



1. Entre os agentes betabloqueadores a seguir, o que classifica-se como cardiosseletivo, é:
  - a) atenolol
  - b) carvedilol
  - c) nadolol
  - d) propranolol
  - e) pindolol
2. Na hipertensão arterial sistêmica em paciente portador de enxaqueca, o antihipertensivo a seguir mais recomendado para combater os sintomas dessa condição associada é:
  - a) atenolol
  - b) carvedilol
  - c) nadolol
  - d) propranolol
  - e) pindolol
3. Um efeito neutro sobre a frequência cardíaca é mais esperado de:
  - a) nifedipino
  - b) diltiazem
  - c) verapamil
  - d) anlodipino
  - e) ivabradina
4. O MENOR efeito anti-hipertensivo entre os diuréticos a seguir é esperado de:
  - a) hidroclorotiazida
  - b) clortalidona
  - c) espironolactona
  - d) indapamida
  - e) furosemida
5. Entre as drogas a seguir, em geral **NÃO** se espera a redução da frequência cardíaca com:
  - a) amiodarona
  - b) atenolol
  - c) propafenona
  - d) digoxina
  - e) sotalol
6. Na abordagem clínica de patologia valvar cujo sopro mais característico é tipo ruflar diastólico, melhor audível com o paciente em decúbito lateral esquerdo, **NÃO** está entre as opções farmacológicas úteis:
  - a) furosemida
  - b) atenolol
  - c) digoxina
  - d) enalapril
  - e) bisoprolol
7. Um sopro aspirativo, diastólico, em decrescendo, iniciando-se logo após 2ª bulha cardíaca e mais intenso no terceiro ou quarto espaço intercostais esquerdos, na região paraesternal, é compatível com patologia valvar que apresenta como padrão típico de pressão arterial sistêmica:
  - a) sistólica elevada e diastólica baixa.
  - b) sistólica e diastólica elevadas.
  - c) sistólica normal e diastólica elevada.
  - d) sistólica e diastólica baixas.
  - e) sistólica baixa e diastólica elevada.
8. Um sopro sistólico rude, mesossistólico, melhor audível no 2º espaço intercostal direito, com irradiação para fúrcula esternal, é característico de determinada patologia valvar. Tal patologia tem uma tríade sintomática clássica. Dessa tríade, o pior prognóstico de sobrevida se associa a:
  - a) dor precordial
  - b) palpitação
  - c) síncope
  - d) tontura
  - e) dispneia
9. **NÃO** faz parte dos achados eletrocardiográficos esperados em um paciente com estenose mitral significativa:
  - a) sobrecarga atrial esquerda.
  - b) sobrecarga ventricular esquerda.
  - c) sobrecarga ventricular direita.
  - d) desvio do eixo AQRS para direita.
  - e) fibrilação atrial.
10. São efeitos da manobra de valsava, do intervalo pós-extrassístole e da posição de cócoras, respectivamente nessa sequência, sobre o sopro e o gradiente da via de saída do ventrículo esquerdo na cardiomiopatia hipertrófica:
  - a) aumento – diminuição – aumento
  - b) aumento – aumento – diminuição
  - c) diminuição – aumento – aumento
  - d) diminuição – diminuição – diminuição
  - e) aumento – aumento – aumento
11. O achado ao exame físico de 2ª bulha cardíaca hiperfonética ao nível do 2º espaço intercostal na região paraesternal esquerda, é sugestivo de:
  - a) estenose pulmonar.
  - b) hipertensão arterial sistêmica.
  - c) hipertensão arterial pulmonar.
  - d) insuficiência coronariana.
  - e) fibrilação atrial.

**12.** Baseando-se nas afirmativas a seguir sobre o tratamento das taquiarritmias, de origem supraventricular, é correto afirmar que

- I. Diante de um paciente com eletrocardiograma mostrando taquicardia supraventricular mediada por via acessória, espera-se que a adenosina endovenosa reverta o ritmo para sinusal.
- II. Diante de um paciente com eletrocardiograma mostrando taquicardia supraventricular mediada por reentrada intranodal, espera-se que a adenosina endovenosa não reverta o ritmo para sinusal, mas apenas produza um grau de bloqueio atrioventricular que possibilitará a melhor visualização eletrocardiográfica da atividade atrial.
- III. Diante de um paciente com eletrocardiograma mostrando flutter atrial, espera-se que a adenosina endovenosa não reverta o ritmo para sinusal, mas apenas produza um grau de bloqueio atrioventricular que possibilitará a melhor visualização eletrocardiográfica da atividade atrial.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a I
- b I e II
- c I e III
- d II
- e I, II e III

**13.** Baseando-se nas afirmativas a seguir sobre cardioversão elétrica ou desfibrilação elétrica para tratar taquiarritmias. é correto afirmar que:

- I. A reversão elétrica da fibrilação atrial, via choque de energia externa, deve ser feita de modo sincronizado.
- II. A reversão elétrica da fibrilação ventricular, via choque de energia externa, deve ser feita de modo não sincronizado.
- III. A reversão elétrica da taquicardia ventricular monomórfica sem pulso, via choque de energia externa, deve ser feita de modo sincronizado.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a I
- b II
- c I e III
- d I e II
- e I, II e III

**14.** De acordo com as atuais Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, os níveis de corte de pressão arterial sistêmica, a partir dos quais consideramos hipertensão arterial sistêmica, em mmHg, sistólica e diastólica respectivamente são:

- a 140/90
- b 135/90
- c 135/85
- d 140/85
- e 130/80

**15.** De acordo com as atuais Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, os níveis de corte de pressão arterial sistêmica, abaixo dos quais consideramos pressão arterial ótima, em mmHg, sistólica e diastólica respectivamente, são:

- a 130/80
- b 130/90
- c 125/85
- d 120/80
- e 125/75

**16.** Escolha a opção que contém somente betabloqueadores indicados para o tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida:

- a atenolol e carvedilol
- b carvedilol e nebivolol
- c nebivolol e succinato de metoprolol
- d succinato de metoprolol e bisoprolol
- e atenolol e pindolol

**17.** Baseando-se nas afirmativas a seguir sobre o tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, é correto afirmar que:

- I. A associação sacubril/valsartan se mostrou clinicamente superior aos inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (iECA).
- II. A associação sacubril/valsartan está indicada em substituição aos iECA em caso de persistência dos sintomas de insuficiência cardíaca (IC).
- III. A associação sacubril/valsartan está indicada em associação aos iECA em caso de persistência dos sintomas de insuficiência cardíaca (IC).

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a III
- b II
- c I e III
- d I e II
- e I, II e III

**18.** Baseando-se nas afirmativas a seguir sobre o tratamento da insuficiência cardíaca, é correto afirmar que:

- I. Hidralazina e nitrato tem indicação classe I para pacientes autodeclarados afrodescentes com insuficiência cardíaca sintomática, independente da fração de ejeção.
- II. Hidralazina e nitrato na disfunção de VE (FEVE < 40%) têm indicação classe I para pacientes de qualquer raça com insuficiência cardíaca sintomática em associação aos inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECAS) ou aos bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA).
- III. Hidralazina e nitrato na disfunção de VE (FEVE < 40%) tem indicação classe I para pacientes de qualquer raça com insuficiência cardíaca sintomática em caso de contraindicação aos inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECAS) e bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA).

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) III
- b) II
- c) I e III
- d) I e II
- e) I, II e III

**19.** Baseando-se nas afirmativas a seguir sobre o papel do biomarcadores no diagnóstico do infarto agudo do miocárdio, é correto afirmar que:

- I. Na suspeita de infarto agudo do miocárdio, quando se utiliza biomarcador de necrose para apoio diagnóstico, a troponina e a KC-MB massa se complementam e estão indicadas para dosagem concomitante.
- II. Na suspeita de infarto agudo do miocárdio, quando se utiliza biomarcador de necrose para apoio diagnóstico, a troponina, se disponível, está indicada isoladamente.
- III. Na suspeita de infarto agudo do miocárdio, quando se utiliza biomarcador de necrose para apoio diagnóstico, a troponina, a CK-MB massa e a mioglobina se complementam e estão indicadas para dosagem concomitante.

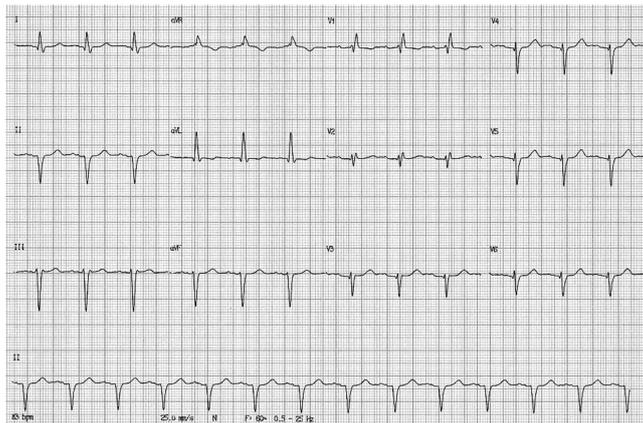
A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) III
- b) II
- c) I e III
- d) I e II
- e) I, II e III

**20.** A rotina diagnóstica e critérios de internação nas síndromes coronarianas agudas devem se basear nas variáveis a seguir, **EXCETO**:

- a) história clínica
- b) exame físico
- c) ECG de 12 derivações
- d) dosagem de troponina
- e) fração de ejeção do ventrículo esquerdo

**21.** Observe o eletrocardiograma abaixo (reprodução de ECG de superfície velocidade de 25mm/s) e as afirmativas para assinalar a alternativa correta.



- I. O traçado demonstra distúrbio da condução intraventricular pelo ramo direito.
- II. O traçado demonstra desvio da projeção do eixo SAQRS para esquerda além de  $-30^\circ$ .
- III. O traçado demonstra bloqueio divisional anterossuperior esquerdo.

Após análise, a alternativa que apresenta todas as afirmativas corretas é:

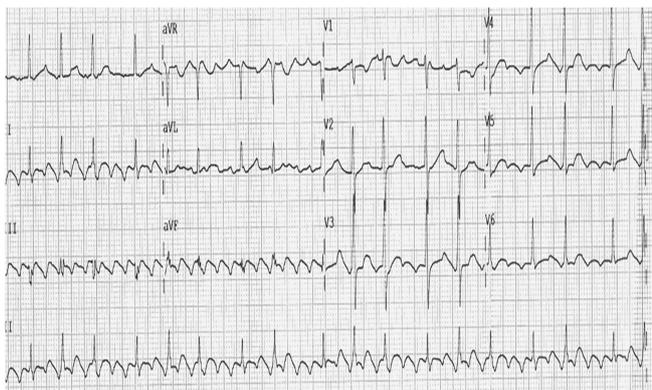
- a) I
- b) I e II
- c) I e III
- d) II
- e) I, II e III

22. O eletrocardiograma (reprodução de ECG de superfície em velocidade de 25mm/s) a seguir demonstra:



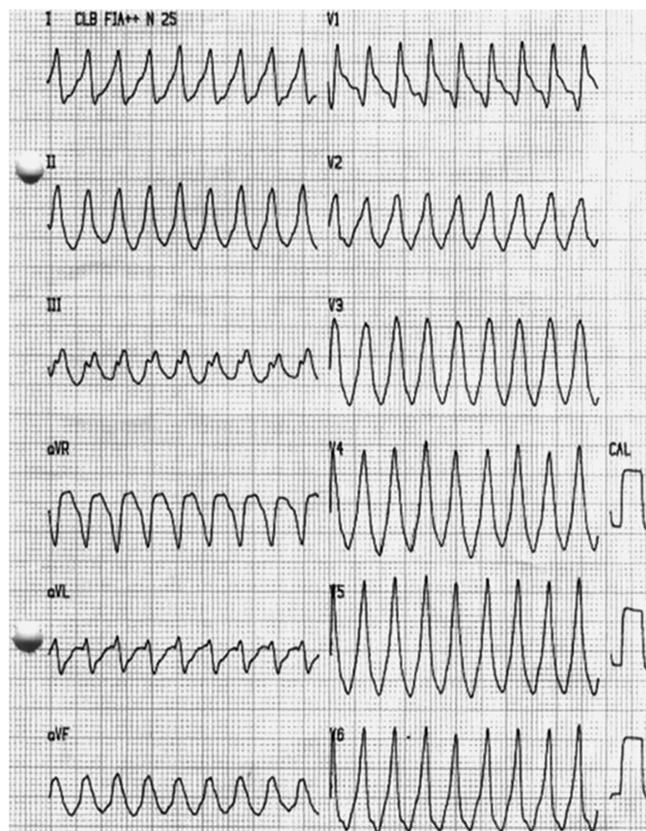
- a) preexcitação ventricular
- b) bloqueio de ramo direito
- c) bloqueio de ramo esquerdo
- d) Bloqueio atrioventricular
- e) sobrecarga atrial esquerda

23. O eletrocardiograma (reprodução de ECG de superfície em velocidade de 25mm/s) a seguir demonstra:



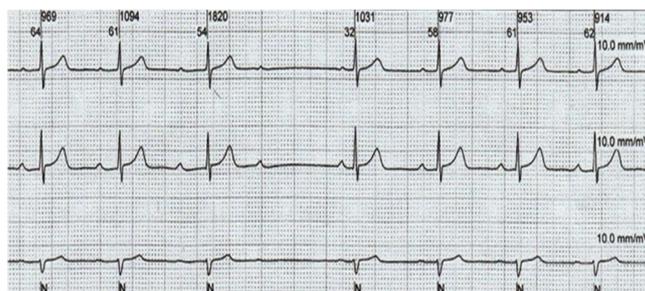
- a) fibrilação atrial.
- b) flutter atrial.
- c) taquicardia supraventricular mediada por via acessória.
- d) taquicardia supraventricular mediada por reentrada nodal.
- e) taquicardia ventricular.

24. O eletrocardiograma (reprodução de ECG de superfície em velocidade de 25mm/s) a seguir demonstra:



- a) fibrilação atrial.
- b) flutter atrial.
- c) taquicardia supraventricular mediada por via acessória.
- d) taquicardia supraventricular mediada por reentrada nodal.
- e) taquicardia ventricular.

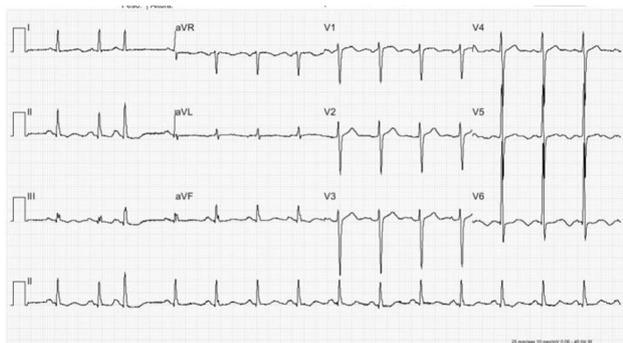
25. A reprodução de trecho do traçado em velocidade de 25 mm/s, de eletrocardiografia dinâmica (holter de 24 horas) a seguir demonstra:



- a) Bloqueio atrioventricular de 1º grau.
- b) Bradicardia sinusal.
- c) Bloqueio atrioventricular 2:1.
- d) Bloqueio atrioventricular de alto grau.
- e) Bloqueio atrioventricular que em geral tem origem nodal (pré-hissiana).

Leia o caso clínico abaixo para responder à Questão 26.

Paciente sexo feminino, 65 anos, vem ao consultório relatando que seu tratamento anti-hipertensivo não está mais surtindo efeito. Relata ter procurado atendimento em UPA 3 vezes, com níveis pressóricos 160 x 80 mmHg, assintomática, onde foi realizada medição intravenosa todas as vezes, que a fez urinar bastante. Faz uso de atenolol 25mg 1x dia há 10 anos e captopril 25mg de 12/12h. Apresenta IMC 33, PA 150 x 80 mmHg, sem antecedentes familiares de doenças cardiovasculares. Como exame trouxe o ECG a baixo:



Fonte: acervo pessoal

26. Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão de 2020 é correto afirmar que:

- a) por tratar-se de paciente de baixo risco, a conduta mais adequada será trocar as medicações em uso por um Bloqueador do Receptor de Angiotensina II de alta potência.
- b) por tratar-se de paciente de Risco Intermediário, a conduta mais adequada seria a de aumentar a dose do atenolol para 2x dia e captopril para 3x dia.
- c) trata-se de Paciente Alto risco, a conduta adequada será trocar o tratamento para uma associação entre IECA em dose máxima e Bloqueador do Canal de Cálcio.
- d) trata-se de paciente de alto risco, por ser mulher irá se beneficiar do aumento da dose do atenolol para 2x dia e a troca do captopril por um BRA.
- e) trata-se de paciente de risco moderado, onde a conduta mais adequada será manter as medicações atuais e acrescentar a 3ª droga, tiazídico.

27. O(s) exame(s) que, obrigatoriamente, devem ser solicitados para seguimento é/são:

- a) Ecocardiograma.
- b) Urina EAS, Potássio plasmático, Sódio Plasmático, Creatinina plasmática, Glicemia de jejum, Estimativa de Ritmo de filtração glomerular, Colesterol Total, HDLc, LDLc Triglicerídeos plasmáticos, Ácido Úrico Plasmático.
- c) Doppler de carótidas.
- d) Ecocardiograma, Doppler carótidas, e VOP.
- e) RX de Tórax, microalbuminúria e doppler de carótidas.

28. Sobre hipertensão arterial secundária, é correto afirmar que:

- I. A apneia do sono em hipertensos resistentes, a prevalência revela-se > 60% e é, provavelmente, a causa mais comumente associada à HA secundária.
- II. Entre as doenças da tireoide, a HA sistólica é comum, mas a prevalência da HA depende da gravidade do hipertireoidismo, enquanto o Hipotireoidismo tende a causar episódios de hipotensão.
- III. No feocromocitoma, os sintomas são a tríade clássica de cefaleia, sudorese profusa e palpitações com Hipertensão resistente ou paroxística (50%; picos hipertensivos alternados com momentos de PA normal). A concomitância da tríade clássica com crise hipertensiva tem sensibilidade de 89%.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I
- b) II
- c) III
- d) I e III
- e) I, II e III

**29.** Um paciente do sexo masculino 60 anos procura atendimento médico em uma unidade básica de saúde. Tem diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há 5 anos. Ao ECG apresenta sinais de sobrecarga ventricular esquerda. Relata ter parado a medicação há 2 anos pois não queria ficar dependente da "medicação". No momento da consulta sua PA é de 150/110 mmHg. O paciente está sem queixas. Dentre os achados de exame físico, abaixo, é mais provável de você encontrar no momento da avaliação:

- a) presença de crepitações finas em bases pulmonares.
- b) presença de B3 e ictus cordis propulsivo deslocado lateralmente.
- c) presença de B4 e sopro sistólico em foco mitral.
- d) B4 e ictus cordis propulsivo deslocado lateralmente.
- e) papiledema em retina e "dança das artérias".

**30.** Com base no posicionamento Luso-Brasileiro de Emergências Hipertensivas considere as afirmativas abaixo e classifique-as em Verdadeiras ou Falsas.

- ( ) As recomendações gerais para tratamento das emergências hipertensivas são: redução da PA  $\leq$  25% na primeira hora. Redução da PA 160/100 a 110 mmHg em 2 a 6h. Meta de PA 135/85 mmHg 24 a 48h.
- ( ) Embora a definição clássica das duas apresentações da CH a descreva com valores acima dos 180/120 mmHg, atualmente o maior consenso se estabelece no conceito de que mais do que os valores é o dano ou o risco iminente de acometimento de órgãos-alvo que distingue a Emergência Hipertensiva da Urgência Hipertensiva.
- ( ) A encefalopatia hipertensiva ocorre apenas em doentes crônicos, e no momento em que aparecem as manifestações neurológicas, geralmente, esta Pressão Arterial Diastólica encontra-se acima de 125 mmHg.
- ( ) No AVC isquêmico, são recomendadas reduções cuidadosas da PA na ordem de 10 a 15% ao fim da primeira hora após instituição da terapêutica e apenas se PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg.

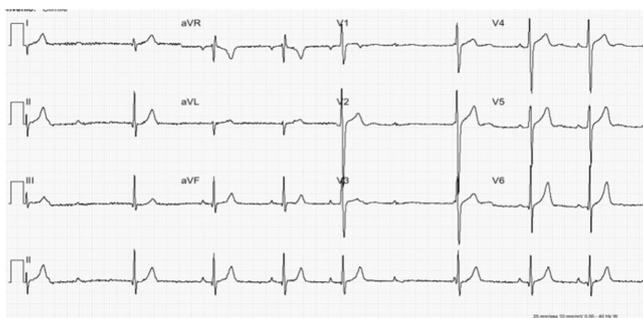
A alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo é:

- a) V - V - F - V
- b) V - F - V - V
- c) F - F - V - F
- d) F - V - F - F
- e) V - V - V - F

**31.** Paciente do sexo masculino, 67 anos, dá entrada na urgência cardiológica com quadro de taquicardia ventricular monomórfica sustentada, PA 80 x 50mmHg, SATO<sub>2</sub> 90%. Opta-se por cardioversão elétrica sincronizada. Observa-se no ECG de base intervalo QT aumentado, a droga de escolha para infusão venosa objetivando manutenção do ritmo é:

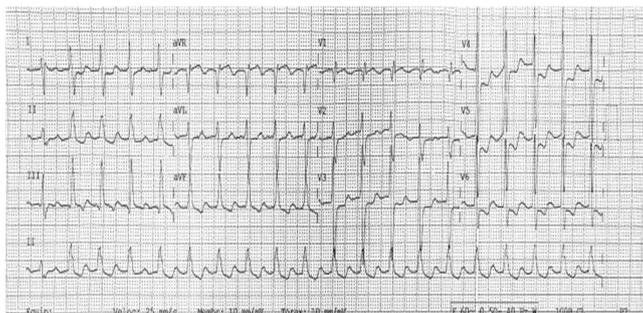
- a) Lidocaína
- b) Procainamida
- c) Amiodarona
- d) Propafenona
- e) Sotalolol.

**32.** Paciente 60 anos, diabético e hipertenso, procura a urgência cardiológica por quadro repetido de síncope, apresenta o ECG abaixo. Com base no quadro clínico qual a conduta mais adequada, nesse caso, é:



- a) Atropina 0,5mg a cada 3 minutos.
- b) Dobutamina 10mcg/kg/min.
- c) Atropina 1mg a cada 2 minutos.
- d) Cateterismo coronariano de emergência.
- e) Marcapasso provisório transvenoso.

**33.** Em uma UPA dá entrada um paciente de 20 anos sem comorbidades, com quadro de palpitações e dor precordial, PA 100 x 60 mmHg. Apresentando o ECG abaixo:



A conduta mais adequada, nesse caso, é:

- a) Cardioversão elétrica sincronizada.
- b) Desfibrilação.
- c) Amiodarona venosa em bolus.
- d) Adenosina 6mg.
- e) Manobra de valsalva modificada.

**34.** Em relação ao diagnóstico, a prevenção e ao tratamento da febre reumática, considere as afirmativas abaixo:

- I. A penicilina G benzatina intramuscular, a penicilina V potássica oral e a amoxicilina oral são os agentes antimicrobianos recomendados para o tratamento da faringite por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A em pessoas sem alergia à penicilina.
- II. A penicilina potencialmente previne ataques primários de FRA mesmo quando iniciada nove dias após o início da infecção. Não possui resistência antimicrobiana documentada no uso contínuo.
- III. Além da incorporação da cardite subclínica detectada à ecocardiografia, passou-se a estratificar os pacientes de acordo com o risco populacional para Cardiopatia Reumática.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I e III
- b) II e III
- c) I, II e III
- d) I
- e) II

**35.** Segundo a Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular de 2019, as metas lipídicas são:

- a) para pacientes de muito alto risco a meta de não HDL deve ser  $< 80\text{mg/dL}$ .
- b) nos pacientes de alto risco a meta de LDL deve ser menor que  $100\text{ mg/dL}$ .
- c) nos pacientes de risco intermediário, sem hipolipemiantes, objetiva-se uma redução de  $<30\%$ .
- d) nos pacientes de Baixo risco não há preocupação com meta de LDL.
- e) nos pacientes de muito alto risco a meta é  $\text{LDLc} > 50\text{mg/dL}$ .

**36.** O critério de maior probabilidade para o diagnóstico de dislipidemia familiar é:

- a) análise do DNA sem Presença de mutação funcional do gene do receptor de LDL, da apoB100 ou da PCSK9.
- b) parente de 1º grau portador de doença vascular/coronária prematura (homem  $< 55$  anos, mulher  $< 60$  anos) ou parente adulto de 1º ou 2º grau com  $\text{CT} > 290\text{ mg/dL}$ .
- c) paciente portador de doença arterial coronária prematura (homem  $< 55$  anos, mulher  $< 60$  anos).
- d) paciente portador de doença arterial cerebral ou periférica prematura (homem  $< 55$  anos, mulher  $< 60$  anos).
- e) xantoma tendinoso e Arco corneano  $< 45$  anos.

**37.** Em relação à prevenção primária é correto afirmar que:

- a) todo paciente hipertenso e diabético, deve fazer uso de AAS  $100\text{mg}$ , por ser paciente de alto risco.
- b) os que foram obesos e perderam peso devem fazer 30 minutos de atividades físicas para evitar recuperar o peso perdido.
- c) de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma dieta inadequada é o principal fator de risco para mortalidade precoce ao redor do mundo.
- d) suplementar vitamina D possui classe IIa de recomendação para prevenção cardiovascular em pacientes com deficiência dessa vitamina.
- e) fazer refeições em horários diferentes ao longo do dia todos os dias, procurando estabelecer um padrão alimentar saudável.

**38.** Em uma unidade de atendimento ambulatorial um paciente de 40 anos e sexo masculino, em atendimento tem como queixa principal dispneia aos moderados esforços, relata que os sintomas eram leves há 6 meses, mas apresentaram piora nos últimos 30 dias, com palpitações, tosse persistente e dois episódios de escarro com sangue. Ao exame físico geral paciente apresenta regular estado geral, por estar emagrecido (perda ponderal de  $5\text{kg}$  em 30 dias), foi observado na ausculta pulmonar, estertores crepitantes em base de ambos os hemitórax, com discretos sibilos, na ausculta cardíaca presença ritmo regular, de B1 hiperfonética com estalido de abertura precoce em foco mitral, e sopro diastólico em ruflar. De acordo com a atualização das diretrizes brasileira de valvopatias de 2020, a alternativa correta é:

- a) o principal exame a ser solicitado é o RX de tórax e pesquisa de BAAR no escarro.
- b) deve ser Solicitado Holter de 24h, ecocardiograma, benzetacil a cada 21 dias, diurético e retorno com 3 meses.
- c) os achados de ecocardiograma que corroboram a suspeita diagnóstica são área valvar mitral menor que  $1,5\text{cm}^2$ , PSAP em repouso maior ou igual a  $50\text{mmHg}$ , e o tratamento é cirúrgico, está contraindicado benzetacil a cada 21 dias pois já tem 40 anos.
- d) os achados ecocardiográficos compatíveis com o quadro clínico são Gradiente sistólico médio  $\text{VE/AO} > 40\text{mmHg}$ , com área de valva aórtica menor que  $1\text{ cm}^2$ , e PSAP  $> 50\text{mmHg}$  em repouso.
- e) ecocardiograma com gradiente diastólico médio  $\text{AE/VE} > \text{ou} = \text{a } 10\text{mmHg}$ , Wilkin block=6, com aparelho subvalvar=2, sem insuficiência e sem trombo em AE, dão fundamento para valvoplastia por balão.

**39.** Ainda de acordo com a atualização das diretrizes brasileiras de valvopatias de 2020, analise as afirmativas abaixo.

- I. São complicadores de Insuficiência mitral importante: FEVE  $\leq$  60% ou queda da FEVE durante a evolução (dentro da normalidade), Remodelamento progressivo (DSVE  $\geq$  40 mm), PSAP  $\geq$  50 mmHg repouso ou  $\geq$  60 mmHg ao exercício.
- II. Na Insuficiência mitral primária Importante assintomática e sem complicadores, está indicado o tratamento por clipagem percutânea.
- III. A Disposição inadequada dos músculos papilares ou das cúspides valvares ("em tenda", ou com tracionamento apical – tethering – e/ou por falha na coaptação das cúspides), fala a favor de origem isquêmica.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I e III
- b) II e III
- c) I, II e III
- d) I
- e) II

**40.** Em paciente com estenose aórtica severa a escolha entre cirurgia e TAVI tem sido um dilema frequente. Nesse contexto de acordo com a atualização das diretrizes brasileiras de valvopatias de 2020, assinale alternativa correta.

- a) A escolha do procedimento depende apenas da expertise do cirurgião.
- b) Em paciente com menos de 70 anos, baixo risco cirúrgico a cirurgia é classe IA e a TAVI classe IIbC.
- c) Em paciente com mais de 70 anos, baixo risco cirúrgico a cirurgia é classe IA e a TAVI classe IIbC.
- d) Em paciente com menos de 70 anos, baixo risco cirúrgico a cirurgia é classe IA e a TAVI classe IA.
- e) Em paciente com intermediário risco cirúrgico a cirurgia é classe IA e a TAVI classe IIaA.

**41.** De acordo com as diretrizes brasileiras mais atuais, é correto afirmar que:

- a) infarto do tipo 1 é o IAM espontâneo relacionado com isquemia miocárdica secundária a evento coronariano como ruptura ou erosão de placa aterosclerótica coronariana.
- b) infarto tipo 2 é o IAM secundário à isquemia por desequilíbrio de oferta/ demanda de oxigênio pelo miocárdio, relacionado diretamente à aterotrombose coronariana.
- c) infarto tipo 3, é o IAM, em documentação angiográfica com DAC obstrutiva (ateromatose com estenose  $>$  50%) e nenhuma causa clinicamente evidente não coronariana que justifique a apresentação aguda.
- d) o grande grupo de pacientes que se apresentam com elevação de troponina na ausência de obstrução coronariana e manifestações clínicas de infarto é classificado como portador de TINOCA (do inglês, troponin-positive nonobstructive coronary arteries), excluindo-se aqueles com lesão de etiologia isquêmica (MINOCA) e as demais etiologias descritas de lesão miocárdica não isquêmica.
- e) o prognóstico da MINOCA é extremamente favorável e independente do mecanismo subjacente e de fatores de risco associados, tais como idade e sexo feminino.

**42.** Em uma unidade de referência em cardiologia dá entrada um paciente do sexo feminino, 70 anos, hipertensa e diabética, sem controle clínico adequado. Queixando-se de dor precordial em aperto, com uma duração de 1h, irradiação para mandíbula, não apresentava alterações eletrocardiográficas, mas ao ser as enzimas notou-se elevação de troponina ultrasensível com uma curva maior que 50%, FC 70bpm, PA: 180 x 90mmHg. Após medidas de analgesia com morfina e nitrato venoso, a paciente mantém quadro de dor precordial. A medida mais correta em relação ao caso de acordo com as diretrizes brasileiras atuais, é:

- a) realizar Angiotomografia Pulmonar imediatamente pois como não houve melhora clínica deve tratar-se de embolia pulmonar.
- b) por tratar-se de provável caso de insuficiência cardíaca aguda descompensada, perfil C, deve iniciar dobutamina.
- c) as derivações V3R-V4R, V7-V9 devem ser realizadas.
- d) por tratar-se de síndrome coronariana sem supra, paciente deve obrigatoriamente aguardar a cineangiocoronariografia para 48h após a admissão hospitalar.
- e) como paciente apresenta instabilidade hemodinâmica a conduta mais adequada será realizar a trombólise química.

**43.** Quanto a indicação de Teste ergométrico na Urgência coronariana é correto afirmar que:

- a** pacientes com dor torácica no setor de emergência, identificados como de risco intermediário ou alto, com ECG basal e biomarcadores (necrose) sem alterações.
- b** devem ser afastadas as situações de SCA de moderado a alto risco e alto risco, doenças agudas da aorta, tromboembolismo pulmonar, miocardite e pericardite, pois são contra-indicações absolutas para realizar esse exame.
- c** são recomendações de TE na urgência, ECG basal e biomarcadores (necrose) sem alterações, sintomas leves (dor precordial ou dispneia), Estabilidade hemodinâmica e condições adequadas para o esforço físico.
- d** por tratar-se de exame ambulatorial, está contra-indicada a realização em pacientes em urgência.
- e** se troponina negativa, paciente deve realizar teste de esforço, com caminhada, se possível também cintilografia.

Leia o caso clínico abaixo para responder as Questões 44 e 45.

Em um consultório médico um paciente do sexo masculino, 60 anos, branco, vem a consulta 120 dias após internação hospitalar. Em seu sumário de alta consta que esteve internado para revascularização do miocárdio por infarto agudo do miocárdio com supra de ST, através de angioplastia coronariana com stent farmacológico. No momento encontra-se assintomático. Tem como antecedente ser hipertenso e diabético, em uso no momento de enalapril 10mg dia, espironolactona 25mg, e carvedilol 3,125mg 12/12h, anlodipino 10mg, AAS 100mg, Ticagrelor 90mg 12/12h e rosuvastatina 40mg, insulino-terapia para diabete. Entretanto, sua principal queixa é a de conseguir manter o tratamento com ticagrelor por questões financeiras.

**44.** Nesse caso, a alternativa que pode ser oferecida ao paciente é:

- a** trocar o ticagrelor pelo plasugrel, fazendo dose de ataque de 600mg após 24h da última dose do ticagrelor.
- b** trocar o ticagrelor pelo clopidogrel, fazendo sem dose de ataque, iniciando após 24h da última dose do ticagrelor.
- c** trocar o ticagrelor pelo clopidogrel, fazendo dose de ataque de 600mg após 24h da última dose do ticagrelor.
- d** trocar o ticagrelor pelo clopidogrel, fazendo dose de ataque de 300mg após 24h da última dose do ticagrelor.
- e** trocar o ticagrelor pelo plasugrel, fazendo dose de ataque de 60mg imediatamente após a última dose do ticagrelor.

**45.** O paciente do caso clínico anterior seguindo acompanhamento rotineiro pós IAM, retorna em consulta 13 meses após infarto. Relata episódios de dispneia aos esforços moderados, sem queixas de edemas ou dispneia paroxística noturna. Em uso de enalapril 10mg dia, e carvedilol 12,5mg 12/12h, anlodipino 10mg, AAS 100mg, clopidogrel 75mg e rosuvastatina 20mg: Trás exames de controle com Hb 12 mg/dL, LDL: 47 mg/dL, glicemia de Jejum: 100 mg/dL, Ecocardiograma com Fração de ejeção 40%, Eletrocardiograma com ritmo sinusal, FC 89 bpm. Exame físico bom estado geral, Bulhas cardíacas normofonéticas, em dois tempos regulares, FC 80 bpm, ausculta pulmonar sem estertores, membros inferiores sem sinais de edema. Pulsos presentes e regulares. A melhor conduta nesse caso, é:

- a** suspender clopidogrel, pois já há mais de 12 meses após o evento agudo coronariano, prescrever furosemida e espironolactona para a dispneia.
- b** manter clopidogrel por 30 meses, aumentar a dose do carvedilol e reintroduzir espironolactona.
- c** suspender clopidogrel, reduzir a dose do carvedilol, pois trata-se de uma insuficiência cardíaca descompensada e introduzir um inibidor de SGLT2.
- d** iniciar nitrato oral, reintroduzir espironolactona, iniciar furosemida.
- e** solicitar nova cineangiocoronariografia para avaliação do stent coronariano.

**46.** Em sua terceira consulta em 01 mês, uma paciente de 70 anos, diabética controlada com dieta e metformina, e hipertensão arterial sistêmica usando enalapril 10mg 2x dia, furosemida 80mg dia. Ainda queixa-se de dispnéia aos moderados esforços e episódios de despertar noturno por dispneia. Traz exames laboratoriais: hemoglobina glicada 7,4%, creatinina de 1,2mg/dL, Clearance 45,75mL/min/1,73m<sup>2</sup>, glicemia de jejum de 115mg/dL; hemograma normal. Fez ecodoppler cardiograma que mostrou discreta lesão degenerativa valvar da aorta e fração de ejeção de 36%, e um ECG com ritmo sinusal, baixa progressão de R em parede anterior. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, na ausculta pulmonar crepitações discretas nas bases pulmonares, presença de terceira bulha. Paciente apresenta discreto edema de mmiiss. A pressão arterial era de 150 x 94mmHg, FC 88bpm. A melhor conduta, e sua base racional, deverá ser:

- a** solicitar Rx Torax, dosar o peptídeo natriurético, diferenciar o diagnóstico da dispnéia e introduzir betabloqueador.
- b** introduzir betabloqueadores e aumentar o diurético, associando hidroclorotiazida.
- c** realizar cintilografia pulmonar inalação/perfusão para diagnosticar tromboembolismo pulmonar crônico.
- d** trocar enalapril, por hidralazina + nitrato, devido a lesão renal apresentada.
- e** aumentar da dose do enalapril, Introduzir ISGLT2 e Espironolactona.

**47.** Em relação a insuficiência cardíaca, analise as afirmativas abaixo e classifique-as em Verdadeiras ou Falsas.

- ( ) No paciente com dispneia ou fadiga inexplicada, a avaliação da probabilidade pré-teste para insuficiência cardíaca (IC) deve ser efetuada com dados clínicos, eletrocardiográficos, ecocardiográfico e laboratorial.
- ( ) Com relação aos escores H2FPEF quanto HFA-PEFF, nesses modelos, os pacientes considerados de alta e baixa probabilidade são considerados como tendo ou não insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEp), respectivamente.
- ( ) Os ensaios clínicos que avaliaram o uso de inibidores da enzima de conversão de angiotensina II (IECA), mostraram redução de mortalidade em qualquer apresentação de insuficiência cardíaca.
- ( ) Pacientes com fração de ejeção FEVE 41-49% não apresentam benefício com uso de IECA, BRA ou Betabloqueador.

Alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo, é:

- a** V - V - F - V
- b** F - V - F - V
- c** F - V - F - F
- d** V - V - F - F
- e** V - V - V - V

**48.** Em relação ao manejo adequado da Insuficiência cardíaca assinala a alternativa correta.

- a** Clique mitral e edema de membros inferiores são sinais propedêuticos de grande sensibilidade para diagnóstico.
- b** PAS  $\geq$  100 mmHg (ou normal para o paciente), CI  $\geq$  2,5L/min/m<sup>2</sup>, PVC < 10mmHg, SvO<sub>2</sub>  $\geq$  65% são descritores do estagio B do choque cardiogênico.
- c** Deve-se proceder a suspensão de IECA, BRA ou INRA em indivíduos com IC crônica que desenvolvam COVID-19, na ausência de hipotensão ou sinais de comprometimento hemodinâmico.
- d** Valores de BNP ou NT-proBNP persistentemente elevados e dados mostrando disfunção diastólica grave ou anormalidades estruturais do VE, de acordo com critérios de definição de ICFEp ou ICFElr, fazem parte dos critérios para definição de IC avançada.
- e** Reposição intravenosa de carboximaltose férrica em pacientes com ICFEr e deficiência de ferro (nível ferritina sérica maior que 100 ng/mL ou entre 200-499 ng/mL com saturação de transferrina menor que 50%), mesmo na ausência de anemia para aumentar capacidade para o exercício, qualidade de vida e reduzir a hospitalização.

**49.** Sobre drogas utilizadas para o manejo de insuficiência cardíaca, é correto afirmar que:

- I. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina têm efeito vasodilatador sistêmico e efeitos intramiocárdicos que resultam em remodelamento.
- II. Diuréticos de alça reduzem mortalidade a longo prazo, mas não reduzem internações.
- III. Espironolactona deve ser introduzida em paciente com NIHA II em diante.
- IV. Ivabradina deve ser introduzida e pacientes com IC sintomática, dose alvo de betabloqueador, FC maior que 70bpm e ritmo de fibrilação atrial.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a I e II
- b I e III
- c II e III
- d I, II e III
- e II, III e IV

**50.** Com relação ao tratamento da insuficiência cardíaca, analise as afirmativas abaixo e classifique-as em Verdadeiras ou Falsas.

- ( ) A amiloidose por se tratar de uma forma de cardiomiopatia restritiva infiltrativa, o padrão típico é espessamento da parede ventricular, da disfunção diastólica e dos distúrbios de condução.
- ( ) A redução de peso nos obesos, controle da HAS, DM e do etilismo e correção dos fatores de risco, como tabagismo, sedentarismo constituem objetivos importantes no tratamento de IC.
- ( ) As metanálises envolvendo estudos observacionais e randomizados de monitoramento e suporte à distância invasivo ou não invasivo têm mostrado impacto positivo no prognóstico de pacientes com IC.
- ( ) Indicação de Clipagem percutânea da valva mitral são: Sintomas refratários (classe funcional  $\geq$  II) ao tratamento clínico convencional e após avaliação do Heart Team.

A alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo é:

- a V - V - F - V
- b F - V - F - V
- c F - V - F - F
- d V - V - F - F
- e V - V - V - V



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**  
**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2022**  
**Grupo J Pré-Requisito: Cardiologia**  
Especialidade: Hemodinâmica.

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	