



# SÍRIO-LIBANÊS

PROCESSO SELETIVO 2026 | RESIDÊNCIA MÉDICA SÍRIO-LIBANÊS

## 006. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM CARDIOLOGIA

Especialidade: **Ergometria**  
(OPÇÃO: 009)

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 30 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição deste caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

**AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.**

Nome do candidato \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

Inscrição \_\_\_\_\_

Prédio \_\_\_\_\_

Sala \_\_\_\_\_

Carteira \_\_\_\_\_



## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

01. Homem, 62 anos, tabagista, hipertenso e diabético, procura o pronto-socorro com dor torácica opressiva há 2 horas, irradiada para braço esquerdo, acompanhada de sudorese fria. Na chegada: PA: 138/82 mmHg, FC: 78 bpm, SpO<sub>2</sub>: 95%, sem sinais de insuficiência cardíaca ou choque. Exames laboratoriais iniciais ainda não disponíveis. O ECG de 12 derivações está ilustrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

O hospital dispõe de sala de hemodinâmica, porém a previsão de disponibilidade é apenas em 2 horas.

Qual a conduta inicial mais adequada nesse caso?

- (A) Iniciar heparina não fracionada, dupla antiagregação plaquetária (AAS + inibidor de P2Y12) e aguardar a sala de hemodinâmica, realizando angioplastia de resgate caso não haja melhora clínica.
- (B) Realizar fibrinólise imediata, associada à dupla antiagregação e anticoagulação, e, posteriormente, transferir para estratégia invasiva com cateterismo.
- (C) Administrar AAS e manter em observação até disponibilidade da hemodinâmica, uma vez que o paciente se encontra hemodinamicamente estável.
- (D) Indicar cirurgia de revascularização miocárdica de emergência, considerando supra de ST inferior e múltiplos fatores de risco.
- (E) Iniciar anticoagulação com enoxaparina, aguardando a janela para angioplastia primária.

02. Homem, 68 anos, hipertenso e diabético, procura o pronto-socorro com dor torácica típica há 3 horas. No ECG de 12 derivações, observa-se elevação do ST em DII, DIII e aVF, com depressão recíproca em aVL. Exames laboratoriais iniciais ainda sem troponina disponível. Durante a avaliação, o paciente evolui com bradicardia sinusal importante (FC: 38 bpm), PA: 80/50 mmHg, turgência jugular, estertores ausentes e campos pulmonares limpos à ausculta.

Qual é a conduta inicial mais apropriada?

- (A) Administrar diurético de alça para tratar a congestão venosa sistêmica.
- (B) Iniciar nitroglicerina endovenosa para alívio da dor e melhora do enchimento ventricular.
- (C) Iniciar reposição volêmica com solução salina e considerar atropina para bradicardia sintomática.
- (D) Implantar marcapasso provisório imediatamente, independentemente, da resposta clínica inicial.
- (E) Administrar betabloqueador de ação curta (metoprolol) para controle da frequência cardíaca.

03. Mulher de 45 anos, assintomática, comparece ao consultório após exame de rotina.

O ecocardiograma mostra:

- Valva mitral com espessamento discreto e calcificação leve;
- Área valvar mitral estimada em 2,0 cm<sup>2</sup>;
- Pressão sistólica da artéria pulmonar: 28 mmHg;
- Função ventricular preservada.

Ao exame físico: sopro diastólico suave em foco mitral, sem sinais de congestão.

Qual é a conduta mais adequada nesse caso?

- (A) Encaminhar imediatamente para valvotomia mitral percutânea por balão.
- (B) Iniciar anticoagulação oral pelo risco elevado de eventos tromboembólicos.
- (C) Manter acompanhamento clínico e ecocardiográfico periódico, sem intervenção imediata.
- (D) Indicar cirurgia de troca valvar mitral devido à área valvar < 2,5 cm<sup>2</sup>.
- (E) Prescrever profilaxia antibiótica rotineira para todos os procedimentos odontológicos.

**04.** Homem, 58 anos, portador de hipertensão arterial, apresenta palpitações e fadiga aos esforços moderados (classe funcional II – NYHA), com início recente. Nega antecedente de dispneia ou arritmia.

Ao exame físico: ritmo irregular, sopro holossistólico em foco mitral irradiado para axila.

O ecocardiograma evidencia:

- Insuficiência mitral grave (jato holossistólico central, vena contracta > 0,7 cm, volume regurgitante 65 mL, orifício regurgitante efetivo 0,45 cm<sup>2</sup>);
- Átrio esquerdo dilatado (volume AE indexado: 48 mL/m<sup>2</sup>);
- Ventrículo esquerdo com FEVE 60%, diâmetro sistólico final 38 mm;
- Pressão sistólica da artéria pulmonar estimada em 48 mmHg.

ECG: fibrilação atrial.

Considerando que o paciente não apresenta contraindicação cirúrgica, e a anatomia valvar é favorável à plastia, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada nesse caso.

- (A) Manter acompanhamento clínico, pois o paciente permanece assintomático com função ventricular preservada.
- (B) Indicar cirurgia valvar mitral eletiva, dado o diagnóstico de insuficiência mitral grave com início de fibrilação atrial e repercussão hemodinâmica.
- (C) Iniciar apenas anticoagulação oral e controle de frequência cardíaca para fibrilação atrial.
- (D) Indicar troca valvar mitral imediata, pois a plastia mitral não tem benefício nesse contexto.
- (E) Tratar com diuréticos e betabloqueadores, reservando cirurgia para quando houver disfunção ventricular.

**05.** Mulher, 28 anos, assintomática, deseja engravidar. Antecedentes: febre reumática na infância. Exame físico: sopro diastólico em foco mitral.

O ecocardiograma mostra:

- Área valvar mitral: 1,2 cm<sup>2</sup>;
- Pressão sistólica da artéria pulmonar em repouso: 36 mmHg;
- Ritmo sinusal;
- Função ventricular esquerda preservada;
- Sem trombos em AE;
- Score ecocardiográfico de Wilkins: 7.

Qual é a conduta mais adequada segundo diretrizes atuais?

- (A) Indicar valvotomia mitral percutânea por balão antes da gravidez, dados a estenose grave e o risco materno-fetal.
- (B) Liberar a paciente para engravidar sem intervenções, visto que está assintomática e em ritmo sinusal.
- (C) Indicar anticoagulação plena preventiva antes da gravidez.
- (D) Programar cirurgia de troca valvar mitral eletiva antes da gravidez.
- (E) Iniciar betabloqueador para prevenção de complicações durante a gestação e reavaliar apenas após o parto.

**06.** Homem, 74 anos, com histórico de estenose aórtica grave diagnosticada em ecocardiograma (área valvar: 0,8 cm<sup>2</sup>; gradiente médio: 45 mmHg; FEVE preservada), procura o pronto-socorro com quadro de melena e anemia ferropriva. Colonoscopia revela angiodisplasia de cólon direito. Após estabilização inicial com reposição volêmica e transfusão, o paciente mantém episódios recorrentes de sangramento.

Qual a conduta mais apropriada para reduzir o risco de novos episódios de hemorragia digestiva nesse paciente?

- (A) Iniciar anticoagulação oral profilática para prevenir trombose da angiodisplasia.
- (B) Realizar apenas cauterização endoscópica da angiodisplasia e seguimento clínico.
- (C) Introduzir ácido tranexâmico como profilaxia de novos episódios de sangramento.
- (D) Manter reposição de ferro oral crônica, sem intervenção adicional.
- (E) Indicar troca valvar aórtica, visto que a correção da estenose reduz os episódios hemorrágicos.

**07.** Mulher, 67 anos, previamente hígida, apresenta dor torácica intensa iniciada após constatar morte traumática de irmão mais novo. No pronto-socorro, foi realizado o eletrocardiograma ilustrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

- Troponina ultrasensível elevada.

A paciente foi encaminhada para a hemodinâmica, e realizado cateterismo cardíaco que evidenciou artérias coronárias sem lesões obstrutivas significativas. Foi realizado ecocardiograma que evidenciou: acinesia apical e hipercinesia basal, com fração de ejeção reduzida (35%).

Com base nesse quadro, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Infarto agudo do miocárdio com supra de ST (IAM-  
-ST) secundário à trombose coronária recanalizada.
- (B) Miocardite viral aguda.
- (C) Pericardite aguda.
- (D) Síndrome de Takotsubo.
- (E) Dissecção espontânea de artéria coronária.

**08.** Homem, 41 anos, comparece ao consultório com história de hipertensão arterial há 5 anos, em uso de losartana 100 mg/dia + anlodipina 10 mg/dia + hidroclorotiazida 25 mg/dia, sem controle pressórico adequado (PA: média 165/100 mmHg). Refere episódios de cefaleia, palpitações e sudorese intensa paroxística, acompanhados de elevações súbitas da pressão arterial.

Exames laboratoriais: potássio sérico normal, função renal preservada.

Ao exame físico: PA: elevada em ambos os braços – 160 x 105 mmHg, sem sopros abdominais ou carotídeos.

Qual é a principal hipótese diagnóstica e o próximo passo na investigação?

- (A) Hipertensão renovascular; solicitar Doppler de artérias renais.
- (B) Hiperaldosteronismo primário; dosar atividade de renina plasmática e aldosterona.
- (C) Feocromocitoma; solicitar metanefrinas ou catecolaminas em plasma/urina de 24h.
- (D) Hipertireoidismo; dosar TSH e T4 livre.
- (E) Apneia obstrutiva do sono; realizar polissonografia.

**09.** Homem, 58 anos, tabagista, diabético, com histórico de aterosclerose periférica, apresenta hipertensão arterial resistente (em uso de 4 drogas anti-hipertensivas em doses plenas, incluindo diurético). Nos últimos 6 meses, houve queda progressiva da função renal (taxa de filtração glomerular: 62 → 38 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>). Relata três internações por episódios de edema agudo de pulmão de repetição, sem disfunção ventricular esquerda importante ao eco. Ao exame físico: sopro sistólico em região periumbilical. Doppler de artérias renais: estenose ≥ 80% em artéria renal direita; artéria renal esquerda com fluxo preservado.

A conduta mais adequada nesse caso é:

- (A) manter tratamento clínico com intensificação do regime anti-hipertensivo.
- (B) indicar angioplastia com stent em artéria renal direita, dada a presença de hipertensão resistente, deterioração da função renal e edema agudo de pulmão recorrente.
- (C) indicar cirurgia aberta de revascularização da artéria renal, por apresentar estenose > 70%.
- (D) suspender imediatamente IECA/BRA para evitar piora da função renal, sem necessidade de intervenção adicional.
- (E) realizar nefrectomia do rim direito, já que há estenose grave unilateral.

**10.** Homem, 35 anos, procura atendimento por hipertensão arterial de difícil controle. Exames laboratoriais mostram hipocalcemia persistente e sódio normal, na ausência de uso de diuréticos ou laxantes. O eletrocardiograma de repouso apresenta ondas U difusas. Não há história familiar de doença renal ou endocrinopatia.

Pensando na principal hipótese diagnóstica nesse cenário, o exame inicial recomendado para a investigação diagnóstica é:

- (A) tomografia computadorizada de abdome.
- (B) dosagem de metanefrinas plasmáticas livres.
- (C) relação aldosterona plasmática/atividade de renina plasmática.
- (D) polissonografia.
- (E) teste de supressão com fludrocortisona.

**11.** Homem, 56 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial há 8 anos, em uso irregular de bloqueador do canal de cálcio. Comparece para avaliação com PA média de 172/104 mmHg em consultório.

Exames complementares:

- Creatinina sérica: 1,8 mg/dL (TFG estimada 48 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>);
- Urina: microalbuminúria 350 mg/g creatinina;
- Ecodopplercardiograma: hipertrofia ventricular esquerda concêntrica, FEVE preservada;
- Sem diabetes *mellitus* ou DCV clínica estabelecida.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada nesse caso.

- (A) Intensificar tratamento anti-hipertensivo com alvo pressórico < 140/90 mmHg.
- (B) Iniciar terapia anti-hipertensiva tripla com alvo pressórico < 120/80 mmHg.
- (C) Manter tratamento clínico conservador apenas com mudanças no estilo de vida, já que não apresenta sintomas.
- (D) Considerar o uso de diurético tiazídico isolado.
- (E) Associar inibidor da ECA ou bloqueador do receptor de angiotensina como base do tratamento, com alvo pressórico < 130/80 mmHg.

12. Homem, 62 anos, portador de hipertensão arterial, infarto prévio e diabetes *mellitus* tipo 2, apresenta dispneia aos pequenos esforços. Realizou ecocardiograma que evidenciou fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE = 35%) e hipocinesia difusa com predomínio anteroapical. Pressão arterial em consultório: 122/76 mmHg; função renal preservada (TFG 65 mL/min/1,73m<sup>2</sup>); potássio sérico: 4,5 mEq/L. Os exames funcionais não mostram isquemia. Encontra-se em uso regular de carvedilol 25 mg 2x/dia e enalapril 20 mg 2x/dia.

De acordo com as diretrizes atuais, assinale a alternativa que apresenta o próximo passo mais adequado no tratamento.

- (A) Manter IECA, betabloqueador e associar digitálico oral.
- (B) Substituir IECA por sacubitril/valsartana, associar antagonista de mineralocorticoide e inibidor de SGLT2.
- (C) Acrescentar diurético de alça, para reduzir progressão da doença.
- (D) Suspender o IECA e manter betabloqueador, já que a pressão arterial está normal-baixa.
- (E) Encaminhar para equipe de transplante cardíaco, pela FEVE reduzida.

13. Homem, 65 anos, com IC com fração de ejeção reduzida (FEVE 28%), NYHA III, sem congestão ao exame clínico, está com terapia farmacológica plena e otimizada. Exame físico: PA: 118/72 mmHg, FC: 68 bpm (ritmo sinusal); ECG: aparenta morfologia de bloqueio do ramo esquerdo com duração de QRS 138 ms. Laboratório: ferritina: 45 µg/L, saturação da transferrina: 17%, Hb: 13,2 g/dL, TFG: 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, K: 4,7 mEq/L. Ecocardiograma: VE dilatado; insuficiência mitral discreta; VD normal, sem sinais de hipertensão pulmonar.

Qual é o próximo passo que mais provavelmente melhora sintomas e reduz hospitalizações por IC nesse momento?

- (A) Iniciar ferro intravenoso e reavaliar funcionalmente após a reposição.
- (B) Encaminhar imediatamente para implante de marca-passo para ressincronização cardíaca.
- (C) Acrescentar ivabradina.
- (D) Iniciar diurético de alça de manutenção.
- (E) Encaminhar para implante de cardioversor desfibrilador (CDI).

14. Homem, 35 anos, com histórico de displasia arritmogênica do ventrículo direito e desfibrilador implantável (CDI) para prevenção primária, procura avaliação após receber um choque. Ele não faz uso de nenhuma medicação atualmente. PA: 130/60 mmHg, FC: 72 bpm. Exame físico sem alterações. A análise do dispositivo mostrou que o choque foi por taquicardia supraventricular (TSV) a 160 bpm.

Seu eletrocardiograma (ECG) da visita prévia está disponível a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual a medicação mais apropriada no manejo desse paciente?

- (A) Bloqueador de canal de cálcio.
- (B) Amiodarona.
- (C) Flecainida.
- (D) Betabloqueador.
- (E) Procainamida.

15. Uma mulher de 56 anos procura atendimento médico com história de dispneia progressiva aos esforços há 1 mês. História médica prévia: diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, asma grave, depressão e hipotireoidismo. Medicamentos: metformina 500 mg 2x/dia, olmesartana 20 mg/dia, atorvastatina 20 mg/dia, sertralina 50 mg/dia, levotiroxina 88 mcg/dia, fluticasona/salmeterol 250/50 mcg inalatório 2x/dia e inalador de salbutamol de resgate cerca de 2x/dia.

Exame físico: PA: 90/60 mmHg, FC: 68 bpm. Restante do exame físico normal.

BNP elevado: 300 pg/mL. Outros exames laboratoriais, incluindo função tireoidiana e painel metabólico, são normais.

Ecocardiograma: disfunção sistólica grave de ventrículo esquerdo.

Qual é o próximo passo mais apropriado na avaliação dessa paciente?

- (A) Ressonância magnética cardíaca.
- (B) Angiografia coronária.
- (C) Cintilografia com tecnécio-99m pirofosfato.
- (D) PET com fluorodesoxiglicose (18F-FDG).
- (E) Cintilografia de perfusão miocárdica com adenosina.

16. Homem, 78 anos, com doença arterial coronariana, fibrilação atrial permanente, diabetes *mellitus*, hipertensão e cardiomiopatia isquêmica é admitido no hospital por insuficiência cardíaca descompensada. Nas últimas semanas, notou ganho de peso, edema e dispneia progressiva aos mínimos esforços.

Medicações domiciliares: apixabana 5 mg 2x/dia, atorvastatina 40 mg/dia, sacubitril/valsartana 97/103 mg 2x/dia, metoprolol succinato 100 mg/dia, furosemida 20 mg 2x/dia.

Exame físico: FC: 90 bpm, PA: 122/68 mmHg, SpO<sub>2</sub>: 95% em O<sub>2</sub>: 4 L. Pressão venosa jugular: 14 cm H<sub>2</sub>O, estertores bilaterais até metade dos campos pulmonares. Ritmo irregular. Sopros sistólico holossistólico 2+/6 no ápice com B3 presente. Edema até joelhos.

Laboratório de admissão: leucócitos: 5.600/ $\mu$ L, Hb: 9 g/dL, plaquetas: 180.000/ $\mu$ L, sódio: 132 mEq/L, potássio: 3,8 mEq/L, ureia: 52 mg/dL, creatinina: 1,8 mg/dL.

Ecocardiograma: VE moderadamente dilatado, fração de ejeção 32%, VD normal, PSAP 56 mmHg, insuficiência mitral moderada. Sem grandes mudanças em relação ao eco de 2 anos atrás.

Qual dos seguintes parâmetros apresenta o pior significado prognóstico para risco de mortalidade intra-hospitalar nesse paciente?

- (A) Pressão arterial sistólica.
- (B) Hemoglobina.
- (C) Sódio sérico.
- (D) Fibrilação atrial.
- (E) Ureia sérica.

17. Homem, 45 anos, procura o pronto-socorro com início súbito de dispneia enquanto levantava peso na academia. Relata sopros cardíacos de longa data, mas era saudável e não usava medicações.

Exame físico:

Em insuficiência respiratória aguda; PA: 92/74 mmHg em ambos os braços; FC: 122 bpm, regular; SpO<sub>2</sub>: 84% em ar ambiente.

Exame cardíaco: precórdio hiperdinâmico, presença de B3, sopros sistólico em decrescendo 1+/6 no ápice. Pulmões: estertores difusos. Extremidades frias.

ECG: taquicardia sinusal, sem outras alterações.

Ecocardiograma transtorácico (TTE): janelas ruins; câmaras normais, FEVE 78%, regurgitação mitral/tricúspide leve, VCI normal, integral velocidade-tempo no trato de saída do ventrículo esquerdo (VTI-TSVE) apenas 10 cm (sugere baixo débito).

Qual é o próximo passo mais apropriado na avaliação desse paciente?

- (A) Angiotomografia pulmonar.
- (B) Ecocardiograma transesofágico.
- (C) Estudo com soro fisiológico agitado.
- (D) Cateterismo cardíaco direito e esquerdo.
- (E) Ressonância magnética da aorta torácica.

18. Homem de 68 anos, com histórico de hipertensão arterial e tabagismo, apresenta-se com dispneia súbita intensa que o acordou do sono. Relata dispneia aos esforços nas últimas semanas, mas nunca tão grave. Na chegada do serviço de emergência: FC: 110 bpm; PA: 190/115 mmHg; FR: 35 irpm; SpO<sub>2</sub>: 78% em ar ambiente. Após início de ventilação não invasiva em modo BIPAP, saturação melhora para 94% em O<sub>2</sub> 100%.

Exame físico:

Trabalho respiratório aumentado, diaforético;

Pressão venosa jugular: 12 cm H<sub>2</sub>O;

Estertores pulmonares crepitantes difusos;

Exame cardíaco: B1, B2 e B3 presentes, sopros sistólico apical suave;

Abdome distendido, edema maleolar 1+.

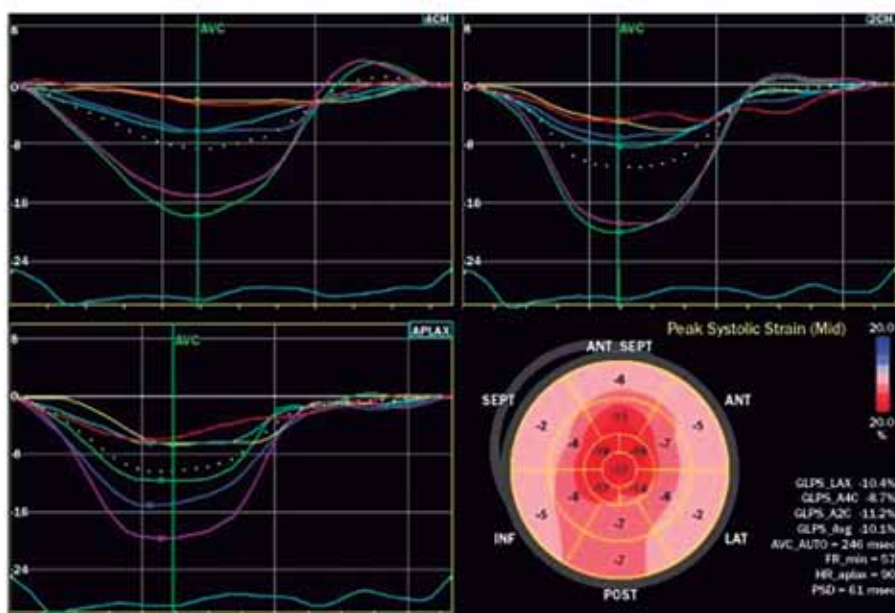
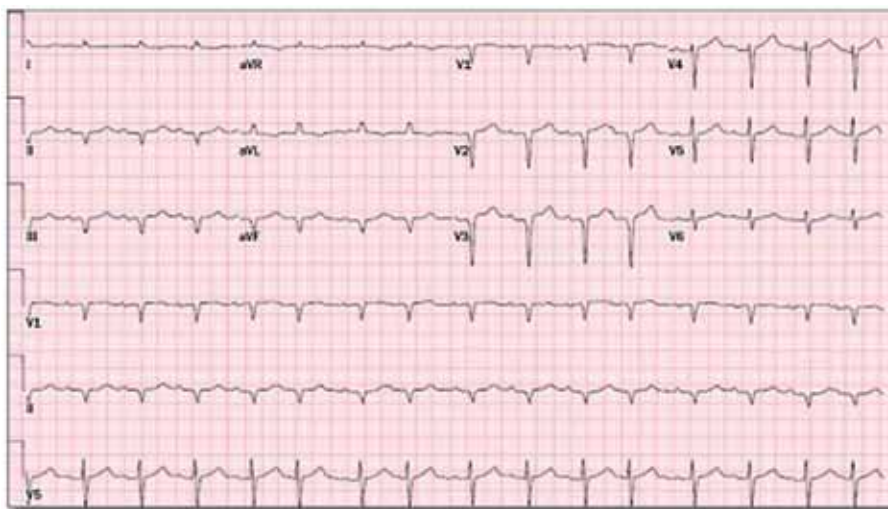
Qual é o exame diagnóstico mais urgente?

- (A) Angiotomografia de tórax para TEP.
- (B) Dosagem de BNP sérico.
- (C) Ecocardiograma.
- (D) Radiografia de tórax.
- (E) Eletrocardiograma.

19. Homem de 65 anos apresenta-se com dispneia progressiva há 3 anos. Inicialmente, recebeu diagnóstico de asma induzida por exercício, mas não melhorou com tratamento.

Ecocardiograma: hipertrofia ventricular esquerda; disfunção diastólica grave; pressão sistólica do VD: 41 mmHg.

As imagens a seguir (ECG + *Speckle Tracking*) mostram espessamento biventricular; aumento biautrial; sem lesões valvares correspondentes.



(Arquivo pessoal; imagens usadas com autorização)

Qual dos seguintes exames tem maior probabilidade de confirmar o diagnóstico correto?

- (A) Cintilografia com tecnécio-99m pirofosfato.
- (B) Painel genético para cardiomiopatia hipertrófica.
- (C) Tomografia computadorizada de alta resolução do tórax.
- (D) Angiografia coronária.
- (E) Ecocardiograma de estresse com exercício.

20. Homem, 79 anos, com hipertensão de longa data, procura avaliação por dispneia aos esforços e ortopneia há 3 meses. Medicamentos: anlodipina e olmesartana. Exame físico: FC: 86 bpm; PA: 148/84 mmHg; SpO<sub>2</sub>: 96% em ar ambiente; IMC: 38 kg/m<sup>2</sup>; PVC: 10 cm H<sub>2</sub>O; ritmo regular, B3 presente, sem sopro; pulmões limpos; edema discreto (1+) em MMII.

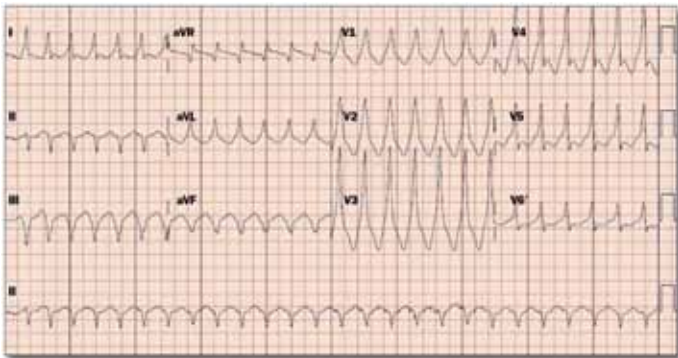
Exames complementares relevantes:

- Ecocardiograma: hipertrofia concêntrica moderada de VE; cavidade normal; FEVE: 65%; disfunção diastólica grau 2; E/e' médio: 15; índice de volume de átrio esquerdo: 39 mL/m<sup>2</sup> (normal < 34);
- BNP: 78 pg/mL (VR < 100);
- Cateterismo direito: PCP: 25 mmHg.

Qual característica do paciente mais provavelmente explica o BNP normal?

- (A) Idade: 79 anos.
- (B) Sexo masculino.
- (C) Índice de volume do AE = 39 mL/m<sup>2</sup>.
- (D) IMC = 38 kg/m<sup>2</sup>.
- (E) E/e' médio = 15.

21. Homem de 75 anos chega ao pronto-socorro com palpitações associadas à tontura. Tem doença arterial coronária e foi submetido à cirurgia de revascularização miocárdica de 3 vasos há 5 anos. No ecocardiograma de 3 meses atrás: FEVE 40%, hipocinesia global e acinesia de parede anterior. No exame, está em leve desconforto, porém orientado. PA: 110/55 mmHg. Foi realizado ECG que está ilustrado a seguir:

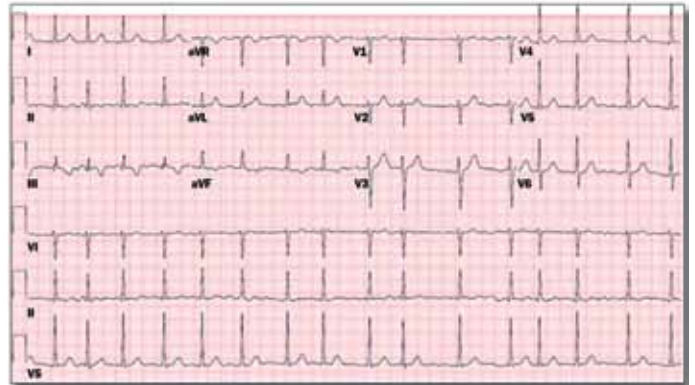


(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual é o mecanismo mais provável da arritmia?

- (A) Pós-despolarização tardia.
- (B) Pós-despolarização precoce.
- (C) Circuito de reentrada.
- (D) Automaticidade anormal.
- (E) Aberrância no contexto de taquicardia supraventricular.

22. Homem de 67 anos, com histórico de doença arterial coronariana, hipertensão, fibrilação atrial (FA) e apneia do sono, vem para avaliação de rotina. Há 2 anos, teve o primeiro episódio de FA, tendo sido cardiovertido e iniciados metoprolol e apixabana. Duas semanas atrás, notou palpitações e realizou um ECG, reproduzido a seguir. Desde então, relata palpitações contínuas, com ritmo irregular confirmado pelo relógio/monitor pessoal.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

A arritmia atual desse paciente deve ser caracterizada como

- (A) fibrilação atrial persistente de longa duração.
- (B) flutter atrial.
- (C) fibrilação atrial persistente.
- (D) fibrilação atrial paroxística.
- (E) fibrilação atrial permanente.

23. Homem, 34 anos, chega à emergência na quarta-feira, após final de semana de consumo excessivo de álcool. Refere palpitações iniciadas no sábado pela manhã e persistentes desde então. Avaliação: ritmo irregular, sinais vitais normais. Sem histórico de hipertensão, diabetes, AVC ou doença vascular. Está anticoagulado com enoxaparina. Submetido à ecocardiograma transesofágico: sem trombo em apêndice atrial esquerdo, átrio tamanho normal, sem contraste espontâneo; FEVE normal, apenas regurgitação mitral discreta. Realizada cardioversão elétrica, com sucesso.

Qual é a duração mais apropriada da anticoagulação após a alta?

- (A) 4 semanas.
- (B) 1 semana.
- (C) Terapia vitalícia.
- (D) Não há necessidade de anticoagulação.
- (E) 12 semanas.

24. Homem de 52 anos, com histórico de fibrilação atrial paroxística, procura o pronto-socorro após episódio de síncope enquanto cozinhava. Referiu tontura antes de cair; episódio testemunhado pela esposa, durou, aproximadamente, 10 segundos, e acordou bem. Na chegada, está bem, FC: 80 bpm, PA: 140/76 mmHg.

Medicações domiciliares: propafenona: 150 mg 2x/dia e metoprolol: 50 mg 2x/dia.

O ECG atual (Figura 1) foi comparado ao ECG do ano passado (Figura 2).

FIGURA 1

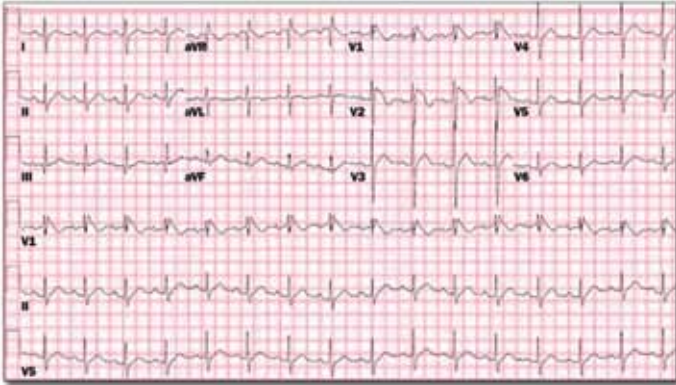
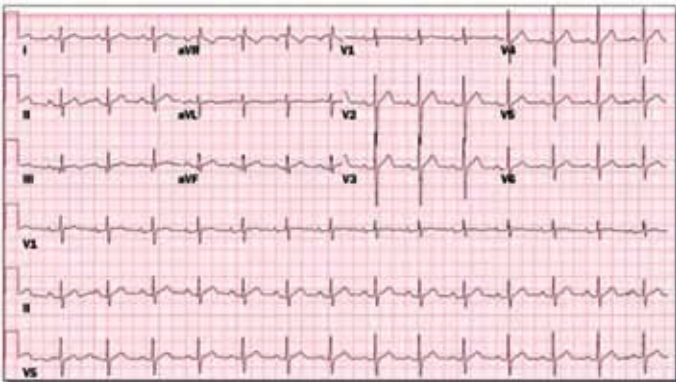


FIGURA 2



(Arquivo pessoal; imagens usadas com autorização)

Qual a explicação mais provável para os achados do ECG atual e a síncope?

- (A) Excesso de betabloqueador.
- (B) Isquemia.
- (C) Aumento do tônus vagal.
- (D) Síndrome de Brugada.
- (E) Torsades de pointes.

25. Homem de 75 anos procura o consultório após dois episódios de quase-síncope nos últimos 2 meses. Os sintomas ocorreram em repouso: enquanto assistia TV e enquanto dirigia. História médica: hipertensão arterial.

Medicação: anlodipina.

Nega dor torácica, dispneia ou palpitações.

Exame físico:

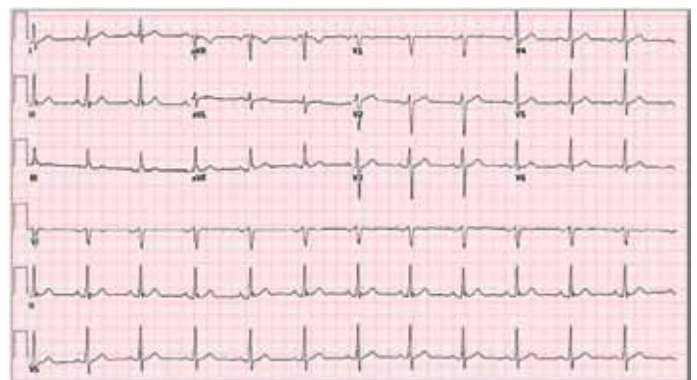
- PA: 145/80 mmHg;
- FC: 49 bpm;
- Sem B3 ou B4, ausência de turgência jugular, pulmões limpos, sem edema;
- ECG: bradicardia sinusal + BAV de 1º grau, sem alterações de ST ou T;
- Ecocardiograma: VE de tamanho normal, FE normal.

Qual é o próximo exame mais adequado para esse paciente?

- (A) Monitorização de eventos por 30 dias.
- (B) Cateterismo cardíaco.
- (C) Teste de inclinação (tilt-table).
- (D) Cintilografia de perfusão miocárdica com vasodilatador (SPECT).
- (E) Ressonância magnética cardíaca.

26. Mulher de 37 anos, previamente hígida, chega ao pronto-socorro com dor torácica em pontada, posicional há 3 dias, pior ao deitar e geralmente em repouso. Nega febre, calafrios, irradiação da dor, palpitações, dispneia ou piora de tolerância ao exercício.

Exame físico: PA: 108/68 mmHg, FC: 76 bpm, T: 37 °C. Sem turgência jugular, pulmões limpos. Ausculta cardíaca com ritmo regular e ruído "chiado/ranhura" melhor audível com o diafragma. Sem edema periférico. ECG de repouso está ilustrado a seguir. Os exames laboratoriais foram enviados.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

No ecocardiograma transtorácico, qual achado é o mais provável?

- (A) Veia cava inferior dilatada.
- (B) *Annulus reversus*.
- (C) Derrame pericárdico pequeno.
- (D) Colapso diastólico do VD.
- (E) Colapso sistólico do átrio direito.

**27.** Mulher, 32 anos, chega ao pronto-socorro com dor torácica em pontada há 1 semana, pior ao deitar. Temperatura: 38,8 °C. Sintomas iniciaram após quadro de diarreia adquirido do filho. Sem outras comorbidades, em uso apenas de anticoncepcional oral.

Exame físico: peso: 65 kg, FC: 105 bpm, PA: 110/75 mmHg, saturação: 99% em ar ambiente. Ausência de pulso paradoxal. Bulhas normais, ausculta cardíaca com atrito pericárdico, pulmões limpos, sem edema de MMII.

Qual opção deve ser incluída no tratamento?

- (A) Prednisona 30 mg/dia em desmame por 1 mês.
- (B) Ácido acetilsalicílico 500 mg/dia por 4 meses.
- (C) Metotrexato 15 mg/semana por 2 meses.
- (D) Colchicina 0,5 mg 2x/dia por 3 meses.
- (E) Ibuprofeno 400 mg/dia por 2 meses em desmame.

**28.** Homem de 62 anos, com histórico de HAS, diabetes *mellitus* tipo 2, tabagismo e câncer de próstata, é avaliado para risco cardíaco pré-operatório antes de prostatectomia. Capacidade funcional: consegue andar em terreno plano sem limitação e subir 2 lances de escada sem angina (boa capacidade funcional > 4 METs). Exame físico: FC: 80 bpm, PA: 145/90 mmHg, SpO<sub>2</sub>: 95%. Ritmo regular com sopro sistólico em crescendo-decrescendo, de pico tardio, 2+/6 em foco aórtico, com A2 diminuída. Pulmões com murmúrio diminuído difusamente, sem estertores. Abdome normal. MMII sem edema, pulsos tibiais 1+/4+.

ECG: ritmo sinusal + hipertrofia de VE.

TC de tórax: calcificação coronária moderada e calcificação valvar aórtica.

Além da cessação do tabagismo, qual o próximo passo mais apropriado?

- (A) Prosseguir para a cirurgia.
- (B) Cintilografia do miocárdio com estresse farmacológico.
- (C) Coronariografia invasiva.
- (D) Ecocardiograma transtorácico.
- (E) Angiotomografia coronária.

**29.** Duas pessoas estão caminhando na rua quando encontram um homem de meia-idade caído no chão. Ele está inconsciente e sem pulso. Um dos indivíduos imediatamente inicia compressões torácicas.

Qual deve ser o próximo passo?

- (A) Iniciar ventilação de resgate.
- (B) Elevar as pernas do paciente.
- (C) Acionar os serviços médicos de emergência.
- (D) Procurar carteira ou pulseira de identificação médica.
- (E) Aplicar pressão cricoide.

**30.** Homem de 68 anos, com miocardiopatia dilatada não isquêmica, apresenta fadiga persistente. Refere que geralmente segue dieta hipossódica, mas recentemente aumentou o consumo de sal, com discreto ganho de peso e edema de MMII.

Medicações:

- Sacubitril/valsartana: 97/103 mg 2x/dia;
- Furosemida: 40 mg/dia;
- Metoprolol: succinato 100 mg/dia;
- Espironolactona: 25 mg/dia.

Exame atual: PA: 100/65 mmHg, FC: 52 bpm.

Ecocardiograma recente: FEVE 35%, insuficiência mitral leve-moderada.

A esposa refere padrão respiratório anormal noturno, sem roncos. Estudo do sono revelou apneia central do sono.

Qual intervenção é recomendada para melhorar desfechos cardiovasculares?

- (A) Oxigenoterapia noturna suplementar.
- (B) Ventilação não invasiva em dois níveis (BiPAP).
- (C) Acetazolamida.
- (D) Ventilação servoadaptativa (ASV).
- (E) Pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP).

