

PRÉ-REQUISITO - HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ECOCARDIOGRAFIA

Leia atentamente as instruções abaixo

1. PROVA E FOLHA DE RESPOSTAS

- Além deste Caderno de Prova, contendo 60 (sessenta) questões objetivas, você receberá do Fiscal de Sala:
- 01 (uma) Folha de Respostas destinada às respostas das questões objetivas. Confira se seus dados estão corretos.

2. TEMPO

- 03 (três) horas é o tempo disponível para realização da prova, já incluído o tempo para marcação da Folha de Respostas da prova objetiva.
- O candidato somente poderá retirar-se definitivamente da sala de aplicação das provas após **1 (uma) hora** de seu início. Será permitido ao candidato levar **apenas o gabarito rascunho** com suas respostas, para posterior conferência da nota.

3. INFORMAÇÕES GERAIS

- O final deste caderno contará com uma folha adicional, destinada exclusivamente para anotações do gabarito rascunho do candidato. Essa folha **não possui validade para fins de avaliação**, e o candidato poderá retirá-la e levá-la consigo após 1 (uma) hora de prova.
- As questões objetivas têm 05 (cinco) alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente **uma** delas está correta.
- Verifique se seu caderno está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, informe imediatamente o Fiscal da Sala, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Confira seus dados pessoais na Folha de Respostas, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preenchimento.
- O preenchimento das respostas da prova objetiva é de sua responsabilidade e não será permitida a troca de Folha de Respostas em caso de erro de marcação pelo candidato.

- Marque, na Folha de Respostas, com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, feita de material transparente, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- Reserve tempo suficiente para preencher suas respostas. Para fins de avaliação, serão consideradas **apenas** as marcações feitas na Folha de Respostas da prova objetiva.
- Ao se retirar, entregue ao Fiscal de Sala a **Folha de Respostas** preenchida e assinada, bem como o **Caderno de Prova** objetiva.

SERÁ ELIMINADO do presente certame o candidato que:

- a) for surpreendido, durante as provas, em qualquer tipo de comunicação com outro candidato;
- b) for surpreendido portando, aparelhos eletrônicos, tais como *wearable tech*, máquinas calculadoras, agendas eletrônicas e(ou) similares, telefones celulares, *smartphones*, *tablets*, *ipods*®, gravadores, pendrive, *mp3* e(ou)similar, relógio de qualquer espécie, alarmes, chaves com alarme ou com qualquer outro componente eletrônico, fones de ouvido e(ou) qualquer transmissor, gravador e(ou) receptor de dados, imagens, vídeos e mensagens etc.;
- c) se ausentar da sala em que se realizam as provas levando consigo o Caderno de Questões e/ou a Folha de Respostas ou se recusar a entregar a Folha de Respostas e o Caderno de Prova, quando terminar o tempo estabelecido;
- d) for surpreendido portando qualquer recipiente ou embalagem que não seja fabricado com material transparente, tais como garrafa de água, suco ou refrigerante e embalagem de alimentos (biscoitos, barras de cereais, chocolate, balas etc.);
- e) não assinar a Lista de Presença e/ou a Folha de Respostas.

CARDIOLOGIA**QUESTÃO 01**

De acordo com as Diretrizes de RCP e ACE de 2025 da American Heart Association, em relação à administração de epinefrina na parada cardiorrespiratória com ritmo não chocável, qual é a recomendação sobre o momento ideal de administração:

- (A) A epinefrina deve ser administrada após 10 minutos do início da RCP para evitar efeitos adversos cardiovasculares.
- (B) É aconselhável administrar a epinefrina assim que for possível, idealmente dentro de 5 minutos do início das compressões torácicas.
- (C) A epinefrina deve ser administrada apenas após três ciclos completos de RCP, independentemente do tempo decorrido.
- (D) Não há recomendação específica sobre o momento de administração da epinefrina em ritmos não chocáveis.
- (E) A epinefrina deve ser administrada simultaneamente com a primeira dose de amiodarona em ritmos não chocáveis.

QUESTÃO 02

Segundo as Diretrizes de 2025 da AHA para RCP e ACE, aponte De acordo com as Diretrizes de 2025 da AHA para RCP e ACE, qual recurso constitui o sexto elo da Cadeia de Sobrevivência Unificada (aplicável a adultos e crianças, tanto em PCR intra-hospitalar quanto extra-hospitalar):

- (A) Prevenção.
- (B) Cuidados pós-PCR.
- (C) Recuperação e Sobrevivência.
- (D) Reabilitação cardiovascular.
- (E) Suporte psicológico.

QUESTÃO 03

Um médico recebe no pronto-socorro um paciente de 68 anos com queixa de dispneia aos esforços. Ao realizar o eletrocardiograma, observa na derivação V1 a presença de onda R ampla e entalhada com padrão rsR', duração do complexo QRS de 130 ms e onda S alargada em V6. O diagnóstico eletrocardiográfico mais provável é:

- (A) Bloqueio de ramo direito completo.
- (B) Bloqueio de ramo esquerdo completo.
- (C) Bloqueio divisional anterossuperior esquerdo.
- (D) Sobrecarga ventricular direita isolada.
- (E) Bloqueio divisional posteroinferior esquerdo.

QUESTÃO 04

Durante a análise de um eletrocardiograma de um paciente com quadro de dor torácica, o médico identifica onda T apiculada assimétrica positiva em derivações V1 a V6. Considerando as alterações eletrocardiográficas nas síndromes coronarianas agudas, essa alteração sugere isquemia em localização miocárdica:

- (A) Subepicárdica, com corrente de lesão.
- (B) Subendocárdica, caracterizando isquemia.
- (C) Transmural, com necrose instalada.
- (D) Subepicárdica, com zona de necrose.
- (E) Pericárdica, sem acometimento miocárdico.

QUESTÃO 05

De acordo com a técnica de aferição da pressão, a obtenção da pressão sistólica estimada é realizada corretamente por qual método?

- (A) Insuflar o manguito 20 a 30 mmHg acima do valor que o paciente refere habitualmente.
- (B) Palpar a artéria radial e insuflar o manguito até o momento em que a pulsação radial deixa de ser sentida.
- (C) Posicionar o estetoscópio na artéria braquial e insuflar até o primeiro som de Korotkoff desaparecer.
- (D) Palpar a artéria ulnar e registrar o valor no qual o pulso desaparece durante a insuflação.
- (E) Medir a pressão diastólica primeiro e somar 40 mmHg para estimar a sistólica.

QUESTÃO 06

Durante a ausculta cardíaca, o examinador identifica um sopro sistólico, de timbre rude e intenso, que se irradia para o pescoço e para a região hemiclavicular direita. Determine a causa:

- (A) Insuficiência Mitral.
- (B) Estenose Mitral.
- (C) Insuficiência Aórtica.
- (D) Estenose Aórtica.
- (E) Estenose Tricúspide.

QUESTÃO 07

De acordo com as Diretrizes de RCP e ACE de 2025 da American Heart Association, em relação ao uso de dispositivos de feedback audiovisual durante a RCP, qual é a recomendação:

- (A) O uso de dispositivos de feedback audiovisual é contraindicado, pois distrai a equipe de ressuscitação.
- (B) Os dispositivos de feedback audiovisual devem ser utilizados exclusivamente em ambiente hospitalar.
- (C) São recomendados para otimizar em tempo real a qualidade completa da RCP (frequência, profundidade, recuo), tanto em treinamento quanto em cenários clínicos.
- (D) O feedback audiovisual é recomendado apenas para socorristas leigos sem treinamento formal.
- (E) Os dispositivos de feedback são úteis apenas para monitorar a frequência das compressões, não sua qualidade.

QUESTÃO 08

Nas Diretrizes de 2025 da AHA para suporte de vida pediátrico, é a recomendação atualizada sobre a taxa de ventilação assistida para bebês e crianças com via aérea avançada durante a RCP:

- (A) Uma ventilação a cada 6 segundos, totalizando 10 ventilações por minuto.
- (B) Uma ventilação a cada 5 a 8 segundos, totalizando 12 a 20 ventilações por minuto.
- (C) Uma ventilação a cada 4 segundos, totalizando 15 ventilações por minuto.
- (D) Duas ventilações a cada 15 compressões, independentemente do tempo decorrido.
- (E) Uma ventilação a cada 2 a 3 segundos, totalizando 20 a 30 ventilações por minuto.

QUESTÃO 09

Um paciente apresenta eletrocardiograma com presença de onda P apiculada com amplitude acima de 0,25 mV em DII, aumento da porção positiva da onda P em V1 e baixa voltagem do complexo QRS em V1. O diagnóstico eletrocardiográfico mais provável é:

- (A) Sobrecarga atrial esquerda com desvio de eixo para esquerda.
- (B) Bloqueio de ramo direito completo.
- (C) Bloqueio divisional posteroinferior esquerdo.
- (D) Sobrecarga ventricular esquerda com padrão de Cornell.
- (E) Sobrecarga atrial direita.

QUESTÃO 10

Uma mulher de 55 anos com antecedente de hipertensão arterial sistêmica é submetida a eletrocardiograma de rotina. O traçado revela onda R em a VL com 11 mm, onda S em V3 com 18 mm e presença de índice de Morris. Utilizando os critérios de Cornell, qual o diagnóstico eletrocardiográfico mais provável:

- (A) Sobrecarga ventricular esquerda.
- (B) Bloqueio divisional anterossuperior esquerdo.
- (C) Bloqueio de ramo esquerdo completo.
- (D) Sobrecarga atrial direita com desvio de eixo.
- (E) Padrão de repolarização precoce.

QUESTÃO 11

Na avaliação semiológica do edema através do "Sinal de Godet", o examinador realiza uma compressão digital e observa a formação de uma depressão de 6mm, que persiste por cerca de 1 minuto. Essa descrição corresponde à seguinte classificação em cruzes:

- (A) Grau +.
- (B) Grau ++.
- (C) Grau +++.
- (D) Grau ++++.
- (E) Grau +++++.

QUESTÃO 12

Sobre os sons básicos na ausculta cardíaca, a primeira bulha (B1) é corretamente descrita como o som que:

- (A) Ocorre durante o fechamento das valvas aórtica e pulmonar no início da diástole.
- (B) Ocorre devido à vibração da parede ventricular durante o enchimento rápido.
- (C) É representado pela onomatopeia "TA", sendo mais agudo e de menor duração que B2.
- (D) Ocorre pelo fechamento das valvas tricúspide e mitral, coincidindo com o pulso carotídeo.
- (E) Precede B1 e ocorre pelo aumento na contração atrial, sendo representado por "TRUM-TA".

QUESTÃO 13

De acordo com as Diretrizes de RCP e ACE de 2025 da American Heart Association, qual é a recomendação sobre o uso de pressão cricoide durante a intubação endotraqueal em pacientes pediátricos:

- (A) A pressão cricoide é recomendada em todos os casos de intubação pediátrica para prevenir aspiração.
- (B) O uso rotineiro de pressão cricoide não é recomendado durante a intubação endotraqueal de pacientes pediátricos.
- (C) A pressão cricoide deve ser mantida até a confirmação do posicionamento do tubo endotraqueal.
- (D) A pressão cricoide é obrigatória apenas em recém-nascidos com líquido amniótico meconial.
- (E) A pressão cricoide deve ser aplicada apenas se houver evidência de regurgitação ativa.

QUESTÃO 14

Segundo as Diretrizes de 2025 da AHA, em relação ao uso de tubos endotraqueais (TET) com cuff em bebês e crianças, qual é a recomendação atual:

- (A) Tubos endotraqueais sem cuff são sempre preferíveis em pacientes pediátricos para evitar estenose subglótica.
- (B) Tubos com cuff devem ser utilizados exclusivamente em crianças acima de 8 anos de idade.
- (C) Não há diferença na recomendação entre tubos com ou sem cuff na população pediátrica.
- (D) É aconselhável escolher TET com cuff, em vez de TET sem cuff para intubar bebês e crianças.
- (E) Tubos com cuff são contraindicados em recém-nascidos e lactentes menores de 1 ano.

QUESTÃO 15

Em um adulto com hipercalcemia aguda, aponte qual alteração eletrocardiográfica é mais característica:

- (A) Intervalo QT prolongado à custa de ST alargado.
- (B) Onda U proeminente com depressão de ST.
- (C) Elevação difusa de ST com concavidade superior.
- (D) Onda T muito apiculada e QRS alargado.
- (E) Intervalo QT encurtado por redução do segmento ST.

QUESTÃO 16

Um paciente portador de doença pulmonar obstrutiva crônica comparece ao hospital com queixa de dispneia. O eletrocardiograma apresenta onda P apiculada em DII, onda P com polo inicial positiva ampla em V1 e sobrecarga de ventrículo direito com desvio de eixo para direita. Qual a associação fisiopatológica dessas alterações:

- (A) Aumento da contractilidade ventricular direita sem necessidade de marca-passo.
- (B) Redução da pressão venosa sistêmica provocando isquemia ventricular.
- (C) Hipoxemia crônica gerando apenas taquicardia sinusal compensatória.
- (D) Aumento do débito cardíaco induzindo bloqueio de ramo esquerdo.
- (E) Obstrução das vias aéreas causando aumento da resistência vascular pulmonar e sobrecarga direita.

QUESTÃO 17

A semiologia cardiovascular exige a correta identificação dos focos de ausculta. A descrição que corresponde à localização do Foco Mitral é:

- (A) Localizado no 2º espaço intercostal, à direita da borda esternal.
- (B) Localizado no segundo espaço intercostal, à esquerda da borda esternal.
- (C) No 3º espaço intercostal, à esquerda do esterno, chamado de foco aórtico acessório.
- (D) Localizado no 5º espaço intercostal, à esquerda do esterno.
- (E) Normalmente no 5º espaço intercostal, na linha hemiclavicular esquerda.

QUESTÃO 18

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o ritmo atrial ectópico corresponde a uma atividade atrial em localização diversa da região anatômica do nó sinusal. Desta forma:

- (A) a onda P apresenta-se com morfologia (polaridade) diferente daquela que caracteriza o ritmo sinusal.
- (B) a onda P fica localizada dentro ou após o complexo QRS.
- (C) o QRS da taquicardia geralmente é estreito e a onda P retrógrada, geralmente localizada no segmento ST,
- (D) as ondas “F” possuem frequências mais elevadas entre 340 e 430 bpm.
- (E) o complexo QRS apresenta-se de morfologia e duração similar ao do ritmo basal.

QUESTÃO 19

No tratamento da insuficiência cardíaca, a diferença fundamental no mecanismo de ação entre os IECAs e os BRAs, que explica a menor incidência de tosse nos BRAs, é:

- (A) Os IECAs agem bloqueando o efeito da angiotensina II no receptor AT1, diferentemente dos BRAs.
- (B) Nos BRAs, a inativação da bradicinina e de outros peptídeos vasodilatadores permanece ocorrendo.
- (C) Os BRAs possuem maior poder vasodilatador por não terem efeito no metabolismo das bradicininas.
- (D) Nos IECAs, a conversão de angiotensina I em II segue seu ciclo normal, mantendo o nível sérico elevado.
- (E) Os BRAs bloqueiam os receptores AT1 e AT2, enquanto os IECAs bloqueiam apenas a produção do peptídeo.

QUESTÃO 20

O mecanismo de ação do sacubitril, fármaco utilizado na insuficiência cardíaca em associação com a valsartana, baseia-se em:

- (A) Ser um pró-fármaco metabolizado em nível hepático e excretado por via renal.
- (B) Inibir a neprilisina, que é a enzima responsável pela metabolização dos peptídeos natriuréticos.
- (C) Bloquear competitivamente os receptores AT1, impedindo a ação da angiotensina II.
- (D) Estimular diretamente o estiramento dos músculos ventriculares e atriais para liberar peptídeos.
- (E) Promover a conversão de angiotensina I em II, aumentando a vasodilatação periférica.

QUESTÃO 21

Em uma paciente de 34 anos, com história de febre reumática e estenose mitral sintomática classe funcional III, sem trombo em átrio esquerdo e escore de Wilkins-Block 7, a conduta mais adequada é:

- (A) Tratamento clínico otimizado.
- (B) Comissurotomia mitral aberta.
- (C) Troca valvar mitral por prótese biológica.
- (D) Valvoplastia mitral por cateter-balão.
- (E) Implante valvar mitral transcatereter.

QUESTÃO 22

Em relação à estenose mitral degenerativa associada à calcificação do anel mitral, é correto afirmar que:

- (A) A VMCB é o tratamento de escolha nesses casos.
- (B) Há fusão comissural característica.
- (C) A cirurgia apresenta baixo risco e bons resultados.
- (D) O valve-in-MAC é procedimento amplamente indicado e seguro.
- (E) O tratamento inicial é clínico, com controle de frequência e diuréticos.

QUESTÃO 23

Durante uma pericardiocentese, é o ponto de acesso seguro para drenar o líquido da cavidade pericárdica:

- (A) 2º espaço intercostal esquerdo.
- (B) 5º ou 6º espaço intercostal esquerdo, próximo ao esterno.
- (C) 4º espaço intercostal direito.
- (D) 7º espaço intercostal esquerdo, na linha axilar posterior.
- (E) 3º espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular.

QUESTÃO 24

A dor anginosa típica é descrita como retroesternal em aperto e pode ser referida para o membro superior esquerdo. É a base neuroanatômica para essa dor referida:

- (A) Isquemia do plexo braquial por baixo débito cardíaco.
- (B) Compressão da raiz nervosa C8-T1 pelo músculo escaleno anterior.
- (C) Ativação de receptores de estiramento na aorta torácica.
- (D) Irritação do nervo frênico, que inerva o pericárdio.
- (E) Convergência de aferências viscerais cardíacas e somáticas do membro superior nos mesmos segmentos medulares.

QUESTÃO 25

O carvedilol é um fármaco de primeira linha na ICFer, porém seu mecanismo de ação difere dos BB cardiosseletivos. A característica farmacodinâmica distintiva do carvedilol é:

- (A) Ser um antagonista B1 seletivo com tempo de meia-vida de 10 a 30 horas.
- (B) Ser um antagonista competitivo que bloqueia exclusivamente os receptores B1 e B2.
- (C) Ser um BB não seletivo que também antagoniza receptores α_1 , produzindo vasodilatação.
- (D) Ser o fármaco preferencial para asmáticos por ter a maior seletividade B1.
- (E) Diminuir a frequência cardíaca e a contratilidade, sendo o único BB com este efeito.

QUESTÃO 26

Os antagonistas dos receptores mineralocorticoides (ARM), como a espironolactona, são indicados para disfunção de VE sintomática. O mecanismo de ação que fundamenta o uso desta classe de fármacos é:

- (A) Inibir competitivamente a ligação da aldosterona aos MR, bloqueando a formação das AIP.
- (B) Induzir a síntese de proteínas induzidas pela aldosterona (AIP) no túbulo distal.
- (C) Promover a retenção de sódio e água, e a excreção de K^+ e H^+ no ducto coletor.
- (D) Serem diuréticos que atuam no ramo ascendente espesso da alça de Henle.
- (E) Possuir uma ação antiandrogênica seletiva, o que evita a ginecomastia.

QUESTÃO 27

Entre as contraindicações absolutas para a realização da valvoplastia mitral por cateter-balão, inclui-se:

- (A) Fibrilação atrial de início recente.
- (B) Insuficiência mitral leve.
- (C) Trombo em átrio esquerdo.
- (D) Escore de Wilkins-Block de 8.
- (E) Calcificação leve do anel mitral.

QUESTÃO 28

O escore ecocardiográfico de Wilkins-Block avalia todos os itens abaixo, EXCETO:

- (A) Mobilidade dos folhetos.
- (B) Espessura dos folhetos.
- (C) Acometimento subvalvar.
- (D) Gradiente diastólico transvalvar.
- (E) Grau de calcificação valvar.

QUESTÃO 29

Em gestantes com estenose mitral reumática sintomática e escore de Wilkins-Block 9, o procedimento percutâneo poderá ser considerado se:

- (A) O aparelho subvalvar e a calcificação forem ≤ 2 .
- (B) Não houver hipertensão pulmonar.
- (C) A paciente apresentar fibrilação atrial crônica.
- (D) O átrio esquerdo for maior que 55 mm.
- (E) A PSAP for inferior a 50 mmHg.

QUESTÃO 30

Um paciente do sexo masculino, brevilíneo, é submetido a uma radiografia de tórax em decúbito dorsal. Qual é a expectativa sobre a posição do coração nessa situação?

- (A) Assumirá uma posição mais vertical.
- (B) Permanecerá em posição oblíqua, típica de normolíneos.
- (C) Tornar-se-á mais transversal, dificultando a ausculta.
- (D) Será deslocado superiormente, como em um cadáver.
- (E) Apresentará um eixo longitudinal alongado.

QUESTÃO 31

Em um recém-nascido com diagnóstico de coarctação da aorta, é a consequência hemodinâmica imediata mais característica:

- (A) Aumento do fluxo sanguíneo para a aorta ascendente.
- (B) Diminuição da pressão arterial nos membros superiores.
- (C) Hipertrofia do ventrículo direito devido à sobrecarga de pressão.
- (D) Hipertensão proximal com hipoperfusão distal (pulsos braquiais fortes e femorais diminuídos).
- (E) Dilatação do arco aórtico proximal à obstrução.

QUESTÃO 32

Um paciente com patência do forame oval apresenta um acidente vascular cerebral isquêmico. É o mecanismo fisiopatológico mais provável:

- (A) Trombose *in situ* de artéria cerebral média.
- (B) Embolia paradoxal a partir de um trombo venoso.
- (C) Vasoespasmo arterial por liberação de catecolaminas.
- (D) Hipoperfusão sistêmica crônica.
- (E) Dissecção da artéria carótida interna.

QUESTÃO 33

Assinale a alternativa que descreve corretamente a sístole ventricular:

- (A) Os ventrículos contraem-se e ejetam sangue do ventrículo esquerdo para a aorta e do direito para a artéria pulmonar.
- (B) As valvas mitral e tricúspide reabrem para permitir o enchimento ventricular.
- (C) Os ventrículos contraem-se e ejetam sangue do ventrículo direito para a aorta e do esquerdo para a artéria pulmonar.
- (D) Os átrios relaxam, os ventrículos se enchem e ocorre o prolapso das valvas.
- (E) Os ventrículos se enchem passivamente e ocorre a coaptação dos folhetos valvares.

QUESTÃO 34

É a característica histológica que distingue o ventrículo esquerdo do direito em um coração normal:

- (A) Ausência de músculos papilares.
- (B) Revestimento endocárdico mais delgado.
- (C) Maior quantidade de tecido fibroso no esqueleto cardíaco.
- (D) Presença de trabéculas cárneas mais espessas e numerosas.
- (E) Parede muscular com espessura aproximadamente duas vezes maior.

QUESTÃO 35

Os inibidores do cotransportador 2 de sódio-glicose (iSGLT2) apresentam um bom perfil de tolerabilidade, mas um efeito adverso é comum devido ao seu mecanismo de ação:

- (A) Hipoglicemia severa, apesar da glicosúria.
- (B) Hipercalemia e piora aguda da função renal.
- (C) Aumento do risco de infecções do trato geniturinário.
- (D) Bradicardia sintomática e fosfenos.
- (E) Tosse persistente e debilitante.

QUESTÃO 36

A ivabradina é utilizada no tratamento da IC para redução da frequência cardíaca, atuando por um mecanismo de ação específico:

- (A) Afetar a contratilidade do miocárdio e a repolarização ventricular.
- (B) Inibir a atividade do marca-passo no nó sinoatrial pelo bloqueio seletivo da corrente If.
- (C) Ser um antagonista competitivo dos receptores beta-1 e beta-2.
- (D) Inibir a bomba Na-K ATPase, induzindo aumento no sódio intracelular.
- (E) Produzir vasodilatação periférica por antagonizar os receptores alfa-1.

QUESTÃO 37

Paciente de 68 anos, com ICFeR, em uso de Enalapril 20 mg 12/12h, Carvedilol 25 mg 12/12h e Espironolactona 25 mg/dia. Sua creatinina basal era 2.4 mg/dL. Retorna ao ambulatório com exames que mostram Creatinina 3.2 mg/dL e Potássio 5.8 mEq/L. Com base nos aspectos práticos do manejo de IECA/BRAs, a conduta correta é:

- (A) Manter a dose do Enalapril, pois o aumento da creatinina (33%) foi inferior a 50% da basal.
- (B) Trocar o Enalapril por Losartana, pois esta apresenta menor risco de hipercalemia.
- (C) Aumentar a dose do Enalapril e manter vigilância estreita da função renal.
- (D) Associar Nitrato e Hidralazina, mantendo o IECA e a Espironolactona.
- (E) Considerar a suspensão do IECA (Enalapril), pois o potássio ultrapassou 5.5 mEq/L.

QUESTÃO 38

Sobre os critérios ecocardiográficos de gravidade da estenose mitral importante, assinale a alternativa correta:

- (A) Área valvar mitral $\geq 1,5$ cm² define estenose mitral importante.
- (B) Gradiente diastólico médio AE/VE ≥ 5 mmHg é considerado grave.
- (C) PSAP ≥ 50 mmHg em repouso indica estenose mitral importante.
- (D) Área valvar mitral $> 2,0$ cm² caracteriza valvopatia leve.
- (E) O diagnóstico de estenose mitral grave depende apenas da clínica.

QUESTÃO 39

Quanto ao acompanhamento de pacientes com estenose mitral importante assintomáticos e sem complicadores, é correto afirmar:

- (A) O ecocardiograma deve ser repetido a cada dois meses.
- (B) A reavaliação clínica e ecocardiográfica é recomendada a cada 6 a 12 meses.
- (C) Deve-se indicar cirurgia mesmo sem sintomas.
- (D) O acompanhamento só é necessário se o escore de Wilkins-Block for > 8 .
- (E) O tratamento deve ser exclusivamente farmacológico.

QUESTÃO 40

Paciente feminina, 41 anos, com história prévia de febre reumática na infância, refere dispneia aos médios esforços (CF II da NYHA). Ao ecocardiograma, área valvar mitral de 1,2 cm², PSAP de 55 mmHg e escore de Wilkins-Block 9 (mobilidade 1, espessamento 2, calcificação 3, subvalvar 3). Sem trombo em AE. O melhor manejo para essa paciente é:

- (A) Acompanhamento clínico e reavaliação anual.
- (B) Cirurgia de troca valvar mitral.
- (C) Valvoplastia mitral por cateter-balão.
- (D) Comissurotomia mitral aberta.
- (E) Implante transcater valve-in-MAC.

QUESTÃO 41

O local de ausculta cardíaca no qual se espera melhor ouvir os sons da valva aórtica é:

- (A) No 2º espaço intercostal direito, junto ao esterno.
- (B) No 4º espaço intercostal esquerdo, junto ao esterno.
- (C) No 5º espaço intercostal direito, junto ao esterno.
- (D) No 5º espaço intercostal esquerdo, na linha medioclavicular.
- (E) No 2º espaço intercostal esquerdo, junto ao esterno.

QUESTÃO 42

A obstrução da artéria coronária mais comumente associada ao infarto da parede anterior do ventrículo esquerdo e ao bloqueio do ramo esquerdo é a:

- (A) Coronária direita.
- (B) Circunflexa.
- (C) Interventricular anterior.
- (D) Marginal direita.
- (E) Coronária esquerda principal.

QUESTÃO 43

A estrutura cardíaca que serve como ponto de inserção para os folhetos valvares e atua como um isolante elétrico entre os átrios e os ventrículos é o:

- (A) Pericárdio seroso.
- (B) Septo interatrial.
- (C) Sistema de fibras de Purkinje.
- (D) Esqueleto fibroso do coração.
- (E) Miocárdio compacto.

QUESTÃO 44

De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025, qual é a recomendação sobre o início do tratamento medicamentoso em indivíduos com pressão arterial entre 130-139/80-89 mmHg:

- (A) Deve-se iniciar tratamento medicamentoso imediatamente para todos os pacientes nessa faixa de pressão arterial.
- (B) Recomenda-se tratamento medicamentoso após 3 meses de medidas não medicamentosas para indivíduos com alto risco cardiovascular.
- (C) O tratamento medicamentoso está contraindicado nessa faixa pressórica, sendo indicadas apenas medidas não medicamentosas.
- (D) Deve-se aguardar 6 meses de medidas não medicamentosas antes de iniciar tratamento farmacológico, independentemente do risco cardiovascular.
- (E) O tratamento medicamentoso só deve ser iniciado se a pressão arterial atingir valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg.

QUESTÃO 45

Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, qual é a meta de pressão arterial recomendada para pacientes hipertensos com doença renal crônica ou diabetes mellitus:

- (A) PA < 140/90 mmHg para redução de eventos cardiovasculares e preservação da função renal.
- (B) PA < 120/70 mmHg para todos os pacientes com doença renal crônica independentemente da presença de diabetes.
- (C) PA < 130/80 mmHg para redução de eventos cardiovasculares e falência renal.
- (D) PA < 135/85 mmHg, evitando-se metas mais rigorosas pelo risco de hipotensão e piora da função renal.
- (E) PA < 125/75 mmHg exclusivamente para pacientes diabéticos com albuminúria.

QUESTÃO 46

Paciente de 58 anos, sexo masculino, com diagnóstico recente de hipertensão arterial sistêmica. Apresenta PA de consultório de 152/96 mmHg em três ocasiões diferentes. Realizou MAPA que confirmou hipertensão arterial estágio 2. Na investigação complementar, apresenta: glicemia de jejum 118 mg/dL, HbA1c 6,2%, creatinina 1,1 mg/dL, TFG estimada 72 mL/min/1,73m², relação albumina/creatinina urinária 180 mg/g, colesterol total 245 mg/dL, LDL 165 mg/dL. Ecocardiograma sem alterações significativas. Nega tabagismo. IMC 32 kg/m². De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, qual é a conduta terapêutica mais adequada para este paciente:

- (A) Iniciar monoterapia com diurético tiazídico e reavaliar resposta terapêutica após 4 semanas, mantendo meta de PA < 140/90 mmHg.
- (B) Prescrever apenas medidas não medicamentosas por 3 meses antes de introduzir tratamento farmacológico, com meta de PA < 130/80 mmHg.
- (C) Iniciar betabloqueador em monoterapia devido ao sobrepeso do paciente, com meta de PA < 140/90 mmHg.
- (D) Aguardar confirmação diagnóstica de diabetes mellitus para definir a estratégia terapêutica e a meta pressórica adequada.
- (E) Iniciar tratamento medicamentoso imediatamente com associação de dois anti-hipertensivos, preferencialmente IECA ou BRA associado a BCC ou diurético, com meta de PA < 130/80 mmHg.

QUESTÃO 47

Homem de 62 anos é admitido no pronto-socorro com dor torácica retroesternal intensa há 2 horas, com irradiação para mandíbula e sudorese fria. O eletrocardiograma demonstra supradesnivelamento do segmento ST de 2,5 mm em V2 e V3, além de 1,5 mm em DII, DIII e aVF. Segundo o Guideline 2025 ACC/AHA para Síndromes Coronarianas Agudas, a conduta antiagregante plaquetária dupla inicial recomendada para este paciente, antes da intervenção coronária percutânea primária, consiste em:

- (A) Aspirina 162-325 mg mastigada e ticagrelor 180 mg via oral.
- (B) Aspirina 81 mg via oral e clopidogrel 300 mg via oral.
- (C) Aspirina 75 mg via oral e prasugrel 30 mg via oral.
- (D) Clopidogrel 600 mg via oral isoladamente, sem aspirina.
- (E) Aspirina 100 mg via oral e ticlopidina 250 mg via oral.

QUESTÃO 48

Mulher de 55 anos, 58 kg, comparece ao hospital com quadro de infarto com supradesnivelamento do segmento ST na parede anterior, sendo submetida com sucesso a intervenção coronária percutânea primária. Durante a internação, a equipe médica opta por prescrever prasugrel como inibidor de P2Y12. Considerando as recomendações do Guideline 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI para manejo de síndromes coronarianas agudas, a dose de manutenção apropriada de prasugrel para esta paciente é:

- (A) 5 mg via oral uma vez ao dia, devido ao peso corporal inferior a 60 kg.
- (B) 10 mg via oral uma vez ao dia.
- (C) 7,5 mg via oral duas vezes ao dia, ajustada para o sexo feminino.
- (D) 2,5 mg via oral uma vez ao dia, devido ao risco hemorrágico elevado.
- (E) 15 mg via oral uma vez ao dia na primeira semana, seguida de 10 mg.

QUESTÃO 49

Paciente apresenta-se na Atenção Primária com turgência venosa jugular, refluxo hepatojugular e terceira bulha, sendo classificado com alta probabilidade clínica de Insuficiência Cardíaca. Conforme o fluxograma diagnóstico, a conduta imediata recomendada é:

- (A) Realizar BNP ou NT-Pro-BNP para confirmar a suspeita diagnóstica.
- (B) Realizar ecocardiograma para mensurar a fração de ejeção antes de tratar.
- (C) Considerar o diagnóstico de IC e iniciar o tratamento, incluindo diuréticos.
- (D) Solicitar escores de Boston e Framingham para reclassificar a probabilidade.
- (E) Encaminhar ao serviço especializado para investigação inicial.

QUESTÃO 50

Um paciente com IC sintomático (FEVE $\leq 35\%$), em tratamento otimizado com doses máximas de IECA, betabloqueador e espirolactona, é avaliado para substituição do IECA. Para ser elegível ao uso de sacubitril valsartana, ele deve atender aos seguintes critérios:

- (A) Classe funcional NYHA I e fração de ejeção reduzida $< 40\%$.
- (B) Idade inferior a 75 anos, classe funcional NYHA II e BNP > 150 pg/mL.
- (C) Qualquer idade, classe funcional NYHA III ou IV e fração de ejeção $< 40\%$.
- (D) Ser intolerante ao IECA por tosse e apresentar níveis de BNP < 150 pg/mL.
- (E) Ter idade inferior a 75 anos e estar em uso concomitante de um IECA.

QUESTÃO 51

A terapia da IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr) prevê a otimização do tratamento para pacientes que seguem sintomáticos. Conforme o fluxograma de tratamento, um dos critérios para adicionar a dapagliflozina à terapia padrão é:

- (A) Classe funcional NYHA II, idade inferior a 75 anos e BNP > 150 pg/mL.
- (B) Fração de ejeção reduzida $< 35\%$ e níveis de NT-ProBNP > 600 pg/mL.
- (C) Intolerância a IECA e ARA II por hipercalcemia.
- (D) Classe funcional NYHA II a IV e fração de ejeção reduzida $< 40\%$.
- (E) Classe funcional NYHA I, assintomático, com FEVE $< 40\%$.

QUESTÃO 52

Sobre a estratificação do risco cardiovascular em indivíduos com sobrepeso ou obesidade, é correto afirmar:

- (A) O escore PREVENT deve ser utilizado apenas em pessoas com IMC ≥ 40 kg/m².
- (B) O escore PREVENT substituiu o Pooled Cohort Equations por maior acurácia e inclusão de risco de insuficiência cardíaca.
- (C) O escore PREVENT não considera a presença de diabetes ou doença renal crônica.
- (D) O escore PREVENT é indicado exclusivamente para prevenção secundária.
- (E) O escore PREVENT deve ser aplicado em indivíduos com menos de 18 anos.

QUESTÃO 53

Considerando as metas de perda de peso para redução de fatores de risco cardiovasculares, assinale a alternativa correta:

- (A) A perda de peso deve ser de, no mínimo, 10% em todos os casos.
- (B) A diretriz recomenda perda mínima de 3% para impacto clínico.
- (C) Apenas a perda de peso superior a 15% reduz eventos cardiovasculares.
- (D) A perda de peso de 5% é indicada apenas para indivíduos com diabetes tipo 2.
- (E) A perda de peso de 5% é suficiente para reduzir fatores de risco como hipertensão e dislipidemia.

QUESTÃO 54

Homem de 57 anos, IMC de 36 kg/m², portador de diabetes tipo 2 há 12 anos, hipertensão e DAC estável, faz uso de metformina, enalapril e estatina. O escore PREVENT estimou risco DASCV > 20% em 10 anos. De acordo com a diretriz de 2025, qual das seguintes estratégias farmacológicas está mais indicada para este paciente?

- (A) Orlistate isolado.
- (B) Sibutramina.
- (C) Semaglutida subcutânea.
- (D) Tirzepatida oral.
- (E) Furosemida.

QUESTÃO 55

Em relação ao diagnóstico clínico da Hipercolesterolemia Familiar (HF) segundo a *Dutch Lipid Clinic Network* (DLCN), assinale a alternativa correta:

- (A) O diagnóstico é considerado “possível” quando a pontuação é superior a 8.
- (B) A presença de mutação funcional no gene LDLR, Apo B-100 ou PCSK9 confere 4 pontos.
- (C) O diagnóstico é considerado de “certeza” quando a pontuação é maior que 8.
- (D) Arco corneano antes dos 45 anos soma 2 pontos.
- (E) LDL-c entre 190 e 249 mg/dl recebe 5 pontos.

QUESTÃO 56

Sobre o rastreamento da Hipercolesterolemia Familiar (HF), segundo a Diretriz Brasileira de 2021, é correto afirmar:

- (A) O rastreamento universal deve ser feito apenas após os 18 anos.
- (B) O rastreamento universal é indicado para todas as pessoas acima dos 10 anos.
- (C) A dosagem de lípidos deve ser repetida anualmente em todos os adultos.
- (D) O rastreamento em cascata é indicado apenas em casos homozigóticos.
- (E) Crianças com história familiar de DAC precoce devem ser rastreadas após os 15 anos.

QUESTÃO 57

Uma mulher de 52 anos com hipertrofia ventricular esquerda de etiologia incerta é encaminhada para ressonância magnética cardíaca. Durante o exame, observam-se valores de T1 nativo marcadamente elevados e realce tardio transmural difuso em padrão subendocárdico acometendo toda a extensão ventricular. Qual o diagnóstico mais provável baseado nestes achados de mapeamento paramétrico:

- (A) Amiloidose cardíaca tipo ATTR.
- (B) Miocardiopatia hipertrófica com fibrose difusa.
- (C) Doença de Anderson-Fabry com depósito lipídico.
- (D) Cardiomiopatia dilatada com aumento de volume extracelular.
- (E) Infarto do miocárdio anterior com pseudoaneurisma.

QUESTÃO 58

Um adolescente de 16 anos, atleta de elite, é submetido a ecocardiograma que evidencia hipertrofia ventricular esquerda com espessura de 14 mm. Diante da incerteza diagnóstica entre cardiomiopatia hipertrófica e coração de atleta, a ressonância magnética cardíaca é solicitada. O mapa T1 e a fração de volume extracelular encontram-se nos valores normais ou reduzidos, com ausência de realce tardio. Qual a conclusão mais apropriada:

- (A) Diagnóstico de cardiomiopatia hipertrófica com baixa fibrose.
- (B) Indicação de desfibrilador implantável por risco de morte súbita.
- (C) Necessidade de biópsia cardíaca para confirmação diagnóstica.
- (D) Diagnóstico definitivo de fibrose miocárdica difusa oculta.
- (E) Exclusão de cardiomiopatia hipertrófica, sugerindo alterações adaptativas do coração de atleta.

QUESTÃO 59

Uma mulher de 72 anos é submetida a tomografia computadorizada cardíaca para planejamento de implante transcater de valva aórtica. Durante a avaliação, o radiologista identifica calcificação importante na via de saída do ventrículo esquerdo, estendendo-se da valva aórtica calcificada para o septo perimembranoso com comprimento de 6 mm. Considerando as recomendações da Diretriz SBC/CBR 2024, essa paciente apresenta risco aumentado de:

- (A) Bloqueio atrioventricular de alto grau após o implante da prótese.
- (B) Ruptura da via de saída do ventrículo esquerdo durante o procedimento, com elevada mortalidade associada.
- (C) Oclusão do óstio da artéria coronária esquerda no pós-procedimento imediato.
- (D) Escape paraprotético significativo devido ao subdimensionamento da prótese.
- (E) Embolia cerebral por fragmentação das calcificações durante a passagem do dispositivo.

QUESTÃO 60

Um homem de 48 anos apresenta dor torácica em repouso. O eletrocardiograma mostra elevação de segmento ST em parede anterior. A angiografia coronária não evidencia estenose significativa nas artérias coronárias epicárdicas, sugerindo infarto de miocárdio com artérias coronárias não obstrutivas (MINOCA). A ressonância magnética cardíaca é realizada e evidencia realce tardio subepicárdico ao longo da parede anterior ventricular esquerda. Qual o diagnóstico etiológico mais provável baseado neste padrão de realce tardio?

- (A) Miocardiopatia hipertrófica com infarto miocárdico transmural.
- (B) Miocardite aguda com padrão inflamatório subepicárdico.
- (C) Infarto subendocárdico por vasoespasm coronariano.
- (D) Cardiomiopatia de Takotsubo com disfunção apical.
- (E) Dissecção coronária espontânea com trombose.

Esta folha não possui validade para fins de avaliação, servindo apenas como rascunho e podendo ser destacada e levada pelo candidato para conferência.

GABARITO – RASCUNHO

1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E
11	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E
16	A	B	C	D	E
17	A	B	C	D	E
18	A	B	C	D	E
19	A	B	C	D	E
20	A	B	C	D	E

21	A	B	C	D	E
22	A	B	C	D	E
23	A	B	C	D	E
24	A	B	C	D	E
25	A	B	C	D	E
26	A	B	C	D	E
27	A	B	C	D	E
28	A	B	C	D	E
29	A	B	C	D	E
30	A	B	C	D	E
31	A	B	C	D	E
32	A	B	C	D	E
33	A	B	C	D	E
34	A	B	C	D	E
35	A	B	C	D	E
36	A	B	C	D	E
37	A	B	C	D	E
38	A	B	C	D	E
39	A	B	C	D	E
40	A	B	C	D	E

41	A	B	C	D	E
42	A	B	C	D	E
43	A	B	C	D	E
44	A	B	C	D	E
45	A	B	C	D	E
46	A	B	C	D	E
47	A	B	C	D	E
48	A	B	C	D	E
49	A	B	C	D	E
50	A	B	C	D	E
51	A	B	C	D	E
52	A	B	C	D	E
53	A	B	C	D	E
54	A	B	C	D	E
55	A	B	C	D	E
56	A	B	C	D	E
57	A	B	C	D	E
58	A	B	C	D	E
59	A	B	C	D	E
60	A	B	C	D	E