

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2024/2025


**Enare**  
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

# ÁREA DE ATUAÇÃO - ECOCARDIOGRAFIA (ATECOCART01)


PROVA OBJETIVA

TIPO 1


 **SUA PROVA**

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:


- uma folha de respostas para a marcação das alternativas

 **TEMPO**

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**

 **NÃO SERÁ PERMITIDO**

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões

 **INFORMAÇÕES GERAIS**

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

**Boa sorte!**



## Cardiologia

1

Homem de 25 anos apresenta quadro de dor torácica de intensidade 9+/10+ tipo rasgando o peito, indo para o dorso, sendo de intensidade máxima no seu início. Apresentava no exame físico um palato arqueado, envergadura maior que altura e um sopro diastólico decrescente no segundo espaço intercostal esquerdo de 2+/6+. O ECG apresentava ritmo sinusal normal.

A etiologia da dor precordial relatada está associada a:

- (A) dissecção aórtica;
- (B) pericardite aguda;
- (C) embolia pulmonar;
- (D) aneurisma do seio de Valsava;
- (E) infarto sem supradesnivelamento do segmento ST.

2

Mulher com 60 anos, diabética, hipertensa e portadora de hipercolesterolemia, abandonou seu tratamento farmacológico durante a pandemia do covid-19. Apresentou quadro súbito de perda de visão do olho esquerdo e disartria; o quadro durou 15 minutos e foi associado a forte palpitação. Na admissão no setor de emergência, apresentava pressão arterial de 158 x 98 mmHg e pulso radial de 120 bpm, irregular. Na ausculta cardíaca, ritmo cardíaco estava irregular, com frequência cardíaca de 140 bpm e ausência de sopros. No ECG, ritmo irregular – 140 bpm, ausência de onda P e com QRS de voltagens variáveis e eixo e duração normais. Repolarização estava normal. A tomografia computadorizada do cérebro foi sem anormalidades.

Em relação ao quadro de acidente vascular cerebral isquêmico transitório, a possível etiologia está associada a:

- (A) vasculopatia;
- (B) fibrilação atrial;
- (C) diabetes melito;
- (D) flutter ventricular;
- (E) encefalopatia hipertensiva.

3

Um homem de 23 anos foi admitido na ambulância do SAMU após quadro de parada cardíaca durante uma corrida de uma maratona. O paciente esteve gripado uma semana antes da corrida. Foi atendido em fibrilação ventricular e cardiovertido com sucesso. No ECG, ritmo sinusal normal. No ecocardiograma (POCUS), disfunção global grave do ventrículo esquerdo.

A principal hipótese diagnóstica foi de:

- (A) miocardite;
- (B) síndrome de Brugada;
- (C) miocardiopatia restritiva;
- (D) miocardiopatia hipertrófica;
- (E) miocardiopatia não compactada do ventrículo esquerdo.

4

Mulher de 42 anos com queixa de dor torácica e síncope aos esforços. Exame físico: paciente obesa com pressão arterial 120 x 80 mmHg, pulso arterial 70 bpm, com morfologia digitiforme. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular com 3 tempos, bulha protodiastólica e sopro de 3+/6+, na borda esternal esquerda, que aumentava na posição ortostática e reduzia quando acocorada.

Os achados clínicos são compatíveis com a seguinte enfermidade cardiovascular:

- (A) prolapso valvar mitral;
- (B) estenose valvar pulmonar;
- (C) estenose supravalvar aórtica;
- (D) miocardiopatia hipertrófica obstrutiva;
- (E) endomiocardiofibrose biventricular.

5

Paciente de 72 anos admitida na unidade cardiointensiva com dor torácica súbita durante o velório do filho e com ECG mostrando supradesnivelamento do segmento ST, nas derivações V1 até V6, de 4 mm e intervalo QT prolongado. Foi realizada coronariografia, sem evidência de lesões obstrutivas. As dosagens da troponina T e do peptídeo natriurético cerebral estavam elevadas. Foi também realizada ressonância cardíaca, sem achados de edema miocárdio ou realce tardio (estudo com gadolínio) e acinesia da região do ápice do ventrículo esquerdo.

A equipe multidisciplinar cardiovascular esteve reunida e definiu como diagnóstico mais provável:

- (A) perimiocardite;
- (B) miocardite aguda;
- (C) miocardiopatia adrenérgica;
- (D) infarto do miocárdio embólico;
- (E) miocardiopatia hipertrófica apical.

6

Um homem de 75 anos foi encaminhado a atendimento especializado pelo médico de família com história de falta de ar aos pequenos esforços e inchaço nas pernas. Portador de DPOC e hipertensão arterial, usava verapamil e enalapril, porém, no momento, ficou hipotenso, tendo que suspender os medicamentos. Exame físico: pressão venosa elevada a 45 graus e pressão arterial 90 X 70 mmHg. Ausculta cardíaca: bulhas hipofonéticas. Ausculta respiratória: estertores finos bibasais. ECG: ritmo sinusal. Eixo do QRS: 30 graus e com amplitude de 4 mm no plano frontal e de 7 mm no plano horizontal. Presença de área inativa V1 até V4. Repolarização ventricular normal. Ecocardiograma: hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo e fração de ejeção global e segmentar normais. BNP elevado. Creatinina plasmática: 1,1 mg%; glicose: 100 mg%.

O cardiologista confirmou o diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e suspeitou corretamente da seguinte etiologia:

- (A) doença de Fabry;
- (B) hemocromatose;
- (C) doença coronária;
- (D) amiloidose cardíaca;
- (E) pericardite constrictiva.

**7**

Mulher de 60 anos, hipertensa, obesa e diabética, com diagnóstico de câncer da mama e indicação de quimioterapia com doxorubicina (antraciclínico).

A monitoração cardiovascular, para identificar possível cardiotoxicidade, deverá ser direcionada para:

- (A) fisiologia coronária;
- (B) fisiologia pericárdica;
- (C) função valvar mitral e/ou aórtica;
- (D) dispersão da repolarização ventricular;
- (E) função sistólica ventricular esquerda.

**8**

Uma mulher de 22 anos procurou o reumatologista com quadro articular e recebeu diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico, estando em tratamento com hidroxiquina. Iniciou falta de ar aos esforços e inchaço nas pernas, apresentando pressão arterial de 80 x 60 mmHg, frequência cardíaca de 105 bpm morfologia pulso alternante e de pequena amplitude. Pressão venosa jugular elevada. Ausculta cardíaca: bulhas hipofonéticas com ritmo tríplici, bulha protodiastólica audível na ponta. Ausculta pulmonar com presença de estertores bibasais. ECG: ritmo sinusal taquicárdico. Bloqueio do ramo esquerdo do terceiro grau. Ecodopplercardiograma com aumento das câmaras esquerdas. Disfunção grave do ventrículo esquerdo com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 23%. Movimento assíncrono do septo interventricular. Derrame pericárdico moderado.

A correlação do quadro clínico ecocardiográfico sugere que a possível complicação cardiovascular dessa paciente é devido a:

- (A) miocardite viral;
- (B) miocardite séptica;
- (C) miopericardite lúpica;
- (D) cardiotoxicidade por hidroxiquina;
- (E) miocardite reumática associada ao quadro do lúpus.

**9**

Um paciente de 33 anos, admitido no SAMU, iniciou quadro de dor torácica 7+/10+, que piorava com o decúbito e com a respiração profunda. Relatou diarreia e febre há 7 dias. O exame físico estava normal. Foi realizado ECG revelando ritmo sinusal com supradesnivelamento do segmento ST de 3 mm, em DI, DII, DIII e aVL e aVF, associado com supradesnivelamento de V3 a V6 de 2,5 mm. Notou-se um infradesnivelamento do segmento ST de 2 mm, em aVR. Foram dosados o VHS-55mm e a proteína C, titulada ultrasensível elevada e troponina I normal. O ecocardiograma estava normal.

O quadro do paciente foi discutido entre o emergencista e o cardiologista por telemedicina, sendo a apresentação clínica mais provável associada a:

- (A) embolia pulmonar;
- (B) miopericardite bacteriana;
- (C) vasoespasm coronariano;
- (D) pericardite aguda presumidamente viral;
- (E) infarto agudo envolvendo tronco da artéria coronária esquerda.

**10**

Em uma paciente de 35 anos, portadora de estenose mitral reumática, foi detectada fibrilação atrial, revertida espontaneamente.

A melhor abordagem farmacológica para reduzir o risco de cardioembolismo é:

- (A) aspirina 100 mg, dose única via oral;
- (B) warfarina, ajustada pelo INR entre 2-3;
- (C) rivaroxabana 20 mg, via oral ao dia;
- (D) aspirina 100 mg e clopidogrel 75 mg, por via oral, 1 vez ao dia;
- (E) enoxaparina 1 mg/kg, por via subcutânea, a cada 12 horas, usada cronicamente.

**11**

Uma mulher de 42 anos, obesa e hipertensa prévia, realizou fertilização in vitro – primeiro filho. No 8º mês, apresenta-se assintomática. Foram verificadas três medidas tensionais, com valores de 150 x 96 mmHg. Foram constatados ainda edema de membros inferiores de ++/4+, plaquetas de 120.000, TGO: 140 ui, TGP: 160 ui, creatinina: 1,1 mg%, e presença de hemácias crenadas na hematoscopia. No EAS, há presença de proteínas +++/4+.

A seguinte complicação pode estar presente:

- (A) síndrome HELLP;
- (B) glomerulopatia por IgA;
- (C) glomerulonefrite difusa aguda;
- (D) hipertensão maligna na gravidez;
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

**12**

Uma paciente apresenta hipertensão prévia e deseja engravidar. O medicamento abaixo deve ser substituído para evitar danos ao embrião:

- (A) nifedipino;
- (B) amlodipina;
- (C) hidralazina;
- (D) enalapril;
- (E) alfametildopa.

**13**

Uma paciente que desenvolveu pré-eclâmpsia deve ser acompanhada, após a gravidez, em função do maior risco de desenvolver a seguinte condição clínica, futuramente:

- (A) gota;
- (B) mioma uterino;
- (C) pericardite aguda;
- (D) hipertensão arterial;
- (E) câncer de endométrio.

**14**

A menopausa promove alterações hormonais e desordens imunoinflamatórias que geram aumento de alterações cardiovasculares. Essas, por sua vez, podem ocasionar anormalidades na função endotelial na circulação.

Nesse contexto fisiopatológico, mulheres na menopausa podem apresentar:

- (A) angina microvascular;
- (B) surgimento de microfístulas coronarianas;
- (C) formação de microaneurismas no fundo do olho;
- (D) aumento da resposta vasodilatadora ao nitrato da artéria braquial;
- (E) aumento do remodelamento positivo das placas ateroscleróticas coronarianas.

**15**

Um paciente de 37 anos apresentou quadro de dor torácica, ventilatório-dependente, com ruído cardíaco trifásico melhor audível com a compressão do diafragma e inclinado para frente, porém com ECG normal, troponina cardíaca normal e elevação do PCR-T.

A orientação terapêutica recomendada inicialmente será o uso de:

- (A) azatioprina oral;
- (B) metotrexato oral;
- (C) corticosteroide oral;
- (D) AAS e colchicina oral;
- (E) dipirona regular e colchicina oral.

**16**

Um paciente de 46 anos, com queixa de desfalecimento e sudorese profusa, foi atendido na sala de emergência. Iniciou esquema tríptico para tratamento de tuberculose pulmonar. Relatou ser hipertenso, em uso de enalapril 20 mg ao dia, via oral, há 2 anos. O exame físico observou pressão arterial de 92 x 60 mmHg, na expiração, e 70 x 50 mmHg na inspiração, pulso arterial com 102 bpm, pressão venosa jugular de 6 cm, a 45 graus. Ausculta cardíaca revelou bulhas abafadas, e a ausculta pulmonar, pulmões limpos. ECG: ritmo sinusal com variação da amplitude da onda P, do QRS e da onda T. Lactato arterial estava elevado.

A mais provável hipótese diagnóstica do quadro clínico acima é de:

- (A) choque séptico;
- (B) pulmonale agudo;
- (C) choque cardiogênico;
- (D) pericardite constritiva;
- (E) tamponamento cardíaco.

**17**

A doença renal crônica produz anormalidades no balanço do fluido corpóreo e alterações na excreção de sódio e potássio, podendo ocasionar complicações frequentes, do ponto de vista cardiovascular.

Uma dessas complicações é(são):

- (A) endomiocardiofibrose;
- (B) síndrome de Takotsubo;
- (C) morte súbita de causa elétrica;
- (D) aneurismas inflamatórios das coronárias;
- (E) displasia arritmogênica do ventrículo esquerdo.

**18**

Um paciente masculino de 77 anos vem apresentando intolerância aos esforços e relata inchaço nas pernas. Teve ruptura espontânea do bíceps há 6 meses. Exame físico: pressão arterial 90 x 60 mmHg. Pressão venosa elevada. ECG: ritmo sinusal com baixa voltagem do QRS, área inativa nas derivações de V1-V4. As dosagens dos biomarcadores cardíaco (troponina e BNP) são elevadas. Coronariografia com artérias coronárias normais. Realizado ecodoppler cardiograma, observa-se aumento de espessura concêntrica do ventrículo esquerdo e leve aumento atrial esquerdo. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo é de 65%.

Após sua avaliação, o cardiologista informa que a principal suspeita diagnóstica é de:

- (A) hemocromatose;
- (B) doença de Pompe;
- (C) amiloidose cardíaca;
- (D) miocardiopatia chagásica;
- (E) miocardiopatia hipertrófica não obstrutiva.

**19**

Um homem de 55 anos, natural da Paraíba, trabalhador rural, com queixa de desmaio e falta de ar, procura o posto de saúde para atendimento. Relata ser hipertenso e usar hidroclorotiazida. O exame físico apresenta pulso arterial de 47 bpm, no pulso venoso jugular, pressão venosa normal e presença de onda A, em "canhão". O ECG apresenta ritmo sinusal bradicárdico com PR de 0,40 ms, mas com QRS alargado com morfologia de bloqueio do ramo direito do terceiro grau. O ecocardiograma apresenta função cardíaca normal de ambos os ventrículos. Há presença de pequena área afilada com discinesia apical.

O próximo exame a ser solicitado para confirmar a etiologia do quadro clínico deve ser:

- (A) Holter de 24h;
- (B) cineangiocoronariografia;
- (C) angiotomografia coronariana;
- (D) sorologias para doença de Chagas;
- (E) ressonância cardíaca com gadolínio.

**20**

Uma mulher de 20 anos tem queixa de dor torácica anginosa aos esforços, iniciada há 2 meses. Relata dor articular nas pequenas articulações das extremidades e fenômeno de Raynaud em ambientes frios. Relata boca e olhos constantemente secos. Exame clínico: pressão arterial 150 x 100 mmHg. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco em três tempos, com bulha pré-sistólica na área tricúspide. A segunda bulha encontra-se mais hiperfonética na borda esternal direita, na altura do segundo espaço intercostal. No eletrocardiograma observa-se aumento da amplitude da onda P e um eixo elétrico a 150 graus. O paciente foi encaminhado para o reumatologista, que diagnosticou esclerose sistêmica e síndrome de Sjögren.

O quadro cardiovascular é mais provavelmente decorrente de acometimento da:

- (A) aorta torácica;
- (B) pericárdio visceral;
- (C) endocárdio valvar;
- (D) circulação arterial pulmonar;
- (E) disfunção sistólica do ventrículo esquerdo.

**21**

No tratamento da insuficiência cardíaca do portador de amiloidose cardíaca, observa-se, com frequência, a presença de:

- (A) excelente resposta a digoxina;
- (B) hipercalemia com inibidores de mineralocorticoides;
- (C) desenvolvimento de hipotensão e intolerância aos vasodilatadores;
- (D) sangramento cerebral com anticoagulantes em portadores de fibrilação atrial;
- (E) marcada resposta de remodelamento reverso com betabloqueadores.

**22**

Análise do desempenho cardiopulmonar é fundamental para avaliar o mecanismo da intolerância aos esforços, determinar a resposta terapêutica e definir o prognóstico em diferentes cenários clínicos.

O método padrão áureo é o(a):

- (A) teste dos 6 minutos;
- (B) teste ergoespirométrico;
- (C) teste do "sentar e levantar";
- (D) ecocardiograma de esforço;
- (E) cintilografia radioisotópica no esforço.

**23**

A hipercolesterolemia familiar promove risco de eventos cardiovasculares, como infarto do miocárdio, morte súbita e acidente vascular cerebral prematuros.

Nesses pacientes, que não tiveram resposta à combinação de estatina de alta potência em dose máxima com ezetimiba, para promover maior redução dos níveis do LDL-colesterol, deverá ser introduzido o seguinte medicamento(a):

- (A) niacina;
- (B) inclisiran;
- (C) colestipol;
- (D) semaglutida;
- (E) ácido ômega.

**24**

No paciente diabético, o emprego de medicamentos hipoglicemiantes deve idealmente promover a redução do risco de eventos cardiovasculares.

Os seguintes fármacos promovem esses benefícios:

- (A) acarbose e glicazida;
- (B) pioglitazona e acarbose;
- (C) pioglitazona e semaglutida;
- (D) inibidor SGLT-2 e glibenclamida;
- (E) inibidores SGLT-2 e semaglutida.

**25**

A infecção aguda pelo covid-19, pode cursar, na fase aguda, com diferentes complicações cardiovasculares.

A complicação mais frequente, observada nos pacientes internados nas unidades de cuidados intensivos, é:

- (A) pericardite;
- (B) endocardite infecciosa;
- (C) infarto agudo do miocárdio;
- (D) miocardite viral decorrente de coinfeção do adenovírus;
- (E) injúria miocárdica com liberação de troponinas cardíacas.

**26**

Uma paciente de 25 anos apresentou o quadro de covid-19 há 4 meses. Vem cursando com mal-estar na posição ortostática e palpitação. Exame físico: normal. Observou-se pressão arterial de 110 x 70 mmHg, deitada, com frequência cardíaca de 65 bpm; imediatamente ao se levantar, após 10 minutos, na posição ortostática, a pressão esteve inalterada e a frequência cardíaca foi de 134 bpm. A paciente se queixava de mal-estar. Hemograma completo e bioquímica normais.

Ao consultar o cardiologista, ela foi diagnosticada com uma possível manifestação de covid denominada:

- (A) feocromocitoma;
- (B) síncope vasovagal;
- (C) hipotensão ortostática;
- (D) astenia neurocirculatória;
- (E) POTS (síndrome de taquicardia inapropriada na posição ortostática).

**27**

Uma mulher, em tratamento para neoplasia do tubo digestório, apresenta, durante infusão do medicamento quimioterápico, forte dor torácica, em aperto. Foi solicitada a realização do ECG, que revelou ritmo sinusal e presença do supradesnivelamento do segmento ST de 4 mm. Foi medicada com isordil e submetida a coronariografia, que demonstrou coronárias normais e contratilidade global e segmentar sem anormalidades. A troponina foi normal.

A condição acima pode ser mais bem explicada pela presença de:

- (A) miocardite aguda;
- (B) síndrome de Takotsubo;
- (C) microembolia pulmonar;
- (D) vasoespasmo coronariano;
- (E) pericardite induzida por quimioterápico.

**28**

Um jovem atleta desfalece durante uma queda num salto de equitação. Acionados, os socorristas diagnosticaram parada cardíaca e trauma nas costelas. O traçado eletrocardiográfico mostrava ondas P, QRS e ondas T normais. Porém, não se identificava pulso carotídeo.

Dado esse modelo de traçado, a causa mais provável da parada cardíaca é:

- (A) hipotermia;
- (B) *commotio cordis*;
- (C) infarto do miocárdio;
- (D) embolia pulmonar maciça;
- (E) pneumotórax hipertensivo.

**29**

Um paciente de 14 anos, assintomático, foi submetido, ao nascer, a cirurgia cardíaca para fechamento de uma comunicação interventricular utilizando um *patch* de pericárdio bovino. Na consulta, o cardiologista observou um sopro sistólico na região paraesternal esquerda de 5+/6+ em faixa e identificou pequena comunicação perimembranosa.

Agora, o paciente precisa extrair dois dentes inclusos, e a mãe pediu liberação do cardiologista.

O cardiologista decidiu:

- (A) não haver necessidade de antibiótico profilático;
- (B) prescrever eritromicina 1 grama, via oral, 1h antes do procedimento;
- (C) prescrever penicilina benzatina 1.200.000 unidades, intramuscular, dose única, 1h antes do procedimento;
- (D) prescrever amoxicilina 2 gramas, em dose única, 1h antes do procedimento odontológico;
- (E) prescrever ampicilina 2 gramas, por via oral, 1h antes do procedimento, e repetir após 6h.

**30**

Um paciente de 75 anos, com amiloidose cardíaca sintomática, foi avaliado e identificado como portador de uma forma *wild-type*, anteriormente denominada como forma senil, com fenótipo de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.

O tratamento com um fármaco estabilizador do tetrâmero da transtirretina busca:

- (A) apenas reduzir a incidência de morte súbita;
- (B) reduzir risco de bloqueio atrioventricular total;
- (C) diminuir a evolução da aterosclerose coronária;
- (D) melhorar risco de morte por fenômenos cardioembólicos;
- (E) reduzir as hospitalizações e a mortalidade.

**31**

Um paciente de 83 anos, assintomático, hipertenso e diabético, em uso de diurético tiazídico, bloqueador do receptor de angiotensina II, betabloqueador, antagonista do cálcio e antagonista do receptor de mineralocorticoide, apresenta pressão arterial de 170 x 90 mmHg, em três ocasiões diferentes, e níveis confirmados pela monitoração domiciliar da pressão arterial. Fundoscopia, creatinina e hemograma estão sem anormalidades.

Diante desse quadro, o clínico diagnosticou a presença de hipertensão:

- (A) maligna;
- (B) resistente;
- (C) mascarada;
- (D) do jaleco branco;
- (E) sistólica do idoso.

**32**

Um paciente de 45 anos, assintomático, sem tratamento prévio para hipertensão, é obeso e diabético. A avaliação da pressão arterial foi de 175 x 115 mmHg. O ECG apresentou hipertrofia do ventrículo esquerdo.

Considerando o cenário clínico, o médico de família introduziu uma combinação terapêutica mais eficaz na redução de lesões de órgãos alvos e de eventos cardiovasculares.

Essa combinação é composta por:

- (A) atenolol e clonidina;
- (B) atenolol e hidroclorotiazida;
- (C) alfametildopa e hidroclorotiazida;
- (D) antagonista do receptor de angiotensina II e amlodipina;
- (E) antagonista de mineralocorticoide e antagonista do cálcio.

**33**

O uso da cafeína interfere com exames cardíacos que promovem alteração da perfusão cardíaca através do aumento de adenosina, levando ao aumento do fluxo coronariano e promovendo "roubo" coronário.

Uma paciente estava agendada para o exame e tinha tomado café; portanto, será adiado o seu exame de:

- (A) cineangiogramia;
- (B) angiogramia coronária;
- (C) cintilografia coronária com dipiridamol;
- (D) ressonância cardíaca de repouso com gadolínio;
- (E) ecocardiograma com estresse com dobutamina.

**34**

A síncope é uma importante causa para a visita à sala de emergência, e a presença de marcadores clínicos e eletrocardiográficos nos permite suspeitar de síncope de causas cardiogênicas.

A condição que sugere a causa cardiogênica é a(o):

- (A) síncope durante a micção;
- (B) síncope durante doação de sangue;
- (C) presença de hipotensão ortostática;
- (D) ECG normal com bradicardia sinusal de 55 bpm;
- (E) sopro sistólico na borda esternal esquerda, que se intensifica com manobra de Valsalva e pulso arterial digitiforme.

**35**

Uma paciente de 65 anos, portadora de DPOC, está com dor precordial intensa, em aperto. Na emergência, cursa com redução do nível de consciência, pressão arterial de 80 X 50 mmHg, frequência cardíaca de 62 bpm, pulmões limpos e pressão venosa jugular elevada. A ausculta cardíaca revela bulhas hipofonéticas. ECG: ritmo sinusal com infradesnívelamento do segmento ST de 3 mm, em V1, V2 e V3 e supradesnívelamento de 2 mm nas derivações V3R, V4R, V5R.

O médico emergencista identificou um possível acometimento parietal ventricular, responsável pelo seguinte distúrbio hemodinâmico:

- (A) infarto atrial;
- (B) infarto do músculo papilar;
- (C) infarto da parede anterior extenso;
- (D) infarto do ventrículo direito;
- (E) infarto da parede septal com perfuração do septo.

**36**

Uma paciente de 35 anos apresentou quadro de forte dispneia aguda com duração de 15 minutos, após estresse psicoemocional. Tinha retornado de viagem de ônibus que durou 90 minutos e apresentava edema dos membros inferiores +/- bilateral e indolor. Apenas usava, como medicamento, anticoncepcional oral. Exame físico: pressão arterial 120 X 80 mmHg, pulso arterial 70 bpm, pulso-oximetria e ECG normais.

O emergencista ordenou o seguinte exame para afastar o diagnóstico de embolia pulmonar:

- (A) ecodopplercardiografia;
- (B) gasometria arterial com lactato;
- (C) dosagem do D-dímero no sangue;
- (D) angiogramografia das artérias pulmonares;
- (E) cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão.

**37**

Para uma pessoa com HIV, em tratamento com antirretroviral com contagem normal de CD-4 e carga viral negativa, o acompanhamento cardiológico deve estar direcionado para a prevenção de:

- (A) fibrilação atrial;
- (B) embolia pulmonar;
- (C) miocardite fulminante;
- (D) miocardiopatia dilatada;
- (E) doença aterosclerótica cardiovascular.

**38**

A reposição de vitaminas no cardiopata deve seguir recomendações embasadas em evidências científicas, conforme a indicação a seguir:

- (A) iniciar vitamina C para prevenir aterosclerose;
- (B) utilizar vitamina B1 no portador de beribéri cardíaco;
- (C) usar vitamina E como prevenção de infarto do miocárdio;
- (D) fazer uso de vitamina D no paciente com síndrome metabólica prevenindo diabetes;
- (E) começar vitamina A no portador de amiloidose cardíaca, evitando progressão dos depósitos de amiloide.

**39**

A evidência de congestão é um elemento importante para o diagnóstico e para definir a estratégia do emprego de diuréticos na síndrome de insuficiência cardíaca.

O marcador cuja presença sugere congestão em paciente com suspeita de insuficiência cardíaca é:

- (A) aumento de troponina cardíaca;
- (B) aumento atrial direito no ecocardiograma;
- (C) elevação da creatinina plasmática acima de 1,5mg/dL;
- (D) aumento das transaminases hepáticas, acima de 4 vezes o valor de referência;
- (E) veia cava inferior acima de 2,1 cm e com variação respiratória menor que 50% no ultrassom.

**40**

Pacientes com risco de sarcoidose cardíaca estão sob risco de morte súbita cardíaca. Portanto, devem ser avaliados de forma frequente em relação à presença de:

- (A) embolia pulmonar;
- (B) tamponamento cardíaco;
- (C) fenômenos cardioembólicos;
- (D) ruptura de aneurisma inflamatório da aorta;
- (E) fenômenos elétricos: bloqueio atrioventriculares ou taquiarritmias ventriculares.

**41**

Uma paciente de 55 anos, diabética tipo 2, apresenta queixas de intolerância aos esforços, inchaço nas pernas e exame físico normal, à exceção de uma bulha pré-sistólica. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 13 g%, creatinina 1,0 mg/dL, exame de urina e dosagem dos hormônios de tireoide normais. O eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal sem anormalidades.

O seguinte exame é o próximo passo a ser recomendado para avaliação da causa desses sintomas:

- (A) teste ergométrico;
- (B) dosagem D-dímero plasmático;
- (C) dosagem da troponina cardíaca no sangue;
- (D) dosagem do peptídeo natriurético no sangue;
- (E) espirometria com resposta broncodilatadora.

**42**

A farmacoterapia da hipertensão arterial pulmonar (HAP) tem demonstrado avanços científicos importantes e mudado a sua morbimortalidade.

Uma combinação de fármacos com comprovado benefício no tratamento da HAP é:

- (A) bosentana e sildenafila;
- (B) bosentana e prednisona;
- (C) bosentana e mononitrato;
- (D) sildenafila e mononitrato;
- (E) sildenafila e salbutamol.

**43**

Um paciente com 62 anos apresenta dispneia de esforço e relata inchaço na barriga, seguido de inchaço nas pernas. Relata passado de linfoma, há 10 anos, tendo feito quimioterapia e radioterapia mediastinal. Exame físico: pressão venosa elevada, com colapso X e Y profundos, frequência cardíaca de 105 bpm regular, pressão arterial 98 x 60 mmHg e, na ausculta, ritmo cardíaco tríplice, com presença de terceira bulha precoce.

Esse quadro clínico é compatível com:

- (A) miocardite actínia;
- (B) pericardite constrictiva;
- (C) miocardiopatia dilatada;
- (D) tamponamento pericárdico;
- (E) insuficiência cardíaca de alto débito.

**44**

Um paciente com 18 anos apresenta um quadro de palpitação, que foi piorando. Na admissão na emergência, evidenciou taquiarritmia com frequência cardíaca de 175 bpm irregular e traçado eletrocardiográfico de uma fibrilação atrial com QRS estreito. Foi administrado verapamil endovenoso e houve instabilização hemodinâmica, aumento da frequência cardíaca com ritmo irregular e alargamento do complexo QRS.

A hipótese para essa complicação foi de:

- (A) embolia aérea;
- (B) quadro de anafilaxia ao verapamil;
- (C) aparecimento de um *flutter* ventricular;
- (D) efeito pró-arrítmico induzido pelo verapamil tipo torsade de pointes;
- (E) presença de uma pré-excitação ventricular e aumento da passagem de estímulo para o ventrículo.

**45**

Um paciente de 43 anos, portador de episódios repetitivos de pericardite aguda com leve derrame pericárdico, cursando com intervalos intercríticos de 8 semanas, nos últimos seis meses, vai à consulta médica.

O correto diagnóstico da sua síndrome é de pericardite:

- (A) seca;
- (B) crônica;
- (C) aguda incessante;
- (D) efusiva-constritiva;
- (E) constritiva transitória.

**46**

Uma mulher de 38 anos com diagnóstico de pericardite recorrente, já tendo feito uso de corticoterapia e colchicina, metotrexato e azatioprina, ainda assim mantém episódios de recidiva.

Na próxima etapa terapêutica, recomenda-se:

- (A) pericardiectomia radical;
- (B) pulsoterapia com metilprednisolona;
- (C) ciclosporina em combinação com azatioprina;
- (D) diclofenaco;
- (E) agente imunobiológico bloqueador da interleucina 1.

**47**

Um paciente com insuficiência cardíaca de causa não isquêmica, com fenótipo com fração de ejeção reduzida do ventrículo esquerdo (ICFER) cuja FEVE foi de 30% (método de Simpson), relatou dispneia aos médios esforços.

O seu clínico prescreveu quatro medicamentos, sendo um inibidor da enzima conversora, um betabloqueador, um inibidor de mineralocorticoide e um inibidor SGLT-2 (glifozina) e explicou os impactos dessa combinação sobre os seguintes desfechos:

- (A) redução de morbimortalidade;
- (B) redução do risco de novo infarto, apenas;
- (C) redução do risco de cardioembolismo;
- (D) melhoria dos sintomas e melhora da qualidade de vida, apenas;
- (E) redução do risco de progressão da dilatação do ventrículo esquerdo.

**48**

Uma mulher de 60 anos estava viajando de navio e se divertindo num cassino. Soube que ganhou uma grande premiação e apresentou forte dor torácica e falta de ar. Foi levada de helicóptero e, ao chegar ao local de atendimento, 4 horas após início de quadro, havia no ECG um supradesnivelamento de 3 mm do segmento ST, em V1 até V6. Realizada uma coronariografia, foi identificada a oclusão da artéria descendente anterior esquerda, e implantados 4 *stents* coronários, pois houve área de dissecação do vaso. O paciente possui baixo risco de sangramento.

A melhor estratégia antitrombótica recomendada nesse cenário é o emprego de aspirina juntamente com:

- (A) prasugrel;
- (B) ticagrelor;
- (C) clopidogrel;
- (D) ticlopidina;
- (E) clopidogrel e cilostazol.

**49**

A endocardite infecciosa é uma condição de elevada mortalidade na fase aguda. Nas últimas décadas, a redução da mortalidade foi possível com:

- (A) cirurgia cardíaca;
- (B) metagenômica;
- (C) novos e potentes antibióticos;
- (D) uso do ecocardiograma transesofágico tridimensional;
- (E) uso do PET/ CT cardíaco, com 18 fluoroglicose.

**50**

Um paciente de 49 anos, obeso e hipercolesterolêmico apresenta sinais de hipertrofia ventricular, evidenciados no ecocardiograma, porém, com níveis pressóricos normais no consultório e na avaliação domiciliar. Entretanto, a monitoração contínua da pressão arterial ambulatorial demonstrou níveis tensionais elevados, no período noturno.

Esses achados podem ser explicados por:

- (A) asma noturna;
- (B) apneia do sono;
- (C) feocromocitoma;
- (D) amiloidose cardíaca;
- (E) uso de benzodiazepínico para insônia.

**51**

Uma paciente de 52 anos, com placa de 20% na carótida comum bilateralmente, vai à consulta médica. É hipertensa, diabética, com LDL de 140 mg% e se encontra intolerante a estatina.

Seu médico recomenda, baseado nas melhores evidências científicas, o emprego de:

- (A) ácido ômega-3;
- (B) chá de berinjela;
- (C) fibrato ezetimiba;
- (D) inibidor de PCSK9;
- (E) ezetimiba e niacina.

52

Um homem de 55 anos, portador de cardiopatia chagásica crônica, com fibrilação atrial e em uso crônico de digital, vai à consulta médica. Durante a visita, houve a suspeita clínica de intoxicação digitálica, que foi confirmada pelo elevado nível da digoxinemia.

O achado que levou à suspeita clínica foi:

- (A) diplopia;
- (B) disgeusia;
- (C) constipação intestinal;
- (D) onda P alargada com intervalo PR curto;
- (E) taquicardia atrial com condução atrioventricular variável.

53

Uma paciente com 42 anos, admitida na sala de emergência com falta de ar, apresenta, no sétimo mês de gravidez, história de hipertensão prévia. Está lúcida, taquidispneica, apresentando pressão arterial 170 x 100 mmHg, ritmo cardíaco em 3 tempos, bulha pré-sistólica, estertores bibasais e edema de membros inferiores 3+/4+. Fundoscopia revela edema de papila. Exame de urina: proteinúria +++.

O emergencista definiu o quadro clínico como:

- (A) eclâmpsia;
- (B) hipertensão resistente;
- (C) pré-eclâmpsia;
- (D) hipertensão refratária;
- (E) hipertensão crônica estágio III.

54

Uma paciente de 40 anos, hipertensa prévia, obesa (IMC = 37), está na primeira gravidez e realizou fertilização in vitro. Ela relata estar muito preocupada porque não deseja ter o mesmo histórico de sua mãe, que teve eclâmpsia e veio a falecer no seu nascimento. A paciente está na 12ª semana de gestação.

O médico de família recomendou o uso de:

- (A) hidralazina, por via oral;
- (B) óxido de magnésio, por via oral;
- (C) aspirina 81 mg, via oral;
- (D) nifedipino 10 mg, via oral;
- (E) enalapril 20 mg, via oral.

55

Em uma avaliação de um *check-up* cardiovascular, um paciente assintomático foi caracterizado como de risco intermediário para doença coronária.

Foi solicitado um novo exame que modificou o seu perfil de risco, a saber:

- (A) nível elevado do BNP no sangue;
- (B) dosagem do D-dímero, que estava aumentado;
- (C) dosagem do ácido úrico sérico, que foi elevado;
- (D) dosagem da vitamina D plasmática, que estava diminuída;
- (E) escore de cálcio zero coronário, na tomografia do tórax.

56

Uma mulher jovem, de 33 anos, foi atendida com queixas de palpitação aos esforços. Durante a ausculta cardíaca, foram observados uma primeira bulha hiperfonética e um clique mesossistólico seguido de um sopro mesotelesistólico 5+/6+, na região apical.

O cardiologista solicitou o ecodopplercardiograma, que confirmou o diagnóstico de:

- (A) prolapso valvar mitral;
- (B) valva aórtica bicúspide;
- (C) mixoma atrial esquerdo;
- (D) comunicação interatrial;
- (E) comunicação interventricular.

57

Um paciente de 17 anos, portador de surdez congênita, apresentou três episódios de desmaios. A avaliação clínica e o ecodopplercardiograma foram normais. O ECG apresentava ritmo sinusal e um QT prolongado.

O cardiologista foi chamado para dar um parecer e solicitou um novo exame, que confirmou a causa da anormalidade eletrocardiográfica:

O exame solicitado foi:

- (A) Holter de 24h;
- (B) ressonância cardíaca;
- (C) teste genético para canalopatia;
- (D) estudo eletrofisiológico invasivo;
- (E) *tilt test*.

58

Um paciente de 70 anos colocou marcapasso de dupla-câmara devido a um bloqueio atrioventricular total. Na ocasião, apresentava ecocardiograma normal. Após 6 meses, relatou intolerância aos esforços e inchaço nas pernas. Apresentou níveis elevados do BNP, dilatação das câmaras esquerdas e fração de ejeção reduzida do ventrículo esquerdo, medidos pelo ecocardiograma.

O cardiologista foi acionado e diagnosticou que o quadro mais provável é de:

- (A) miocardite aguda;
- (B) amiloidose cardíaca;
- (C) síndrome do marcapasso;
- (D) "miocardiopatia isquêmica";
- (E) miocardiopatia induzida pela dissincronia do marcapasso.

59

O lúpus eritematoso sistêmico pode estar associado à síndrome do anticorpo antifosfolípideo, ocasionando, frequentemente, a seguinte complicação cardiovascular:

- (A) hipertensão maligna;
- (B) pericardite constrictiva;
- (C) vasoespasma coronariano;
- (D) aneurisma dissecante da aorta;
- (E) endocardite trombótica não bacteriana.

**60**

Um homem de 72 anos apresenta insuficiência cardíaca não isquêmica com fração de ejeção reduzida. Sendo portador de diabetes e portador de disfunção renal estágio 3, em uso de inibidor de neprilisina e valsartana, betabloqueador, inibidor SGLT2 e antagonista no receptor de mineralocorticoide. Após 4 semanas, o paciente fez ECG, no qual se observou uma onda T de amplitude aumentada e simétrica.

O cardiologista suspeitou da seguinte anormalidade eletrolítica:

- (A) hipercalemia;
- (B) hipocalcemia;
- (C) hipercalcemia;
- (D) hiperfosfatemia;
- (E) hipopotassemia.

**61**

O médico de família atendeu um paciente de 48 anos, sem doença cardiovascular, que relatou palpitação, sendo identificada fibrilação atrial. Ao retornar à consulta, os hormônios tireoidianos estavam normais e o ecocardiograma, sem alterações. O pulso estava regular e o ECG havia retornado ao ritmo sinusal.

A estratégia recomendada para a prevenção de acidente vascular cerebral foi:

- (A) aspirina 325 mg, uma vez ao dia, via oral;
- (B) clopidogrel 75 mg, uma vez ao dia, via oral;
- (C) warfarina por via oral, com INR entre 2 e 3;
- (D) apixabana 5 mg, duas vezes ao dia, via oral;
- (E) aspirina 80mg e clopidogrel 75 mg, via oral, uma vez ao dia.

**62**

As miocardiopatias infiltrativas representam um grupo heterogêneo de etiologias que podem acometer o interstício cardíaco ou o interior dos cardiomiócitos, interferindo na função diastólica e/ou sistólica ou causando anormalidades elétricas/condução cardíaca.

A miocardiopatia infiltrativa, com depósito no interior da célula cardíaca, está representada pela:

- (A) doença de Fabry;
- (B) amiloidose AL;
- (C) sarcoidose cardíaca;
- (D) amiloidose cardíaca familiar por transtirretina;
- (E) amiloidose cardíaca *wild-type* transtirretina (anteriormente denominada senil).

**63**

Um paciente de 30 anos, com história prévia de prolapso mitral com degeneração e leve insuficiência mitral, apresenta-se com quadro de febre (38,5 °C), há 15 dias. Foram realizadas três amostras de hemoculturas para *Staphylococcus epidermidis*, em amostras diferentes. O exame físico foi normal e não houve mudanças no novo ecodopplercardiograma, em relação ao que havia sido realizado seis meses antes.

O próximo exame a ser solicitado para confirmar a presença de endocardite infecciosa é:

- (A) ressonância cardíaca;
- (B) angiogramografia de tórax;
- (C) ecocardiograma transesofágico;
- (D) PET-CT cardíaco com fluoroglicose;
- (E) cintilografia cardíaca com leucócito marcado.

**64**

Uma paciente de 25 anos, apresentando quadro de falta de ar súbita, após quadro de infecção de via aérea superior, esteve grávida e há 9 meses está amamentando. Na emergência, encontra-se com taquidispneia, evoluindo para necessidade de ventilação mecânica e instabilidade hemodinâmica, precisando de dobutamina e noradrenalina. O ECG apresenta taquicardia sinusal com supradesnivelamento do segmento ST na parede anterior. A paciente é submetida a cateterismo cardíaco, que evidencia que as artérias coronárias estavam normais e que havia grave disfunção global do ventrículo esquerdo.

O quadro clínico descrito é compatível com a síndrome clínica de:

- (A) miocardite fulminante;
- (B) síndrome de Takotsubo;
- (C) intoxicação por cocaína;
- (D) miocardiopatia periparto;
- (E) choque cardiogênico com infarto e coronárias normais.

**65**

Um paciente de 60 anos apresentou quadro de síncope e foi levado à emergência. Desenvolveu parada cardíaca por taquicardia ventricular monomórfica com frequência cardíaca de 220 bpm, que respondeu a cardioversão elétrica. O ecocardiograma apresentava cavidade do ventrículo esquerdo com leve aumento e com fração de ejeção de 40%.

O próximo exame a ser solicitado é um(a):

- (A) *tilt test*;
- (B) Holter de 24 horas;
- (C) ergoespirometria;
- (D) biópsia endomiocárdica;
- (E) cintilografia miocárdica para avaliar reserva de fluxo coronária.

**66**

Uma mulher de 30 anos, refugiada da América Latina, apresentou queixa de palpitação e desmaio. No exame clínico, registraram-se pressão arterial 100 x 70 mmHg e pulso radial 70 bpm. ECG apontava ritmo sinusal com bloqueio atrioventricular do primeiro grau e bloqueio do ramo direito do terceiro grau, combinado com hemibloqueio anterior esquerdo. O Holter de 24 horas revelava surtos de taquicardia ventricular sustentada. O ecocardiograma foi considerado normal.

O exame feito para esclarecer a causa do quadro clínico foi um(a):

- (A) sorologia para HIV;
- (B) sorologia para sífilis;
- (C) ressonância cardíaca;
- (D) sorologia para doença de Chagas;
- (E) PET-CT cardíaco com fluoroglicose.

**67**

Em uma paciente assintomática, com 55 anos, natural de MG, ao fazer doação de sangue, foram identificadas duas sorologias diferentes positivas para doença de Chagas. ECG, RX de tórax e ecocardiograma estavam normais.

A partir desses dados, foi feito o diagnóstico de:

- (A) miocardite chagásica;
- (B) cardiopatia chagásica crônica;
- (C) sorologias falso positivas;
- (D) forma indeterminada da doença de Chagas;
- (E) cicatriz sorológica de doença de Chagas curada.

**68**

Uma paciente de 67 anos apresentava intolerância ao exercício durante o começo de uma nova fase da sua vida, quando estava deixando de ser sedentária e começando na academia. Não entendia seu problema, pois tinha os exames normais, inclusive uma cintilografia de perfusão miocárdica com estresse farmacológico com dipiridamol normal.

O exame solicitado que mostrou um importante déficit cronotrópico ao esforço foi:

- (A) Holter de 24 horas;
- (B) teste de esforço;
- (C) ECG de alta resolução;
- (D) teste eletrofisiológico invasivo;
- (E) ressonância de perfusão com dobutamina.

**69**

Um paciente de 90 anos, portador e atualmente dependente de marca-passo cardíaco implantado há 15 anos, foi à consulta médica.

Devido ao risco de interferir no funcionamento do marca-passo, o médico cancelou um(a):

- (A) ergoespirometria;
- (B) ecocardiograma transesofágico;
- (C) angiogramografia das artérias coronárias;
- (D) realização de ressonância cardíaca;
- (E) cintilografia de perfusão cardíaca com dipiridamol.

**70**

Um paciente de 25 anos, com queixa de falta de ar aos esforços, apresenta aspecto síndrômico. É magro e longilíneo; tem palato ogival e dedos longos. Tem história de luxação do cristalino. No exame físico, sua pressão arterial foi de 180 x 40 mmHg e seu exame do precórdio evidenciava *pectus escavatum*, desvio do ictus para a esquerda e ritmo cardíaco com a presença de uma tríplice bulha protodiastólica e um sopro sistólico de ejeção ++/6+, seguido de outro aspirativo na área aórtica e no bordo esternal esquerdo de 4+/6+.

O cardiologista suspeitou da seguinte síndrome genética que promove acometimento cardíaco:

- (A) síndrome de Löffler;
- (B) síndrome de Marfan;
- (C) síndrome de Noonan;
- (D) síndrome de Williams;
- (E) síndrome de Ehler-Danlos.

**71**

Um paciente de 83 anos, cursando com falta de ar, síncope e dor torácica, com início há 3 meses, vai à consulta médica. O seu exame físico mostra um pulso de baixa amplitude, porém com duração aumentada e pressão venosa jugular elevada. O exame do precórdio aponta ictus impalpável e, na ausculta, uma segunda bulha hipofonética com desdobramento paradoxal e um sopro sistólico crescente e decrescente na área do segundo espaço intercostal direito, indo em direção às clavículas e carótidas, com intensidade de 5+/6+.

Esses achados clínicos são compatíveis com valvopatia do tipo:

- (A) esclerose aórtica;
- (B) estenose aórtica grave;
- (C) insuficiência aórtica grave;
- (D) miocardiopatia hipertrófica;
- (E) dupla lesão aórtica balanceada de grau moderado.

**72**

O cardiologista atende um paciente de 80 anos, sintomático devido a insuficiência cardíaca e portador de estenose aórtica grave. O paciente é um idoso pré-frágil com múltiplas comorbidades, porém com expectativa de sobrevivência maior que 12 meses e caracterizado como de alto risco para troca cirúrgica valvar.

A alternativa oferecida, após a reunião do time multidisciplinar cardiológico, foi:

- (A) realizar cuidados paliativos;
- (B) investigar amiloidose cardíaca;
- (C) prescrever valvopatia percutânea por balão;
- (D) fazer implante percutâneo da valva aórtica;
- (E) iniciar infusão intermitente de levosimendan.

**73**

Um paciente de 60 anos, fenótipo idoso robusto, assintomático até 2 semanas atrás, relatou falta de ar e apresentou quadro de edema agudo de pulmão responsivo ao tratamento farmacológico. O achado clínico apresentado foi de insuficiência mitral grave pelo ecodoppler cardiograma, função ventricular preservada e sinais de rotura de cordoalhas da valva mitral, envolvendo porção média do folheto posterior com aspecto de degeneração fibroelástica.

O time cardiológico (*heart team*) esteve reunido e propôs:

- (A) plastia cirúrgica da válvula mitral;
- (B) troca de valvar mitral por uma prótese metálica;
- (C) troca de valvar mitral por uma prótese biológica;
- (D) tratamento clínico com vasodilatadores;
- (E) implante de MitraClip por via percutânea.

**74**

Um paciente de 75 anos apresentou trauma de tórax e, ao chegar à UTI, foi auscultado um sopro holossistólico de 4+/6+, na região epigástrica, que acentua com a inspiração.

Esses achados são compatíveis com:

- (A) rotura do septo interventricular;
- (B) insuficiência da valva tricúspide;
- (C) lesão ocasionando insuficiência aórtica;
- (D) lesão da valva mitral, levando a insuficiência;
- (E) lesão da valva pulmonar e conseqüente regurgitação pulmonar.

**75**

Um paciente de 35 anos, renal crônico, em hemodiálise e usuário de droga endovenosa, desenvolveu quadro de endocardite infecciosa, com crescimento de uma bactéria.

A bactéria mais prevalente nessa condição é(são):

- (A) *Enterococcus*;
- (B) *Streptococcus bovis*;
- (C) *Staphylococcus aureus*;
- (D) *Staphylococcus epidermidis*;
- (E) bactérias do grupo HACEK.

**76**

Uma paciente diabética, hiperuricêmica e obesa, foi novamente admitida com insuficiência cardíaca descompensada. Durante a reconciliação medicamentosa, o seguinte medicamento associado à piora da retenção de líquidos foi identificado(a):

- (A) alopurinol;
- (B) metformina;
- (C) ibuprofeno;
- (D) semaglutida;
- (E) glifozina para diabetes.

**77**

A hipertensão secundária está sendo pesquisada numa mulher de 23 anos, caucasiana, de nacionalidade francesa, com sopro auscultado no abdômen.

O médico cardiologista levantou como hipótese mais provável:

- (A) tumor renal;
- (B) feocromocitoma;
- (C) adenoma adrenal;
- (D) aterosclerose da artéria renal;
- (E) fibrodisplasia da artéria renal.

**78**

Durante uma avaliação de rotina, foram encontradas moderada hipocalcemia e hipertensão arterial num homem de 47 anos, obeso e portador de apneia do sono. Também se detectou hipertrofia cardíaca no ECG.

Nesse caso, é necessário investigar a seguinte causa secundária para hipertensão arterial:

- (A) feocromocitoma;
- (B) hipotireoidismo;
- (C) hiperparatireoidismo;
- (D) insuficiência adrenal;
- (E) hiperaldosteronismo primário.

**79**

Um paciente de 90 anos apresenta elevada fragilidade e multimorbidade. É portador de insuficiência cardíaca avançada e doença renal estágio pré-dialítico, apresentando múltiplas internações nos últimos seis meses e em tratamento otimizado.

O cardiologista, junto com o time multidisciplinar, definiu a seguinte recomendação:

- (A) transplante cardíaco;
- (B) iniciar suporte dialítico;
- (C) iniciar cuidados paliativos;
- (D) transplante cardíaco e renal;
- (E) suporte mecânico circulatório definitivo.

**80**

Uma paciente de 65 anos, fumante e hipertensa, com dor nas pernas ao caminhar durante 10 minutos, e com pressão arterial no braço de 150 x 100 mmHg e nas pernas PA-100 x 80 mmHg, realizou duplex dos membros inferiores que confirmou obstrução de 70% nas artérias femorais profundas.

O cardiologista avaliou esses resultados e diagnosticou a etiologia do seguinte achado clínico:

- (A) aortite inflamatória;
- (B) coarctação da aorta;
- (C) tromboangeíte obliterante;
- (D) dissecção aórtica crônica;
- (E) claudicação intermitente de origem aterosclerótica.

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

