

Nome: \_\_\_\_\_

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A. (GHC) – HOSPITAL  
FEDERAL DE BONSUCESSO – RJ – Concurso Público – 002/2026****016 – MÉDICO (CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA) –  
PROVA 01****PROVA ESCRITA OBJETIVA  
CADERNO DE QUESTÕES**

**ATENÇÃO:** Transcreva no espaço do seu CARTÃO-RESPOSTA, com sua caligrafia usual, a frase abaixo.

Sempre parece impossível até que seja feito.

**Leia atentamente as instruções abaixo e aguarde a autorização para abertura deste caderno de questões.**

1. Confira o **CADERNO DE QUESTÕES** nos primeiros **30 minutos de prova**. Caso haja algum erro de impressão, ausência de questão, dentre outros, a prova poderá ser substituída nesse intervalo de tempo.
2. Confira o **CARTÃO-RESPOSTA** e assine seu nome no espaço próprio, utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta. A ausência de assinatura incide na desclassificação do candidato.
3. Não dobre, não amasse, nem manche o **CARTÃO-RESPOSTA**. Ele **NÃO** poderá ser substituído.
4. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 5 opções identificadas com as letras A, B, C, D, E. Assinale apenas uma opção em cada questão, caso contrário, ela será nula.
5. O tempo disponível para esta prova é de **3h**.
6. Reserve os 30 minutos finais para marcar seu **CARTÃO-RESPOSTA**. Os rascunhos e as marcações assinaladas no **CADERNO DE QUESTÕES** não serão considerados na avaliação.
7. Os candidatos, após entrarem na sala da prova, somente poderão retirar-se após decorridas duas horas do tempo de duração previsto.
8. Quando terminar a prova, entregue-a ao fiscal **SEM FALTAR NENHUMA PÁGINA OU PARTE DELA**, juntamente com o **CARTÃO-RESPOSTA**. Em seguida, assine a **LISTA DE PRESENÇA**. Caso o **CADERNO DE QUESTÕES E/OU** o **CARTÃO-RESPOSTA** estejam rasgados ou incompletos, o candidato será eliminado.
9. O candidato também será excluído do certame caso:
  - a) Utilize, durante a realização da prova, máquinas e/ou relógios de calcular, bem como rádios, gravadores, fones de ouvido, telefones celulares ou fonte de consulta de qualquer espécie.
  - b) Ausente-se da sala de prova levando consigo o **CADERNO DE QUESTÕES**, antes do tempo estabelecido, e/ou **CARTÃO-RESPOSTA**.
  - c) Deixe de assinalar corretamente o campo no **CARTÃO-RESPOSTA**.



CONCURSO PÚBLICO



**GABARITO**

<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>

**016 – MÉDICO (CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA) –  
PROVA 01****CONHECIMENTOS GERAIS****Questão 01**

As Normas de Habilitação para a Atenção Especializada no Processo Transexualizador, previstas na Portaria de Consolidação n.º 2/2017, estabelecem critérios para serviços de saúde que desejam ofertar esse cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando essas disposições, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A habilitação é restrita a hospitais universitários federais, não podendo ser concedida a serviços estaduais ou municipais.
- b) Os serviços habilitados devem garantir equipe multiprofissional composta, no mínimo, por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, assegurando acompanhamento integral.
- c) A portaria prevê que o processo transexualizador pode ser iniciado apenas após os 25 anos de idade, em consonância com normas internacionais de saúde.
- d) A habilitação dispensa comprovação de capacidade e regulamentação em órgãos competentes, bastando a manifestação de interesse do gestor estadual ou municipal para regulamentação nessas instâncias.
- e) O processo transexualizador é regulamentado apenas para procedimentos cirúrgicos e acompanhamento psicológico.

**Questão 02**

O Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde. Tais ações e serviços envolvem diretamente a proteção da vida, da dignidade humana e do bem-estar coletivo. Além disso, o exercício da prática assistencial está inserido em um contexto de interesse público e de responsabilidade ética e legal, contribuindo diretamente para a efetivação da cidadania. Com base no Artigo 197, é CORRETO afirmar que:

- a) As ações voltadas à promoção da saúde deixam de ser enquadradas como atividades típicas de prestação de serviços públicos, passando a ser compreendidas, em caráter complementar, como

iniciativas de natureza privada, desvinculadas da obrigação estatal de execução direta.

- b) Tais ações e serviços, mesmo quando prestados por instituições particulares, são passíveis de regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público, que detém a competência constitucional para assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança.
- c) Como as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, a consequência jurídica é a vedação de qualquer uso de recursos orçamentários estatais para o pagamento de serviços prestados por instituições privadas de saúde, reforçando a prioridade do investimento no sistema público.
- d) A crescente demanda por cuidados de saúde e sua relevância socioeconômica conferem caráter de relevância pública às ações executadas por pessoas físicas ou jurídicas privadas, dispensando regulamentação e controle estatal por se tratarem de atividades menos complexas e desvinculadas de grandes redes hospitalares.
- e) Segundo o Art. 197, a competência do Poder Público limita-se à prestação direta das ações de saúde, não lhe cabendo regulamentar, fiscalizar ou controlar aquelas executadas por particulares, já que estas se enquadram como atividades de livre iniciativa.

**Questão 03**

O Art. 6º da Lei n.º 8.080/1990, inclui ações e serviços voltados à saúde do trabalhador nas atribuições do SUS. Com base nesse dispositivo e em seus incisos, assinale a alternativa que apresenta apenas ações que integram as atribuições do SUS no campo de saúde do trabalhador, conforme a Lei Orgânica da Saúde.

- a) Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou de doença ocupacional; participação na avaliação e controle de riscos no processo de trabalho e revisão periódica da listagem de doenças relacionadas ao trabalho.
- b) Fiscalização de benefícios previdenciários; definição da jornada máxima de trabalho saudável; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde e concessão de aposentadoria especial ao trabalhador exposto a agentes nocivos.

- c) Realização de perícias trabalhistas judiciais; garantir a interdição de máquinas, setores ou ambientes de trabalho diante de risco iminente à vida ou à saúde, quando solicitado pelo sindicato dos trabalhadores e gestão e fiscalização de programas de seguro de vida.
- d) Avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; captação de recursos para ações de saúde por meio dos Conselhos Profissionais e regulamentação da contribuição sindical para planos coletivos de saúde.
- e) Organização de conselhos de fiscalização do exercício da profissão; criação de normas de registro em conselhos de classe; definição de piso salarial das categorias da saúde e participação na fiscalização dos serviços de saúde do trabalhador nas empresas públicas e privadas.

**Questão 04**

Conforme o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece que as ações e serviços do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema organizado segundo diretrizes específicas, é CORRETO afirmar que:

- a) O SUS é centralizado pela União, que detém direção única em todo o território nacional, capitaneada pelo Poder Executivo, mas fiscalizada pelo Legislativo, que representa a participação popular.
- b) O atendimento integral deve priorizar serviços hospitalares, distribuídos em rede colaborativa e racionalizada, em detrimento das atividades preventivas, com base nos agravos com maior incidência nacional.
- c) A participação da comunidade é garantida pelo serviço de Ouvidoria e pela possibilidade de a liderança estadual opcionalmente aceitar as solicitações e julgar quais as melhores ações adotadas no território.
- d) O SUS é organizado em rede regionalizada e hierarquizada, com descentralização e direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, priorizando atividades preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais, e participação da comunidade.
- e) O SUS é estruturado pela União de acordo com critérios clínicos e epidemiológicos, baseado em hierarquia centralizada que determina a composição da rede regional, que dá suporte às unidades do município.

**Questão 05**

A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), instituída em 2003, buscou transformar práticas de atenção e gestão no SUS, valorizando o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e gestores. A Lei 15.126, sancionada em 28 de abril de 2025, trouxe uma mudança importante a respeito dessa política pública tão relevante. Considerando esses elementos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A Lei n.º 15.126/2025 consolidou a atenção humanizada como princípio legal do SUS, reforçando que o cuidado deve integrar dimensões técnicas e subjetivas, sem restringir-se a protocolos clínicos, e garantindo que a humanização seja obrigatória em todas as esferas de gestão e atenção.
- b) A HumanizaSUS, após a Lei n.º 15.126/2025, passou a ser considerada política estadual sem força normativa vinculante, cabendo a cada ente federativo adotar práticas humanizadas, garantindo que o acolhimento e a clínica ampliada sejam obrigatórios em todos os hospitais gerais dos municípios.
- c) A atualização normativa de 2025 revogou a Política Nacional de Humanização, substituindo-a por um novo programa de gestão hospitalar voltado para a eficiência administrativa, o acolhimento por classificação de risco, a participação dos usuários na cogestão de unidades.
- d) A Lei n.º 15.126/2025 incluiu a atenção humanizada como princípio constitucional do SUS, alterando diretamente o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, de modo que a humanização passou a ser diretriz constitucional, reforçando o compromisso do Estado brasileiro com a humanização das unidades de saúde.
- e) A Política Nacional de Humanização, após a Lei n.º 15.126/2025, foi ampliada como programa ministerial transversal, para ser aplicada em todas as unidades hospitalares de grande porte, e em unidades da atenção básica ou especializada em municípios estratégicos, expandindo os serviços de acolhimento.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS****Questão 06**

Um adolescente de 14 anos, portador de comunicação interventricular pequena restritiva, comparece sozinho à sua consulta de acompanhamento

ambulatorial anual. Durante a anamnese direcionada, o paciente revela ao Cardiologista que experimentou cigarro eletrônico (vape) em quatro ocasiões sociais nos últimos seis meses, solicitando expressamente que esta informação não seja transmitida aos seus pais por medo de retaliações. O exame físico cardiovascular e o eletrocardiograma são considerados normais. Conforme as normativas vigentes no Código de Ética Médica (CEM) acerca do atendimento de menores de idade, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Manter o sigilo em relação aos pais e orientar o adolescente sobre os riscos cardiovasculares do uso da substância.
- b) Revelar a informação aos pais, considerando a menoridade civil do paciente.
- c) Comunicar o fato à autoridade policial, pois o uso de substância ilícita por menor constitui situação que sobrepõe o dever de sigilo.
- d) Encaminhar o paciente para serviço de saúde mental e registrar em prontuário que o caso foi transferido para outro profissional.
- e) Notificar o Conselho Tutelar de sua jurisdição em razão de se constituir uma situação de vulnerabilidade que sobrepõe o dever de sigilo profissional.

#### Questão 07

Um Cardiologista pediátrico vinculado a laboratório de cateterismo de hospital universitário publica, em seu nome, artigo científico sobre técnica de intervenção em cardiopatias congênicas complexas. O estudo foi desenvolvido integralmente por sua equipe de residentes ao longo de 18 meses, sob sua orientação geral, da qual ele participou apenas nas reuniões mensais de supervisão. Os residentes não foram incluídos como coautores. O patrocinador do estudo é uma empresa fabricante dos cateteres utilizados no procedimento; o conflito de interesse não foi declarado. De acordo com o CEM, assinale CORRETAMENTE o erro cometido por esse médico:

- a) Duas vedações: atribuição de autoria exclusiva a trabalho realizado por subordinados, mesmo quando executado sob sua orientação (Art. 107), e não declaração de relação com fabricante de equipamentos que configura conflito de interesse em potencial (Art. 109).
- b) Duas vedações independentes: omissão do nome dos participantes do artigo científico (Art. 107) e

comprometimento da independência profissional e científica em relação ao financiador da pesquisa, satisfazendo interesse comercial (Art. 104).

- c) Três vedações independentes: atribuição indevida de autoria exclusiva a trabalho realizado por subordinados (Art. 107), omissão do nome dos coautores no artigo científico (Art. 107) e não declaração de relação com a indústria fabricante dos equipamentos utilizados, configurando conflito de interesse em potencial (Art. 109).
- d) Quatro vedações independentes: atribuição indevida de autoria exclusiva (Art. 107), omissão dos coautores (Art. 107), não declaração de conflito de interesse com a indústria (Art. 109) e comprometimento da independência profissional e científica em relação ao financiador, satisfazendo interesse comercial (Art. 104).
- e) Cinco vedações independentes: atribuição indevida de autoria exclusiva (Art. 107), omissão dos coautores (Art. 107), não declaração de conflito de interesse com a indústria (Art. 109), comprometimento da independência científica em relação ao financiador (Art. 104) e utilização dos dados produzidos pelos residentes sem referência a seus autores e sem autorização por escrito (Art. 108).

#### Questão 08

Menina de 11 anos, com diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC) Estágio 3a (TFG estimada: 44 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>), secundária a nefropatia por refluxo vesicoureteral. Em acompanhamento multidisciplinar regular. Relação albumina/creatinina urinária: 310 mg/g (confirmada em duas amostras matinais distintas, caracterizando proteinúria clinicamente significativa). Nas últimas três consultas ambulatoriais, a PA aferida pelo método auscultatório foi: 128/82, 129/83 e 127/81 mmHg, valores compatíveis com HA Estágio 1 pela tabela pediátrica para idade, sexo e estatura. Exame físico sem sopros abdominais; pulsos simétricos. Ecocardiograma: escore Z da massa do ventrículo esquerdo de +2,4. Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, a alternativa farmacológica de primeira escolha é:

- a) Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueador do Receptor de Angiotensina (BRA).
- b) Bloqueador dos canais de cálcio de ação prolongada.
- c) Diurético tiazídico.

- d) Betabloqueador com propriedades vasodilatadoras.
- e) Associação de bloqueador dos canais de cálcio com diurético tiazídico.

**Questão 09**

Lactente de 11 meses, sexo masculino, é trazido à emergência após episódio de perda súbita de consciência durante a mamada, com cianose e hipotonia generalizadas, revertido espontaneamente após aproximadamente 40 segundos. O eletrocardiograma mostra ritmo sinusal com intervalo QTc de 540 ms. O ecocardiograma é estruturalmente normal. A mãe relata que um irmão de 4 anos faleceu subitamente durante o sono. O teste genético revela mutação no gene *KCNH2* (LQT2). É iniciado tratamento com propranolol, porém a criança apresenta novo episódio sincopal com taquicardia ventricular polimórfica documentada no Holter após 8 semanas de tratamento. Não houve parada cardíaca ou necessidade de reanimação. Diante do quadro clínico, assinale a conduta CORRETA para esse paciente:

- a) Manter o propranolol e associar mexiletina, reavaliando em 6 meses com Holter de controle.
- b) Indicar implante de Cardioversor-Desfibrilador Implantável (CDI).
- c) Realizar simpatectomia cardíaca esquerda e manter o betabloqueador.
- d) Indicar estudo eletrofisiológico com estimulação ventricular programada para estratificação de risco e definição terapêutica.
- e) Substituir o propranolol por amiodarona em dose pediátrica.

**Questão 10**

Paciente de 15 anos, portador de cardiopatia congênita complexa, relata fadiga progressiva aos esforços e limitação funcional importante. O ecocardiograma realizado em estado de repouso evidencia fração de ejeção ventricular sistêmica preservada e pressões de enchimento normais, dificultando a elucidação da sintomatologia clínica. Com o objetivo de investigar insuficiência cardíaca com disfunção diastólica oculta nesse paciente, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Solicitar a cintilografia miocárdica para avaliar isquemia da parede.
- b) Indicar biópsia endomiocárdica para descartar miocardite viral em atividade.

- c) Realizar provocação hemodinâmica com infusão fluida.
- d) Iniciar o teste terapêutico empírico com diurético de alça oral.
- e) Realizar o cateterismo cardíaco direito em repouso clínico.

**Questão 11**

Menino de 6 anos com coração univentricular evoluiu com piora progressiva da insuficiência cardíaca crônica. A despeito da otimização volêmica rigorosa no ambulatório, o paciente apresenta rápido declínio da capacidade funcional e baixa tolerância ao exercício miocárdico. Além da sobrecarga crônica de pressão e volume associada à lesão, o mecanismo celular patológico que contribui diretamente para a progressão da doença nesse indivíduo é:

- a) Hiperplasia compensatória do miocárdio ventricular não compactado na base.
- b) Infiltração amiloide severa localizada no subendocárdio da parede livre.
- c) Deposição primária de glicogênio no miocárdio de ambos ventrículos.
- d) Necrose fibrinoide segmentar extensa da parede ventricular direita sistêmica.
- e) Estresse oxidativo celular e disfunção mitocondrial associada à anatomia.

**Questão 12**

Um Cardiologista pediátrico é chamado para realizar um ecocardiograma fetal em uma gestante de 32 semanas, portadora de doença da valva mitral reumática e fibrilação atrial permanente. O obstetra relata que a paciente faz uso crônico de uma medicação antiarrítmica para controle da frequência ventricular, e a ultrassonografia obstétrica recente detectou restrição de crescimento intrauterino significativo. Adicionalmente, o feto apresenta sinais precoces sugerindo o risco de hipoglicemia neonatal no pós-parto imediato. Considerando o perfil de efeitos adversos das medicações no feto, a medicação que está diretamente associada a esse quadro clínico é:

- a) Metoprolol.
- b) Bisoprolol.
- c) Atenolol.
- d) Verapamil.
- e) Diltiazem.

**Questão 13**

Uma adolescente de 14 anos é diagnosticada com comunicação interatrial tipo *ostium secundum* de 22 mm, apresentando sinais de sobrecarga volumétrica das câmaras direitas. Recentemente, desenvolveu episódios sintomáticos e recorrentes de fibrilação atrial. Após avaliação com a equipe de hemodinâmica e cirurgia, optou-se pelo fechamento do defeito septal com retalho pericárdico devido a margens anatômicas inadequadas para o fechamento percutâneo. Em relação à abordagem da arritmia nesse tempo operatório, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Contraindicar ablações epicárdicas para preservar inervação vagal e prevenir taquicardia sinusal inapropriada pós-operatória.
- b) Realizar o procedimento cirúrgico de Cox-Maze concomitantemente ao fechamento cirúrgico do defeito do septo interatrial.
- c) Restringir as linhas de ablação ao átrio direito, visando limitar à sobrecarga volumétrica direita.
- d) Promover ablação do nó atrioventricular e implante de marca-passo.
- e) Evitar a ablação cirúrgica concomitante e programar cardioversão elétrica pós-operatória visando o remodelamento eletroanatômico atrial.

**Questão 14**

Criança de 6 anos, do sexo feminino, é encaminhada pela pediatria geral para investigação especializada após a detecção incidental de um sopro cardíaco em consulta de rotina. Na anamnese, a genitora nega integralmente a ocorrência pretérita ou atual de cianose de mucosas, crises de dispneia aguda, letargia aos pequenos esforços físicos ou episódios de infecções respiratórias do trato inferior de repetição. Os dados antropométricos apontam índice de massa corporal, desenvolvimento neuropsicomotor e ganho ponderoestatural compatíveis com as curvas normatizadas para a idade cronológica. Ao exame segmentar cardiovascular: paciente eupnéica, SatO<sub>2</sub> de 99%, precórdio sem frêmitos com sutil impulso parassagital esquerda sugerindo atividade ventricular direita. A ausculta detecta o componente pulmonar da segunda bulha acentuado com desdobramento amplo e rigorosamente fixo independentemente do ciclo inspiratório ou expiratório do paciente. Ausculta-se também um sopro sistólico de ejeção suave de grau 2/6, confinado à borda esternal esquerda alta. As extremidades periféricas não possuem edema ou alterações de pulsos. Com base nesse caso, o diagnóstico CORRETO é:

- a) Coarctação de aorta pós-ductal de apresentação tardia na infância.
- b) Miocardiopatia hipertrófica restritiva secundária.
- c) Estenose da valva aórtica de padrão congênito unicúspide.
- d) Tetralogia de Fallot de variante clínica *pink Fallot*.
- e) Comunicação interatrial *ostium secundum*.

**Questão 15**

Lactente de 8 meses, sexo feminino, portadora de tetralogia de Fallot diagnosticada no período neonatal, aguardando correção cirúrgica, é trazida à emergência por episódio de cianose intensa de início súbito ocorrido durante choro prolongado. Na chegada, encontra-se hipotônica, com cianose central, frequência cardíaca de 172 bpm, frequência respiratória de 62 irpm, saturação periférica de oxigênio de 58% em membro superior direito e pressão arterial de 70×40 mmHg. A ausculta cardíaca revela B2 única e diminuição significativa da intensidade do sopro sistólico previamente documentado em consultas anteriores. Acerca do caso, assinale a alternativa que indica o mecanismo fisiopatológico que explica CORRETAMENTE o quadro clínico:

- a) Aumento do shunt direita-esquerda por espasmo infundibular do ventrículo direito com redução do fluxo pulmonar e aumento da mistura venosa sistêmica.
- b) Aumento do shunt esquerda-direita por queda da resistência vascular pulmonar com consequente hiperperfusão pulmonar e edema alveolar.
- c) Ruptura de placa ateromatosa em artéria coronária anômala, com isquemia miocárdica aguda e disfunção ventricular esquerda.
- d) Taquicardia supraventricular sustentada com dissociação atrioventricular e falência do débito cardíaco anterógrado.
- e) Embolia pulmonar por trombose venosa profunda com obstrução da circulação pulmonar e hipoxemia refratária.

**Questão 16**

Recém-nascido de 12 dias de vida, sexo masculino, nascido a termo, é trazido à emergência por irritabilidade, recusa alimentar progressiva há 2 dias e palidez cutânea. Ao exame: frequência cardíaca de 185 bpm, frequência respiratória de 72 irpm, tempo de enchimento capilar de 5 segundos. Saturação periférica de oxigênio de 96% em membro superior direito e 72% em membro inferior esquerdo. Pulsos

braquiais são cheios e amplos bilateralmente, enquanto os pulsos femorais e pediosos são impalpáveis. Precórdio hiperdinâmico, com 2ª bulha hiperfonética no foco pulmonar. Hepatomegalia a 3 cm do rebordo costal direito. De acordo com o caso clínico, assinale CORRETAMENTE o diagnóstico provável:

- a) Persistência do canal arterial com hiperfluxo pulmonar e insuficiência cardíaca congestiva.
- b) Comunicação interventricular com *shunt* esquerda-direita e hipertensão pulmonar secundária.
- c) Estenose aórtica crítica com disfunção ventricular esquerda e choque cardiogênico neonatal.
- d) Coarctação da aorta com sinais de baixo débito sistêmico e repercussão hemodinâmica.
- e) Transposição das grandes artérias com comunicação interventricular e hiperfluxo pulmonar associado.

#### Questão 17

Criança de 4 anos, sexo feminino, previamente hígida, é levada ao ambulatório de cardiologia pediátrica para investigação de sopro cardíaco detectado em consulta de rotina. Mãe nega cianose, dispneia, cansaço aos esforços ou infecções respiratórias de repetição. Desenvolvimento neuropsicomotor e ganho ponderoestatural adequados. Ao exame: frequência cardíaca de 95 bpm, frequência respiratória de 22 irpm, saturação periférica de 98%. Precórdio calmo, sem abaulamentos. Ausculta cardíaca: B1 e B2 normais, com desdobramento fisiológico de B2 variável com a respiração. Identifica-se sopro sistólico de ejeção grau 2/6, localizado na borda esternal esquerda média, com timbre vibratório e musical, sem frêmito, sem irradiação significativa. Pulsos normais e simétricos. Conforme o enunciado, a característica auscultatória que, se presente, tornaria obrigatória a investigação complementar por indicar sopro patológico é:

- a) A localização do sopro ser na borda esternal esquerda média durante a sístole.
- b) Acentuação da intensidade do sopro durante episódio febril intercorrente recente.
- c) Sopro sistólico audível também em posição supina com discreta atenuação em ortostase.
- d) Percepção de timbre vibratório e musical do sopro durante a ausculta cardíaca.

- e) Presença de sopro diastólico associado ao sopro sistólico já identificado no exame.

#### Questão 18

Recém-nascido de 2 dias de vida, sexo feminino, nascido de parto cesáreo a termo, Apgar 8/9, peso de 4.250 g. A mãe, 34 anos, é portadora de diabetes *mellitus* tipo 2 em uso irregular de metformina durante a gestação com hemoglobina glicada de 9,2% no 3º trimestre. Na ecocardiografia fetal realizada com 36 semanas, havia sido identificada hipertrofia septal assimétrica. Ao exame do recém-nascido: frequência cardíaca de 148 bpm, frequência respiratória de 52 irpm, saturação periférica de 94% em membro superior direito. Precórdio com impulsão paraesternal esquerda. Na ausculta: B1 normal, B2 única no foco pulmonar, sopro sistólico de ejeção grau 3/6 na borda esternal esquerda, com irradiação para a fúrcula esternal. Pulsos periféricos palpáveis e simétricos nas quatro extremidades. Considerando a história materna, os achados ecocardiográficos fetais e a semiologia neonatal, a combinação de cardiopatias congênicas CORRETA seria:

- a) Persistência do canal arterial associada a comunicação interatrial do tipo *ostium secundum*.
- b) Estenose pulmonar valvar associada a persistência do canal arterial.
- c) Comunicação interventricular perimembranosa associada a tetralogia de Fallot.
- d) Bloqueio atrioventricular congênito associado a cardiomiopatia hipertrófica.
- e) Cardiomiopatia hipertrófica associada a transposição das grandes artérias.

#### Questão 19

Lactente de 4 meses com diagnóstico de tetralogia de Fallot em acompanhamento ambulatorial é trazido à emergência às 7h após episódio iniciado durante o banho. Ao exame: cianose intensa, FC 178 bpm, FR 68 irpm, SpO<sub>2</sub> 68%, irritabilidade e alteração do nível de consciência. O sopro sistólico previamente audível na borda esternal esquerda não é mais identificado à ausculta. Foram iniciados oxigenoterapia e posição joelho-tórax. Acerca do caso, a medida farmacológica CORRETA deve ser:

- a) Sulfato de morfina 0,2 mg/kg (SC, IM ou EV).
- b) Prostaglandina E1 endovenosa.
- c) Cetamina 0,1 mg/kg endovenosa.
- d) Furosemida 1 mg/kg endovenosa.
- e) Epinefrina 0,1 mg/kg endovenosa.

**Questão 20**

Dois lactentes de 4 meses são avaliados no ambulatório de cardiologia pediátrica. O Paciente A apresenta CIA *ostium secundum* ampla ao ecocardiograma, com Qp/Qs de 2,2. O Paciente B apresenta CIV moderada com Qp/Qs de 1,8. Apesar do Qp/Qs numericamente mais elevado no Paciente A, apenas o Paciente B apresenta taquipneia e interrupções às mamadas. Segundo esse caso, o mecanismo fisiopatológico que explica essa diferença clínica é:

- Na CIA, a menor resistência vascular pulmonar do Paciente A impede a elevação da pressão venocapilar, enquanto na CIV a resistência aumentada favorece a congestão pulmonar.
- Na CIV, o *shunt* ocorre predominantemente durante a diástole ventricular, gerando maior turbulência e sintomas respiratórios, enquanto na CIA o fluxo é predominantemente sistólico e hemodinamicamente menos impactante.
- Na CIA, o sangue que passa da esquerda para a direita é esvaziado para o átrio direito sem elevar a pressão do capilar pulmonar, enquanto na CIV o volume aumentado no átrio esquerdo eleva a pressão venocapilar e causa taquipneia.
- O Paciente A apresenta maior tolerância clínica ao hiperfluxo em razão da predominância do sexo feminino na CIA com menor impacto hemodinâmico por diferenças na complacência miocárdica.
- Na CIV moderada, o *shunt* bidirecional causa dessaturação arterial sistêmica com taquipneia compensatória, enquanto na CIA ampla o *shunt* mantém-se unidirecional sem dessaturação.

**Questão 21**

Lactente de 3 meses, portador de síndrome de Down, é internado por quadro de pneumonia de repetição, baixo ganho ponderal e sinais de insuficiência cardíaca. Ao exame, o precórdio é hiperdinâmico com impulsão sistólica de ventrículo direito e ventrículo esquerdo. Na ausculta, a segunda bulha apresenta desdobramento amplo com componente pulmonar hiperfonético. O eletrocardiograma evidencia hemibloqueio anterior esquerdo, eixo de QRS desviado para além de  $-30^\circ$  e padrão rSR' em V1. O ecocardiograma demonstra comunicação interatrial tipo *ostium primum*, comunicação interventricular de via de entrada ampla e valva atrioventricular única. Conforme o caso clínico, a classificação de Rastelli CORRETA é:

- Tipo A, pois o folheto ponte superior está relacionado predominantemente ao ventrículo esquerdo com cordoalhas inseridas no septo interventricular.
- Tipo B, pois o folheto ponte superior se estende para o ventrículo direito com cordoalhas inseridas no corpo do ventrículo direito.
- Tipo C, pois o folheto ponte superior é maior e não há inserção de cordoalhas no septo interventricular.
- Tipo A, pois a valva atrioventricular se encontra inserida no anel atrioventricular esquerdo.
- Tipo C, pois se trata da forma mais frequente em pacientes com tetralogia de Fallot associada.

**Questão 22**

Lactente de 5 meses, portador de síndrome de Down, com diagnóstico ecocardiográfico de defeito do septo atrioventricular de forma total, apresenta insuficiência cardíaca de difícil controle clínico. Considerando o tratamento desta cardiopatia, a conduta CORRETA deve ser:

- Realizar bandagem da artéria pulmonar.
- Postergar a correção cirúrgica até os 2 anos de idade visando reduzir os riscos diretos da cirurgia.
- Encaminhar para correção cirúrgica precoce, idealmente em torno do sexto mês de vida.
- Manter tratamento clínico com anticongestivos e reavaliar após estabilização com 1 ano de idade.
- Indicar cateterismo intervencionista para fechamento dos defeitos septais com dispositivo.

**Questão 23**

Lactente de 15 dias de vida, nascido a termo, é levado à emergência por cianose progressiva desde o segundo dia de vida. Ao exame físico, apresenta saturação de oxigênio de 68% em membros superiores e inferiores, cianose central e ausência de desconforto respiratório significativo. A ausculta cardíaca revela segunda bulha (B2) única e sopro sistólico ejetivo grau III/VI em borda esternal esquerda alta. A radiografia de tórax mostra área cardíaca discretamente aumentada com silhueta cardíaca em formato ovoide e mediastino superior estreitado (“ovo deitado no fio”) com trama vascular pulmonar aumentada. O eletrocardiograma evidencia desvio do eixo do QRS para a direita com sobrecarga ventricular direita. Em relação ao conjunto dos achados clínicos, o diagnóstico CORRETO é:

- a) Persistência do canal arterial com hipertensão pulmonar grave.
- b) Drenagem anômala total de veias pulmonares.
- c) Comunicação interatrial tipo *ostium secundum*.
- d) *Truncus arteriosus*.
- e) Transposição das grandes artérias.

**Questão 24**

Escolar de 8 anos, sexo masculino, é encaminhado por cianose de longa data com piora progressiva. Ao exame, apresenta baqueteamento digital, saturação de oxigênio de 78% e sopro sistólico ejetivo grau II/VI em borda esternal esquerda alta. A mãe relata que a criança adotava a posição de cócoras frequentemente durante atividades físicas até os 3 anos de idade, quando realizou cirurgia paliativa com shunt sistêmico-pulmonar. A radiografia de tórax mostra silhueta cardíaca com ponta elevada e escavamento do arco médio à esquerda. A trama vascular pulmonar está diminuída. Diante do quadro clínico, assinale CORRETAMENTE a cardiopatia provável:

- a) *Truncus arteriosus*.
- b) Tetralogia de Fallot.
- c) Transposição das grandes artérias.
- d) Estenose pulmonar valvar.
- e) Comunicação interventricular.

**Questão 25**

Pré-escolar de 5 anos, sexo masculino, é encaminhado para avaliação cardiológica por sopro cardíaco. Ao exame físico, apresenta fácies peculiar descrita como "de duende", com nariz arrebitado, filtro longo e lábios proeminentes. A ausculta cardíaca revela sopro sistólico de ejeção, grau III/VI, mais audível no 2º espaço intercostal direito, com irradiação para o pescoço. Além disso, ausculta-se sopro sistólico adicional em dorso. A medida da pressão arterial nos quatro membros mostra valor de  $110 \times 70$  mmHg no membro superior direito e de  $88 \times 60$  mmHg no membro superior esquerdo. Não há diferença significativa entre membros superiores e inferiores. Com base na integração dos achados do exame físico, a localização provável da obstrução ao fluxo de saída do ventrículo esquerdo e o mecanismo que explica a diferença pressórica entre os membros superiores são, CORRETA e respectivamente:

- a) Valvar: a diferença pressórica decorre da coarctação da aorta associada, que reduz o fluxo para a artéria subclávia esquerda e justifica o sopro em dorso.

- b) Supravalvar: a diferença pressórica resulta do efeito Coanda e o sopro em dorso sugere estenose pulmonar periférica.
- c) Subvalvar: a diferença pressórica resulta da obstrução dinâmica pelo septo interventricular hipertrofiado, que direciona o jato para o membro superior direito preferencialmente.
- d) Valvar: a diferença pressórica é explicada pela dilatação pós-estenótica da aorta ascendente, que cria turbulência assimétrica favorecendo o fluxo para o membro superior direito.
- e) Subvalvar: a diferença pressórica resulta da membrana fibrosa que desvia o fluxo aórtico preferencialmente para as artérias carótidas, reduzindo o débito para a subclávia esquerda.

**Questão 26**

Lactente de 5 meses, sexo feminino, portadora de atresia pulmonar com comunicação interventricular, apresenta múltiplas colaterais aortopulmonares originadas da aorta torácica e ausência de artérias pulmonares nativas identificáveis ao cateterismo cardíaco e à angiotomografia. A criança encontra-se com saturação periférica de oxigênio de 78% e sinais incipientes de insuficiência cardíaca congestiva. A equipe de cardiologia pediátrica discute a estratégia cirúrgica. Conforme o quadro descrito, a estratégia CORRETA deve ser:

- a) Unifocalização em estágios com retirada das colaterais aortopulmonares de sua origem aórtica e ligação à artéria pulmonar verdadeira visando ao reparo definitivo posterior.
- b) Correção em estágio único com conexão do ventrículo direito à artéria pulmonar e fechamento da comunicação interventricular.
- c) Implantação de *stent* no canal arterial para manter a perfusão pulmonar e permitir o crescimento dos vasos pulmonares antes da correção cirúrgica definitiva.
- d) Realização de *shunt* central (aorta ascendente–tronco pulmonar) como primeiro estágio, seguido da conexão do ventrículo direito à artéria pulmonar e fechamento da comunicação interventricular.
- e) Embolização das colaterais aortopulmonares com implante de molas para reduzir o hiperfluxo pulmonar como tratamento definitivo.

**Questão 27**

Recém-nascido de 4 dias de vida, sexo masculino, nascido a termo, peso adequado, Apgar 8/9,

apresenta-se com taquipneia progressiva, palidez cutânea, sudorese, taquicardia, pulsos periféricos de amplitude globalmente reduzida e hipotensão arterial sistêmica. A saturação periférica de oxigênio é de 93%. O ecocardiograma revela hipoplasia acentuada das estruturas do coração esquerdo (valva mitral, valva aórtica e ventrículo esquerdo), aorta ascendente hipoplásica e canal arterial com fluxo direita-esquerda. Após início de prostaglandina E1 em infusão contínua por acesso venoso central e intubação orotraqueal, o neonatologista discute os parâmetros ventilatórios ideais. Em relação ao manejo ventilatório e a oxigenoterapia nesse recém-nascido, assinale a conduta CORRETA:

- Evitar o uso de oxigênio suplementar e de hiperventilação, mantendo a saturação periférica em torno de 85%, visando a preservar a resistência vascular pulmonar.
- Manter fração inspirada de oxigênio a 100% para elevar a saturação periférica acima de 95% visando a garantir perfusão coronariana e cerebral adequadas.
- Utilizar hiperventilação com fração inspirada de oxigênio de 60% para reduzir a resistência vascular pulmonar e aumentar o retorno venoso para o átrio esquerdo hipoplásico.
- Instituir ventilação com pressão positiva e oxigênio a 40%, objetivando saturação periférica de 92%, para equilibrar os fluxos pulmonar e sistêmico.
- Manter ventilação espontânea sem oxigênio suplementar, uma vez que a saturação periférica de 93% indica fluxo pulmonar e sistêmico já equilibrados neste paciente.

#### Questão 28

Recém-nascido de 2 dias de vida, sexo feminino, nascido a termo com história perinatal benigna, peso adequado e Apgar normal, apresenta cianose central progressiva sem desconforto respiratório significativo com saturação periférica de oxigênio de 72%. É realizado o teste de hiperóxia: após oferta de oxigênio a 100%, a gasometria arterial pré-ductal (membro superior direito) revela PO<sub>2</sub> de 45 mmHg e a gasometria pós-ductal (membro inferior) revela PO<sub>2</sub> de 42 mmHg. Nesse caso, assinale CORRETAMENTE a interpretação do resultado e a conduta indicada:

- PO<sub>2</sub> pré-ductal de 45 mmHg com diferença pré/pós-ductal de 3 mmHg indica hipertensão

- pulmonar persistente do recém-nascido; a conduta é iniciar óxido nítrico inalatório e ventilação mecânica com FiO<sub>2</sub> de 100%.
- PO<sub>2</sub> pós-ductal de 42 mmHg indica cardiopatia congênita com shunt misto (tronco arterial comum ou ventrículo único sem estenose pulmonar); a conduta é iniciar diuréticos para controle do hiperfluxo pulmonar.
- PO<sub>2</sub> entre 100 e 250 mmHg indica provável pneumopatia neonatal, sendo necessário iniciar antibioticoterapia empírica e suporte ventilatório sem necessidade de prostaglandina E1.
- A diferença de 3 mmHg entre PO<sub>2</sub> pré e pós-ductal é inferior a 20 mmHg, o que exclui a possibilidade de cardiopatia congênita canal-dependente e confirma doença pulmonar primária.
- PO<sub>2</sub> inferior a 100 mmHg com teste negativo indica provável cardiopatia congênita cianótica crítica do tipo fluxo pulmonar canal-dependente ou circulação em paralelo; a conduta é iniciar prostaglandina E1 imediatamente.

#### Questão 29

Recém-nascido a termo, sexo feminino, com 3 dias de vida, peso de 3.400 g, é trazido à emergência com taquipneia (frequência respiratória de 78 irpm), palidez cutânea, sudorese, pulsos periféricos globalmente reduzidos e tempo de enchimento capilar de 5 segundos. A SpO<sub>2</sub> no membro superior direito é de 92%. Ecocardiograma confirma síndrome de hipoplasia do coração esquerdo com canal arterial restritivo. Após início de prostaglandina E1, a SpO<sub>2</sub> sobe para 97% e a frequência respiratória se mantém em 74 irpm, porém os pulsos periféricos permanecem com amplitude reduzida e há piora da perfusão. Acerca do caso, assinale CORRETAMENTE a conduta adequada para melhorar o débito sistêmico:

- Aumentar a fração inspirada de oxigênio para 100% visando otimizar a oferta tecidual de oxigênio e a perfusão periférica.
- Reduzir a fração inspirada de oxigênio para 21% (ar ambiente) e ajustar parâmetros ventilatórios para evitar hiperventilação.
- Realizar atrioseptostomia com balão para ampliar a comunicação interatrial e reduzir a pressão atrial esquerda.
- Aumentar a dose de prostaglandina E1 para 0,1 mcg/kg/min para ampliar o diâmetro do canal arterial e elevar o fluxo sistêmico.
- Iniciar óxido nítrico inalatório na dose de 20 ppm para reduzir a resistência vascular pulmonar e melhorar a oxigenação arterial.

**Questão 30**

Recém-nascido a termo, sexo masculino, com 2 dias de vida, peso de 3.100 g, Apgar 8/9, apresenta cianose central progressiva desde as primeiras horas de vida. Encontra-se taquipneico (frequência respiratória de 64 irpm), sem sinais de desconforto respiratório significativo (ausência de retrações, gemido ou batimento de aletas nasais). A SpO<sub>2</sub> pré-ductal é de 72% e a pós-ductal é de 70%. Realiza-se teste de hiperóxia com oferta de O<sub>2</sub> a 100%: a PaO<sub>2</sub> arterial pré-ductal é de 45 mmHg e a pós-ductal é de 42 mmHg. A radiografia de tórax mostra área cardíaca discretamente aumentada e trama vascular pulmonar reduzida. Não há sinais clínicos de baixo débito sistêmico. Nesse contexto, o grupo fisiopatológico de cardiopatias congênitas compatível com esse cenário é:

- a) Cardiopatias com fluxo sistêmico dependente do canal arterial, como a síndrome de hipoplasia do coração esquerdo.
- b) Cardiopatias com shunt misto, como a conexão anômala total de veias pulmonares ou o tronco arterial comum.
- c) Cardiopatias com fluxo pulmonar dependente do canal arterial, como a atresia pulmonar com septo ventricular íntegro.
- d) Cardiopatias com circulação em paralelo, como a transposição das grandes artérias com comunicação interatrial restritiva.
- e) Cardiopatias com shunt esquerda-direita, como a comunicação interventricular grande ou a persistência do canal arterial.

**Questão 31**

Lactente de 4 meses de idade, sexo feminino, peso de 4.200 g, é levado à consulta com queixa de cansaço e sudorese intensa durante as mamadas, com pausas frequentes e redução progressiva do volume ingerido. A mãe refere vômitos frequentes e irritabilidade. Ao exame, apresenta taquipneia (frequência respiratória de 68 irpm), taquicardia (frequência cardíaca de 172 bpm), hepatomegalia a 3 cm do rebordo costal direito e sopro holossistólico em borda esternal esquerda baixa. O Cardiologista considera o diagnóstico diferencial entre insuficiência cardíaca e doença respiratória primária. Dessa forma, o achado clínico característico de insuficiência cardíaca nessa faixa etária seria:

- a) Taquipneia com frequência respiratória acima de 60 irpm.

- b) Presença de sibilância à ausculta pulmonar.
- c) Frequência cardíaca de 172 bpm.
- d) Aumento do tempo das mamadas e redução do volume ingerido.
- e) Presença de edema de membros inferiores.

**Questão 32**

Criança de 3 anos com síndrome de Down apresenta, ao exame físico, segunda bulha com desdobramento amplo e fixo no foco pulmonar. Sobre o tema, o mecanismo fisiopatológico que explica esse achado auscultatório é:

- a) Hipertensão pulmonar com aproximação dos componentes A2 e P2.
- b) Prolongamento da sístole do ventrículo direito por sobrecarga volumétrica.
- c) Fechamento precoce da valva pulmonar por redução do fluxo pulmonar.
- d) Retardo do componente aórtico por sobrecarga pressórica do ventrículo esquerdo.
- e) Aumento da complacência ventricular esquerda com enchimento diastólico prolongado.

**Questão 33**

Recém-nascido a termo, sexo feminino, com 5 dias de vida, peso de 3.100 g, apresenta-se com taquipneia progressiva (frequência respiratória de 72 irpm), cianose discreta (SpO<sub>2</sub> de 88%) e dificuldade nas mamadas. A ausculta cardíaca não revela sopros significativos. A radiografia de tórax mostra área cardíaca de tamanho normal com aumento difuso e heterogêneo da trama vascular pulmonar, sugerindo congestão venocapilar. O peptídeo natriurético cerebral sérico está dentro dos limites da normalidade para a idade. Diante do exposto, a cardiopatia que pode evoluir com insuficiência cardíaca e radiografia com área cardíaca normal é:

- a) Comunicação interventricular ampla com shunt esquerda-direita e hiperfluxo pulmonar.
- b) Cardiomiopatia dilatada com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo.
- c) Defeito do septo atrioventricular com insuficiência valvar atrioventricular.
- d) Persistência do canal arterial com repercussão hemodinâmica e congestão pulmonar.
- e) Conexão anômala total de veias pulmonares em sua forma obstrutiva.

**Questão 34**

Lactente, 3 meses de idade, apresenta relato materno de sudorese excessiva (diaforese) na fronte durante as mamadas, tempo prolongado para sugar e ganho ponderal estagnado no último mês. Ao exame físico na puericultura: frequência cardíaca de 165 bpm em repouso, taquipneia leve e ritmo de galope (presença de B3). O ecocardiograma revela disfunção sistólica importante do ventrículo esquerdo. Nesse contexto, a sudorese excessiva em repouso ou aos pequenos esforços e a taquicardia descritas nesse quadro clínico de insuficiência cardíaca são justificadas primariamente pela:

- Vasodilatação sistêmica generalizada induzida pela liberação aguda de peptídeo natriurético.
- Hipervolemia crônica pulmonar causando transudação alveolar fluida e hipóxia tecidual secundária.
- Ativação simpática compensatória com estímulo de betarreceptores e liberação de catecolaminas.
- Inibição sustentada do eixo renina-angiotensina-aldosterona devido à perfusão renal cronicamente diminuída.
- Redução do retorno venoso sistêmico atrelada à disfunção diastólica acentuada inerente do lactente.

**Questão 35**

Lactente, 4 meses de idade, portador de defeito do septo atrioventricular não corrigido, é avaliado em consulta de seguimento. O peso atual encontra-se abaixo do escore Z -2 para a idade, configurando déficit nutricional significativo. Durante a anamnese estruturada, a mãe descreve que o paciente não apresenta sintomas em repouso no berço, contudo, durante as mamadas (única atividade de esforço do lactente), exibe intensa sudorese frontal e taquipneia acentuada, necessitando pausar frequentemente, o que culminou na drástica redução do ganho ponderal. De acordo com os critérios de classificação funcional para essa faixa etária, o quadro clínico descrito enquadra-se CORRETAMENTE na:

- Classe I da escala de Ross.
- Classe II da escala do New York Heart Association (NYHA).
- Classe III da escala de Ross.
- Classe IV da escala do NYHA.
- Classe V da escala do NYHA.

**Questão 36**

Recém-nascido de 10 dias de vida, em aleitamento materno exclusivo, é admitido com quadro de insuficiência cardíaca descompensada. O ecocardiograma revela coarctação de aorta grave com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (fração de ejeção de 30%). Após estabilização inicial com prostaglandina E1 em infusão contínua, observa-se reabertura do canal arterial com melhora parcial da perfusão de membros inferiores. Entretanto, persistem sinais de congestão pulmonar e baixo débito cardíaco anterógrado. A pressão arterial média invasiva é de 38 mmHg. O ecocardiograma de controle demonstra pós-carga ventricular esquerda elevada e débito cardíaco reduzido. Nesse caso, o agente inotrópico de escolha para otimização hemodinâmica nesse paciente é:

- Levosimendana.
- Dobutamina.
- Milrinona.
- Digoxina.
- Isoproterenol.

**Questão 37**

Criança de 6 anos com cardiomiopatia dilatada e IC crônica classe funcional III está em uso otimizado de inibidor da ECA e já iniciou betabloqueador. Apesar do tratamento, mantém sinais de retenção hídrica. Com base na situação do paciente, assinale CORRETAMENTE o tratamento farmacológico recomendado:

- Espironolactona.
- Ivabradina.
- Sacubitril/valsartana.
- Hidralazina.
- Nesiritida.

**Questão 38**

Lactente de 6 meses com IC aguda descompensada apresenta-se com congestão pulmonar, hepatomegalia, edema e hipotensão arterial com extremidades frias. De acordo com a classificação do perfil hemodinâmico, assinale CORRETAMENTE o grupo clínico cujo paciente se enquadra:

- Perfil A.
- Perfil B.
- Perfil C.
- Perfil D.
- Perfil E.

**Questão 39**

Criança de 4 anos, previamente hígida, é encaminhada ao cardiologista por sopro cardíaco detectado durante episódio febril. Ao exame com a criança afebril, ausculta-se sopro sistólico de ejeção grau 2/6 em borda esternal esquerda média, com timbre vibratório, sem frêmito. Segunda bulha com desdobramento fisiológico normal. Conforme o caso, esse achado é compatível com:

- a) Comunicação interventricular restritiva.
- b) Estenose pulmonar valvar leve.
- c) Sopro de Still.
- d) Insuficiência mitral discreta.
- e) Comunicação interatrial tipo *ostium secundum*.

**Questão 40**

Lactente de 2 meses é atendido em consulta de puericultura. Ao examinar os pulsos arteriais, o Cardiologista percebe pulsos cheios e amplos nos membros superiores e pulsos finos nos membros inferiores. Acerca do caso, assinale a cardiopatia compatível com esse achado:

- a) Estenose aórtica supravalvar.
- b) Persistência do canal arterial.
- c) Coarctação de aorta.
- d) Interrupção do arco aórtico tipo B.
- e) Transposição das grandes artérias.