E) Insuficiência mitral de etiologia reumática, endocardite bacteriana e estenose valvar concomitante são consideradas contraindicações ao procedimento do Mitraclip.

45. Em pacientes submetidos à troca valvar cirúrgica mitral por BIOPRÓTESE, qual regime de antiagregação ou anticoagulação tem sido recomendado por diretrizes internacionais, entre os abaixo citados?

- A) Anticoagulação plena com enoxaparina no período intra-hospitalar
- B) Anticoagulação com varfarina nos primeiros 3 meses
- C) Antiagregação com clopidogrel nos primeiros 6 meses
- D) Anticoagulação com Dabigatran ou Rivaroxabana por tempo indefinido
- E) Anticoagulação com warfarina por tempo indefinido, na ausência de complicações hemorrágicas

46. Ao atender um paciente com queixa de mialgias no seu consultório, que esteja em uso de rosuvastatina, todas as estratégias a seguir são recomendadas, EXCETO:

- A) Dosar a vitamina D e repor em caso de deficiência, como diagnóstico diferencial de miopatia.
- B) Parar temporariamente a medicação para verificar alívio dos sintomas: quanto mais rápido desaparecerem, mais provável é que a medicação seja a responsável pelo quadro.
- C) Após melhora laboratorial e dos sintomas, tentar uma segunda estatina, como a atorvastatina, iniciando com uma dose mais baixa.
- D) Após melhora laboratorial e dos sintomas, usar a estatina em dose mais baixa associada ao ezetimibe.
- E) Na suspeita de interação de estatina com outras drogas, dar preferência ao uso da sinvastatina, se o paciente estiver em uso de pravastatina.

47. Paciente no curso das primeiras horas de pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica evolui com dor torácica retroesternal. Sobre esse caso, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Mais de 90% dos pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia apresentarão elevação de troponina no pós-operatório, independente de ocorrência ou não de complicações no pós-operatório.
- B) A incidência de infarto no pós-operatório de cirurgia cardíaca varia de 3 a 19%, a depender do método utilizado para definir infarto nesse cenário.
- C) Dissecção do enxerto ou falha da anastomose estão entre as causas de infarto no pós-operatório de revascularização miocárdica.
- D) O diagnóstico de infarto no pós-operatório pode ter apresentação atípica, além de ser mascarado, às vezes, por efeito residual de sedação, ou ser confundido com a dor torácica devido à esternotomia.
- E) O critério de aparecimento de novas ondas Q no ECG, no pós-operatório de cirurgia de revascularização não deve ser utilizado no diagnóstico do infarto perioperatório.

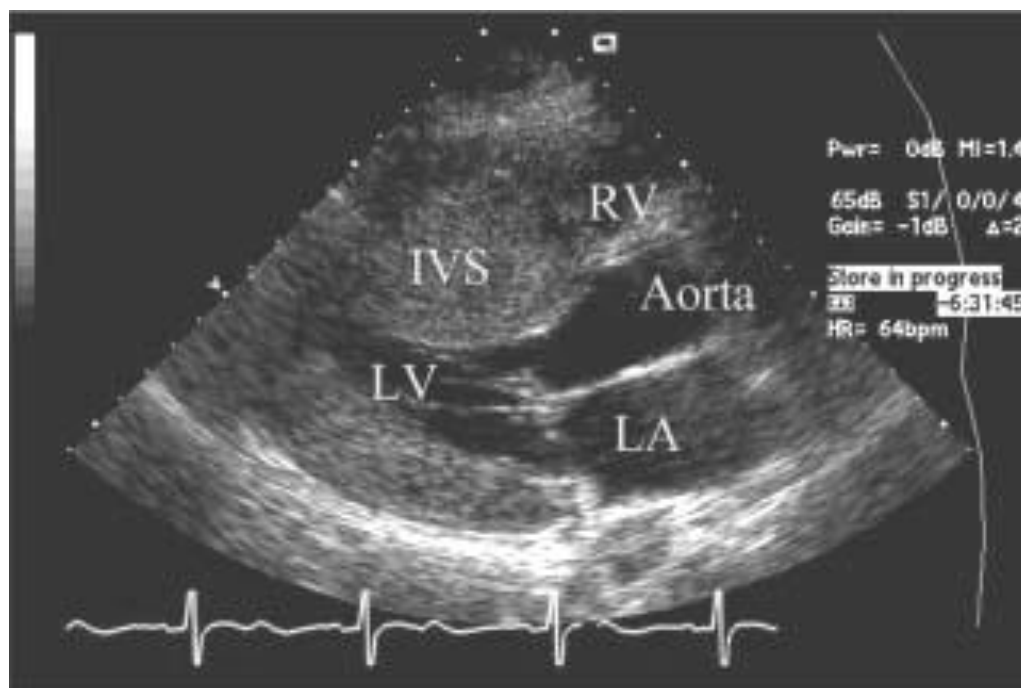
48. Sobre o uso do Escore de Cálcio (EC) nos pacientes diabéticos, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Indivíduos diabéticos com calcificação coronária apresentam pior prognóstico, proporcional ao grau de calcificação coronária.
- B) Para um mesmo nível de calcificação coronária (mesmo valor de EC), indivíduos diabéticos apresentaram prognóstico muito pior que os não diabéticos, podendo chegar a um aumento no risco em cerca de 30%.
- C) Diabéticos sem calcificação coronariana apresentaram curva de sobrevida muito semelhante à de indivíduos não diabéticos.
- D) A determinação do EC tem a melhor taxa de reclassificação de risco cardiovascular em comparação aos outros marcadores de risco, quando adicionado ao escore de risco global, especialmente nos pacientes com risco INTERMEDIÁRIO.
- E) Pacientes diabéticos com escore de cálcio acima de 4 têm indicação de uso de aspirina e estatina.

49. Em pacientes com endocardite bacteriana que evoluem com bloqueio atrioventricular, devemos suspeitar de acometimento por abscesso em que estrutura?

- A) Valva aórtica
- B) Valva mitral
- C) Valva tricúspide
- D) Valva Pulmonar
- E) Septo interventricular

50. Analisando o ecocardiograma abaixo, sugerimos o diagnóstico de



- A) Derrame pericárdico.
- B) Aneurisma de aorta.
- C) Endocardite.
- D) Prolapso da valva mitral.
- E) Cardiomiopatia hipertrófica.



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.*

BOA SORTE!

