



341442

MODELO DE
PROVA
(VERSÃO)**A**

EXÉRCITO BRASILEIRO
ESCOLA DE SAÚDE E FORMAÇÃO COMPLEMENTAR DO EXÉRCITO

CONCURSO DE ADMISSÃO/2026
PARA MATRÍCULA NO CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE/2027

003. PROVA OBJETIVA

CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS MÉDICOS

ESPECIALIDADE: CARDIOLOGIA

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Certifique-se de que a letra referente ao modelo de sua prova é igual àquela constante em sua folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições.
- Caso haja alguma divergência de informação, comunique ao fiscal da sala para a devida substituição desse 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 4 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 3 horas do início da prova.
- 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 GERAIS

01. Criança de 15 meses de idade, nascida prematura (31 semanas de idade gestacional), com alta da UTI neonatal aos 2 meses de vida é atendida na unidade básica de saúde para atualização do Calendário Nacional de Vacinação do SUS (CNV-SUS). Ao analisar o cartão vacinal, observa-se que todas as últimas doses de vacinação foram administradas adequadamente, conforme o CNV-SUS de 2026. A criança não apresenta intercorrências clínicas no momento, tem desenvolvimento pôndero-estatural adequado para a idade corrigida e não possui histórico de reações adversas graves a componentes vacinais.

Com base nas diretrizes atualizadas do Ministério da Saúde para o CNV-SUS, é correto afirmar que

- (A) a ausência de cicatriz vacinal da BCG após o período neonatal indica a necessidade de revacinação da criança nessa consulta.
- (B) a vacina para varicela em dose única deve ser administrada nessa visita, junto com a tríple viral.
- (C) a vacina contra hepatite A deve ter seu esquema de dose única iniciado nesta oportunidade para proteção contra icterícia infecciosa.
- (D) a vacina meningocócica ACWY deve ser aplicada em substituição à meningocócica C para ampliar o espectro vacinal contra outros sorogrupos.
- (E) a vacina inativada contra poliomielite substitui a vacina oral nos esquemas de reforço, conforme as atualizações recentes do Ministério.

02. O atendimento a pessoas em situação de violência sexual no Sistema Único de Saúde exige uma atuação interdisciplinar que integre cuidados clínicos imediatos, suporte psicossocial e observância de marcos éticos e legais. Com base na Norma Técnica "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2012)", do Ministério da Saúde, considerando as diretrizes para a profilaxia de agravos e a organização da rede de atenção, assinale a alternativa correta e em conformidade com as orientações técnicas vigentes.

- (A) A imunoglobulina humana anti-hepatite B pode ser administrada em vítimas não imunizadas no período de até catorze dias após a ocorrência da agressão sexual.
- (B) A interrupção da gravidez decorrente de estupro requer a apresentação de alvará judicial ou autorização expressa da autoridade policial para ser realizada legalmente.
- (C) O atendimento em saúde deve ser pautado pela presunção de veracidade da palavra da vítima, mas necessitando de boletim de ocorrência policial.
- (D) O tempo máximo para início da quimioprofilaxia pós-exposição ao HIV é de cinco dias, período após o qual os riscos superam os benefícios terapêuticos.
- (E) O método de Yuzpe é considerado a primeira escolha na anticoncepção de emergência por apresentar menor incidência de efeitos colaterais, como náuseas e vômitos persistentes.

03. A busca pela excelência no cuidado em saúde exige a compreensão de sistemas complexos, a aplicação de metodologias de melhoria contínua e o monitoramento rigoroso de indicadores de desempenho. Considerando a qualidade em saúde e as diretrizes e modelos de gestão, é correto afirmar, acerca da avaliação e do aprimoramento da qualidade nas instituições de saúde, que

- (A) o ciclo *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) permite que melhorias sejam testadas em pequenos incrementos e ciclos rápidos, assegurando que as intervenções sejam refinadas antes de uma implementação sistêmica em larga escala.
- (B) a análise de modos de falha e efeitos (FMEA) funciona como uma técnica retrospectiva obrigatória, que é aplicada logo após a ocorrência de eventos adversos graves, para mitigar riscos jurídicos imediatos.
- (C) a implementação de inovações deve ocorrer de forma ampla e simultânea em todos os departamentos, para reduzir a resistência humana e garantir a uniformidade imediata dos novos processos de trabalho.
- (D) a metodologia Lean concentra-se primordialmente na redução da variabilidade estatística dos processos, enquanto a abordagem Six Sigma busca eliminar desperdícios e atividades que não agregam valor direto ao paciente.
- (E) o ajuste por gravidade do caso (*case-mix adjustment*) é um método que simplifica a análise de mortalidade ao tratar todos os pacientes como clinicamente homogêneos, independentemente da complexidade de suas patologias.

04. A quantificação do impacto de exposições e intervenções na saúde de indivíduos e populações requer a aplicação precisa de medidas de associação e impacto. Em relação à análise de riscos e benefícios em estudos epidemiológicos, segundo as diretrizes de epidemiologia clínica e saúde pública, é correto afirmar que

- (A) o *Number Needed to Harm* (número necessário para dano) é calculado por meio da razão entre o Risco Relativo e a Redução Absoluta do Risco, fornecendo uma métrica de segurança para fármacos experimentais.
- (B) o valor do *Number Needed to Treat* (número necessário para tratar) permanece estável diante de variações no risco basal dos pacientes, contanto que a redução proporcional do risco seja mantida em níveis satisfatórios.
- (C) a utilização do *Odds Ratio* (razão de risco) para estimar o risco de eventos futuros é recomendada em cenários de alta prevalência da doença, superando a precisão diagnóstica do risco relativo habitual.
- (D) o Risco Atribuível entre os expostos representa a parcela da incidência da doença que seria teoricamente eliminada caso o fator de risco sob investigação fosse completamente removido daquela população.
- (E) o Risco Relativo fornece informações precisas sobre a quantidade de casos evitáveis em uma comunidade, sendo a medida preferencial para a definição de prioridades em políticas de saúde coletiva.

05. Homem de 48 anos, desempregado, tabagista, reside em uma ocupação urbana com alta densidade populacional e saneamento básico precário. Relata tosse produtiva persistente há quatro semanas, acompanhada de sudorese noturna e perda ponderal de cinco quilos. Comparece à unidade básica de saúde para avaliação clínica inicial por iniciativa própria. O enfermeiro da equipe de Estratégia Saúde da Família identifica-o como um caso suspeito e inicia os protocolos de investigação epidemiológica e manejo clínico na Atenção Primária.

Analise as alternativas a seguir, sobre o manejo da tuberculose (TB) na rede de atenção à saúde, e assinale a alternativa correta.

- (A) A baciloscopia de escarro deve ser solicitada quinzenalmente durante o esquema terapêutico, para monitorar a resposta bacteriológica e confirmar a cura do paciente.
- (B) O teste rápido molecular é indicado como método prioritário para o diagnóstico inicial da tuberculose pulmonar nos serviços de atenção básica de saúde.
- (C) A realização do teste tuberculínico está indicada para o diagnóstico de doença ativa em pacientes que apresentam baciloscopia de escarro positiva no início.
- (D) A vacina BCG deve ser aplicada em adultos que vivem no mesmo domicílio de um caso diagnosticado de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva.
- (E) O encerramento do caso por abandono de tratamento ocorre quando o indivíduo deixa de comparecer à unidade de saúde por quinze dias consecutivos.

06. Enfermeira de 32 anos sofre um acidente percutâneo com agulha de lúmen calibroso durante a coleta de sangue de um paciente com diagnóstico confirmado de hepatite B crônica (HBsAg: positivo e HBeAg: positivo). A profissional relata ter completado o esquema vacinal com três doses há cinco anos, porém nunca realizou o teste de anti-HBs para confirmar a soroconversão. No momento do atendimento inicial na unidade de referência, a profissional encontra-se assintomática e preocupada com o risco de transmissão e as medidas profiláticas necessárias.

Com base no “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções (2023)”, do Ministério da Saúde, é correto afirmar que

- (A) o tratamento imediato com Entecavir deve ser iniciado para o profissional de saúde, visando prevenir a replicação viral nas células hepáticas logo após o contato biológico suspeito.
- (B) a notificação compulsória do evento deve ser descartada se o trabalhador exposto apresentar um teste rápido reagente para anticorpos anti-HBs no momento da avaliação clínica inicial.
- (C) a prescrição de antivirais de ação direta como o Tenofovir está indicada como medida de profilaxia pós-exposição padrão para todos os acidentes com material perfurocortante.
- (D) a administração da imunoglobulina hiperimune contra o vírus da hepatite B deve ocorrer preferencialmente nas primeiras vinte e quatro horas após o acidente biológico suspeito.
- (E) a comunicação do acidente de trabalho deve ser realizada apenas se houver confirmação laboratorial de soroconversão do profissional de saúde durante o período de janela imunológica.

07. Sobre os procedimentos, responsabilidades e fluxos para o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) no Brasil, assinale a alternativa correta, condizente com base nas normas técnicas e éticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina para o manejo da DO.

- (A) A codificação dos diagnósticos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) é atribuição direta do médico que assina o documento oficial.
- (B) Médicos legistas de Institutos Médico Legais realizam necropsias em casos em que há diagnóstico confirmado de doenças crônicas em locais onde não há assistência médica.
- (C) A cobrança de honorários médicos pela emissão da DO é permitida quando o profissional realiza o exame de constatação do cadáver.
- (D) Em casos de morte por causas externas, o médico assistente do hospital emite a DO se o paciente permaneceu internado por mais de 14 dias.
- (E) Em situações de morte materna por gravidez ectópica rota, o diagnóstico da condição gestacional deve constar obrigatoriamente entre as causas do óbito.

08. Mulher de 24 anos, primigesta, com 14 semanas de idade gestacional, comparece à segunda consulta de pré-natal na unidade básica de saúde. No primeiro trimestre (8ª semana), seus exames de triagem apresentaram teste rápido para sífilis (TRS) não reagente. Na consulta atual, a paciente relata o surgimento de uma lesão ulcerada única, indolor, de bordas endurecidas na região vulvar há 10 dias, que desapareceu espontaneamente antes da consulta. Ela não apresenta outras queixas. Um novo TRS é realizado, resultando reagente. O marido da gestante é convocado, mas recusa a testagem imediata. Não há alergias a medicamentos. O médico solicita o teste não treponêmico (VDRL) para seguimento.

Com base nas diretrizes de vigilância em saúde da sífilis em gestantes, assinale a alternativa correta.

- (A) O caso é classificado como sífilis em gestante devido ao Teste Rápido reagente, independentemente da presença ou ausência de sintomas no momento da consulta.
- (B) A gestante deve ser considerada adequadamente tratada se receber a última dose de penicilina pelo menos quinze dias antes da data provável do parto.
- (C) A ausência de queda dos títulos de VDRL após o esquema de dose única em sífilis primária exige o retratamento imediato, com três doses semanais.
- (D) A realização do teste não treponêmico na hora do parto é opcional se a paciente tiver exames de monitoramento reagentes e estáveis durante o terceiro trimestre.
- (E) A ocorrência de um segundo caso de sífilis em uma gestação subsequente deve ser notificada no SINAN como recidiva e não como um novo caso.

09. Um grupo de pesquisadores iniciou um estudo de coorte prospectivo para investigar se o uso regular de um novo suplemento fitoterápico, denominado "Composto Delta", está associado à redução do risco de insuficiência coronariana em adultos entre 45 e 65 anos. Foram recrutados 10.000 participantes inicialmente livres de doença cardiovascular, sendo 5.000 usuários habituais do suplemento (por escolha própria) e 5.000 não usuários (grupo controle). Após 8 anos de acompanhamento sistemático, os pesquisadores observaram um Risco Relativo (RR) de 0,72 para eventos coronarianos (IC 95%: 0,55 a 0,94). Uma análise detalhada das características basais revelou que o grupo de usuários do Composto Delta apresentava, em média, maior nível de escolaridade, maior frequência de atividade física vigorosa e menor prevalência de tabagismo em relação ao grupo comparativo (controle).

Com base nos princípios de epidemiologia clínica e medicina baseada em evidências, é correto afirmar que

- (A) o delineamento prospectivo da coorte e o tamanho da amostra asseguram que a associação estatística encontrada representa uma relação de causa e efeito direta entre a exposição e o desfecho.
- (B) a validade externa das conclusões para a população geral torna-se limitada se o grupo de usuários do fitoterápico for composto por pessoas mais atentas a cuidados preventivos.
- (C) o viés de memória representa a maior ameaça à validade da pesquisa, visto que os participantes foram recrutados com base na presença prévia do desfecho clínico.
- (D) o viés de aferição nesse estudo seria eliminado se o desfecho clínico fosse restrito a casos de morte súbita, anulando a necessidade de critérios diagnósticos padronizados.
- (E) a regressão à média é a explicação mais provável para o efeito observado se os pesquisadores tivessem incluído indivíduos com baixo risco cardíaco inicial.

10. A organização da atenção integral à saúde da criança pressupõe a articulação de serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS), fundamentadas em diretrizes de regionalização, hierarquização e coordenação do cuidado. Acerca da estruturação e do funcionamento dos pontos de atenção, segundo as orientações para implementação da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)”, do Ministério da Saúde, assinale a alternativa correta.
- (A) A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência estabelece que a identificação de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor deve ser postergada até a fase escolar, para evitar diagnósticos precipitados e iatrogenias clínicas.
 - (B) O clampeamento imediato do cordão umbilical é uma prática recomendada pela Rede Cegonha para todos os recém-nascidos, visando acelerar os procedimentos de recepção e avaliação clínica nas salas de parto.
 - (C) A Atenção Básica exerce a coordenação do cuidado e a ordenação da rede, priorizando a continuidade da assistência por meio do acompanhamento longitudinal das crianças e suas famílias no território adstrito.
 - (D) O Programa Saúde na Escola define que as ações de avaliação clínica e diagnóstico devem ser realizadas dentro das salas de aula, reduzindo o encaminhamento para a rede de saúde local.
 - (E) O processo de medicalização da aprendizagem é incentivado pela Rede de Atenção Psicossocial como a principal estratégia para o manejo de distúrbios comportamentais em crianças no ambiente escolar da região.
11. Paciente de 32 anos, operária em uma unidade de reciclagem de baterias automotivas (exposição ocupacional a chumbo), está na 22ª semana de gestação. Ela comparece a uma Unidade de Pronto Atendimento apresentando febre referida, cefaleia intensa e dispneia, com saturação de oxigênio de 93% em ar ambiente. No prontuário, consta que ela reside em um município onde a homogeneidade de coberturas vacinais para crianças menores de 1 ano é de 60%. Ela relata ter apresentado exantema súbito após a ingestão de um analgésico por conta própria no domicílio. Devido ao agravamento do quadro respiratório, ela é internada, mas evolui para óbito materno 48 horas após a admissão, sem que a causa básica tenha sido inicialmente definida pelo hospital.
- De acordo com as diretrizes de Vigilância do Ministério da Saúde, é correto afirmar que
- (A) o conceito de morte materna presumida aplica-se aos casos em que a declaração de óbito registra claramente a patologia obstétrica como causa básica inicial.
 - (B) a suspeita de evento adverso relacionado ao uso de medicamento deve ser registrada no sistema Vigi-Med, para monitoramento pela agência reguladora.
 - (C) a investigação epidemiológica do óbito materno deve ser concluída pela equipe municipal de vigilância no prazo de 30 dias.
 - (D) a estratégia de farmacovigilância ativa constitui o método mais difundido e custo-efetivo para o monitoramento da segurança de medicamentos no serviço público.
 - (E) a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho é atribuição compulsória do médico assistente hospitalar, para o encerramento da investigação epidemiológica no SINAN.

12. A equipe de planejamento de um hospital regional está revisando seu modelo assistencial e de gestão para se adequar às normas da Política Nacional de Humanização (PNH). Durante o debate, surgem propostas sobre como lidar com o acolhimento, o processo de tomada de decisão, a organização do espaço físico e a abordagem clínica das doenças. A gestão busca consolidar uma cultura institucional voltada para o protagonismo dos sujeitos e a melhoria da qualidade do cuidado.

Sobre as definições e operacionalizações propostas pela PNH, assinale a alternativa correta.

- (A) A clínica ampliada determina que o profissional de saúde priorize a investigação dos sinais fisiopatológicos, para garantir a objetividade científica durante o preenchimento do prontuário eletrônico do indivíduo.
- (B) O protagonismo dos sujeitos no sistema de saúde fundamenta-se na delegação de competências técnicas específicas para que a família decida sobre a realização dos procedimentos cirúrgicos do paciente.
- (C) O princípio da transversalidade orienta que as propostas de humanização devem conectar as diferentes especialidades e as diversas áreas de saber presentes no cotidiano da unidade.
- (D) A classificação de risco no acolhimento funciona como um instrumento administrativo que organiza as filas de espera, priorizando a ordem cronológica de chegada das pessoas na unidade hospitalar.
- (E) A visita aberta no ambiente assistencial é uma flexibilização do tempo de internação concedida pela direção para reduzir a sobrecarga de trabalho das equipes de enfermagem do hospital regional.

13. Criança de 11 anos, vive com HIV por transmissão vertical e reside com sua avó materna, que é sua cuidadora principal e possui baixa escolaridade. Ele encontra-se clinicamente estável, com carga viral indetectável há dois anos e contagem de linfócitos T CD4 de 23%. Ele frequenta a escola regularmente, mas a avó relata receio de que o neto sofra preconceito caso a escola descubra o diagnóstico. O paciente está iniciando a puberdade e começou a questionar a finalidade dos medicamentos que utiliza diariamente. Durante a consulta na Unidade de Referência, a equipe multiprofissional avalia o plano de imunização, as estratégias de adesão e o processo de revelação diagnóstica.

Nessa circunstância, é correto afirmar que a

- (A) recomendação de vacinação contra febre amarela deve ser aplicada para pacientes pediátricos baseando-se no critério de ausência de sintomas clínicos graves.
- (B) revelação da condição de saúde para a criança deve ocorrer em sessão breve para evitar ansiedade prolongada e facilitar a aceitação precoce.
- (C) transferência para o serviço de infectologia de adultos deve ser efetuada quando o adolescente atinge a maioridade civil prevista.
- (D) participação da rede de apoio social configura-se como elemento estruturante para a manutenção dos níveis de adesão ao tratamento antirretroviral prolongado.
- (E) comunicação da soropositividade à direção da escola garante a segurança biológica dos demais alunos e funcionários durante as atividades recreativas.

14. Senhor de 74 anos, portador de insuficiência cardíaca estável e diabetes mellitus tipo 2, reside em área com alta infestação de *Aedes aegypti*. Apresenta há três dias febre alta, cefaleia e poliartralgia intensa e simétrica, com edema em tornozelos e punhos. No quarto dia, evolui com tontura ortostática, diminuição do débito urinário e sonolência intermitente. Ao exame físico: pressão arterial: 90 x 55 mmHg; frequência cardíaca: 108 bpm; tempo de enchimento capilar de 4 segundos. A equipe da Unidade de Pronto Atendimento realiza a classificação de risco e define o plano terapêutico imediato.

Conforme os dados apresentados, assinale a alternativa correta.

- (A) O plano terapêutico imediato deve priorizar o suporte hemodinâmico e o monitoramento contínuo das funções vitais, uma vez que manifestações extra-articulares podem evoluir rapidamente para disfunções orgânicas severas.
- (B) A administração de prednisona durante a primeira semana de sintomas reduz a progressão da doença para a fase crônica, incapacitante em pacientes idosos.
- (C) A aplicação de compressas quentes sobre as articulações acometidas na fase aguda auxilia na redução do processo inflamatório e na recuperação da amplitude de movimento articular.
- (D) O tratamento etiológico com antivirais específicos deve ser iniciado nas primeiras quarenta e oito horas de sintomas, para garantir a eliminação completa da carga viral do organismo.
- (E) A persistência de sintomas articulares além do vigésimo primeiro dia caracteriza a fase subaguda, na qual pode haver necessidade de introdução de corticosteroides em doses baixas.

15. Em relação ao guia de manejo e tratamento do vírus influenza do Ministério da Saúde, é correto afirmar que

- (A) a quimioprofilaxia antiviral é recomendada em pessoas com graves deficiências imunológicas ou em uso de drogas imunossupressoras, após contato com pessoas com infecção nos últimos 7 dias.
- (B) o zanamivir é um novo antiviral inibidor da neuraminidase que deve ser considerado para uso preferencial em pacientes adultos de risco de evolução desfavorável, sobretudo naqueles que necessitam de admissão em UTI/ventilação mecânica.
- (C) em pacientes com condições e fatores de risco para complicações e com síndrome respiratória aguda grave, o antiviral ainda apresenta benefícios, mesmo se iniciado até sete dias do início dos sintomas.
- (D) pacientes com sinais e sintomas de insuficiência respiratória, incluindo hipoxemia ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$) com necessidade de suplementação de O_2 para manter $\text{SatO}_2 > 90\%$ devem ser internados em enfermaria.
- (E) gestantes e puérperas, mesmo vacinadas, devem ser tratadas com oseltamivir, na dose habitual para adultos, indicado na síndrome gripal, independentemente de sinais de agravamento, visando à redução da morbimortalidade materna.

16. Homem de 66 anos comparece à unidade básica de saúde para consulta de rotina. Relata histórico de transfusão sanguínea em 1988 devido a um acidente automobilístico grave. Nega sintomas atuais, mas o teste rápido para hepatite C realizado na unidade apresenta resultado reagente. Os exames séricos atuais são: AST (TGO): 55 U/L; ALT (TGP): 62 U/L; contagem de plaquetas: $145.000/\text{mm}^3$. A equipe de saúde coletiva planeja as próximas etapas de diagnóstico, estadiamento e tratamento com base no "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções (2019)" do Ministério da Saúde.

Nessa circunstância, é correto afirmar que

- (A) o tratamento com antivirais de ação direta é recomendado para pacientes infectados, mesmo na ausência de sintomas clínicos ou fibrose avançada.
- (B) pacientes que apresentam resposta virológica sustentável estão protegidos contra novas infecções pelo vírus da hepatite C ao longo da sua jornada.
- (C) a monitoração da eficácia do tratamento baseia-se na normalização dos níveis de transaminases hepáticas durante o segundo mês de tratamento.
- (D) o uso de alfa-interferon peguilado associado à ribavirina representa a primeira linha de escolha para pessoas idosas com diagnóstico de genótipo 1.
- (E) o uso de sofosbuvir é indicado para indivíduos que apresentam insuficiência renal grave com taxa de filtração glomerular abaixo de $30 \text{ mL/min/1,73m}^2$.

17. Um médico pesquisador clínico conduz um ensaio experimental para avaliar a eficácia de um novo fármaco na redução da pressão arterial sistólica (PAS). O estudo seleciona uma amostra de 60 pacientes com hipertensão essencial, divididos aleatoriamente em dois grupos independentes, de 30 indivíduos: um recebeu o fármaco e outro um placebo. Após 6 meses, os resultados demonstram que a redução média da PAS no grupo intervenção foi de 15 mmHg (desvio padrão: 10), enquanto no grupo placebo a redução média foi de 5 mmHg (desvio padrão: 12). A aplicação do teste t de *Student* para amostras independentes (bi-caudal) resultou em um valor de $p: 0,001$. Adicionalmente, o pesquisador calculou o coeficiente de correlação de Pearson entre a idade dos participantes e a magnitude da redução pressórica, obtendo um valor de $r = 0,60$. Para uma análise secundária, os pacientes foram classificados de forma dicotômica entre os que atingiram a meta pressórica e os que não atingiram, utilizando-se o teste qui-quadrado para avaliar a associação com o tipo de tratamento ($p < 0,05$). Observa-se que a distribuição dos valores iniciais de PAS na amostra era levemente assimétrica à direita.

Com base no cenário descrito e nos princípios bioestatísticos, é correto afirmar que

- (A) o teste de *Mann-Whitney* representa o método de maior poder estatístico para variáveis contínuas com distribuição perfeitamente normal.
- (B) a expansão do tamanho da amostra para 1.000 participantes provocaria uma elevação proporcional no erro padrão das médias.
- (C) o coeficiente de correlação de Pearson de 0,60 estabelece que a idade é o determinante causal da redução pressórica.
- (D) a análise por Qui-quadrado mostra-se pertinente para avaliar a associação entre o tratamento e o alcance da meta.
- (E) o teste t pareado é a ferramenta estatística recomendada para contrastar as médias finais entre dois grupos distintos.

18. Homem de 38 anos atua como técnico de manutenção em uma metalúrgica de grande porte há dez anos. Durante a manutenção corretiva de um duto industrial, sofre uma lesão perfurocortante no antebraço direito por uma ferramenta que continha resíduos orgânicos e químicos acumulados. Ele lava o ferimento com água e sabão, retornando às atividades. Quinze dias após o evento, o trabalhador procura atendimento médico apresentando exantema pruriginoso no antebraço e nas mãos, além de zumbido bilateral constante, irritabilidade severa e insônia persistente. Na anamnese ocupacional, revela que a empresa utiliza um sistema de gestão baseado em metas individuais rígidas, com frequente necessidade de horas extras; diz que utiliza protetores auriculares do tipo *plug* e manipula óleos lubrificantes sem o uso sistemático de luvas impermeáveis. A empresa emite a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) referente ao acidente perfurocortante típico inicial.

Em relação à saúde do trabalhador e sob a ótica da epidemiologia e vigilância em saúde, assinale a alternativa correta.

- (A) O acidente de trabalho com exposição a material biológico deve ser notificado como agravo de notificação compulsória imediata, em 24 horas, à autoridade sanitária.
- (B) A irritabilidade e a insônia podem ser classificadas como transtorno mental relacionado ao trabalho se houver nexos com a gestão por metas.
- (C) O limiar audiométrico de 8 kHz deve ser o mais prejudicado no início da PAIR para que o diagnóstico clínico seja confirmado pelo especialista.
- (D) O prazo para conclusão de casos de acidente de trabalho típico no SINAN é fixado em 180 dias após a ocorrência da lesão perfurante inicial.
- (E) A progressão da perda auditiva induzida por ruído (PAIR) ocorre de forma acelerada após os primeiros quinze anos de exposição continuada no ambiente industrial insalubre.

19. Homem de 32 anos é atendido na unidade de emergência apresentando quadro de febre elevada, mialgia generalizada, cefaleia holocraniana intensa e episódios repetidos de vômitos iniciados há 36 horas. O histórico médico revela que ele foi submetido a uma esplenectomia anatômica pós-traumática há cinco anos e não possui registros de imunização recente. Ao exame físico, o paciente encontra-se torporoso, demonstrando sinais de irritação meníngea com rigidez de nuca proeminente, tempo de enchimento capilar de 3 segundos e discretas máculas eritematosas distribuídas no tronco, sem sufusões hemorrágicas ou petéquias visíveis. A punção lombar é realizada acompanhada da coleta de amostras de sangue periférico. O quimiocitológico do líquido cefalorraquidiano (LCR) evidencia aspecto turvo; concentração de glicose marcadamente reduzida; níveis de proteínas totais elevados; e contagem celular de 1.200 leucócitos/mm³, com predomínio de polimorfonucleares. A bacterioscopia direta por coloração de Gram revela a presença de diplococos Gram-negativos.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, nessa circunstância, é correto afirmar que

- (A) a eficácia vacinal protetora da imunização conjugada atinge o patamar máximo de proteção imediatamente após vinte e quatro horas da primeira aplicação.
- (B) a administração simultânea da quimioprofilaxia com rifampicina está indicada para contatos domiciliares do caso suspeito na dose de sessenta miligramas por quilo de peso.
- (C) o tratamento específico para a manifestação neurológica inicial deve associar corticosteroides sistêmicos e aciclovir por via endovenosa durante vinte e um dias.
- (D) a indicação de quimioprofilaxia para os profissionais de saúde que prestaram o atendimento ocorre quando há realização de procedimentos na via aérea sem barreira protetora.
- (E) os contatos domiciliares do paciente que apresentem esquema vacinal atualizado para o sorogrupo correspondente estão dispensados da realização imediata da quimioprofilaxia.

20. Com base nas “Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde”, do Ministério da Saúde, é correto afirmar que

- (A) a incidência de jovens que não trabalham nem estudam demonstra relação direta com o aumento progressivo da renda familiar per capita no país.
- (B) os dados oficiais indicam que a taxa de analfabetismo entre pessoas de 15 a 24 anos apresentou elevação recente nas regiões norte e nordeste do país.
- (C) uma parcela de adolescentes que consomem álcool apresenta comportamento de risco regular, com relatos de episódios de *binge* registrados duas vezes por mês.
- (D) a mortalidade materna proporcional entre adolescentes concentra seus maiores índices na idade de 14 anos, conforme os dados da Secretaria de Vigilância.
- (E) os registros do sistema de vigilância apontam que os homens constituem a maioria das vítimas de violência doméstica e abuso sexual no território brasileiro.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

21. Homem, 68 anos, hipertenso, procura atendimento por dispneia progressiva aos esforços há 8 meses, com piora nos últimos 2 meses. Refere, ainda, episódios de tontura ao caminhar mais rápido e sensação de cansaço importante ao subir uma ladeira. Nega dor torácica típica. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 132 x 76 mmHg, frequência cardíaca de 78 bpm, ritmo regular. À ausculta cardíaca, observa-se sopro sistólico rude em foco aórtico, irradiado para as carótidas, de intensidade 4+/6, com redução da segunda bulha em foco aórtico. O pulso carotídeo é de pequena amplitude e ascensão lentificada. Não há estertores pulmonares.

Com base na propedêutica clínica, a hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) estenose aórtica grave.
- (B) miocardiopatia hipertrófica obstrutiva.
- (C) comunicação interatrial do tipo *ostium secundum*.
- (D) insuficiência mitral grave.
- (E) insuficiência aórtica importante.

22. Homem, 32 anos, previamente hígido, procura avaliação por episódios recorrentes de palpitações e dispneia aos grandes esforços. Relata dois episódios de pré-síncope durante partidas de futebol nos últimos 6 meses. Seu pai faleceu subitamente aos 41 anos. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 118 x 72 mmHg e frequência cardíaca de 64 bpm. À ausculta cardíaca, nota-se sopro sistólico em crescendo-decrescendo, mais audível em borda esternal esquerda baixa, sem irradiação significativa para as carótidas. Durante a propedêutica dinâmica, o sopro aumenta de intensidade na manobra de Valsalva e na passagem do decúbito para a posição ortostática, reduzindo após agachamento sustentado.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) estenose aórtica valvar.
- (B) comunicação interventricular perimembranosa.
- (C) prolapso da valva mitral com insuficiência mitral.
- (D) estenose pulmonar valvar.
- (E) miocardiopatia hipertrófica obstrutiva.

23. Homem, 54 anos, com antecedente de tuberculose tratada há 20 anos, refere edema progressivo de membros inferiores, aumento do volume abdominal e fadiga aos esforços habituais há 8 meses. Nega ortopneia importante. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 108 x 68 mmHg, frequência cardíaca de 88 bpm, turgência jugular a 45°, fígado palpável a 5 cm do rebordo costal direito, ascite moderada e edema bilateral de membros inferiores. À ausculta cardíaca, as bulhas são hipofonéticas, sem sopros significativos. Durante a inspiração, observa-se aumento paradoxal da turgência jugular.

Considerando esse contexto clínico e propedêutico, o achado adicional mais compatível é:

- (A) sopro holossistólico apical irradiado para axila, com terceira bulha evidente.
- (B) desdobramento fixo da segunda bulha com impulso paraesternal direito.
- (C) estalido protodiastólico de alta frequência, audível precocemente após a segunda bulha.
- (D) redução inspiratória da pressão venosa jugular.
- (E) pulso carotídeo de baixa amplitude e ascensão lentificada.

24. Homem, 63 anos, com antecedente de infarto do miocárdio há 3 anos, procura seguimento ambulatorial por dispneia aos esforços habituais e fadiga progressiva há 5 meses. Encontra-se clinicamente estável, sem sinais de congestão ao exame físico. Apresenta pressão arterial de 112 x 68 mmHg, frequência cardíaca de 72 bpm, ritmo regular, saturação de 97% em ar ambiente e ausência de edema periférico. Ecocardiograma mostra fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 31%. Creatinina sérica 1,1 mg/dL, potássio 4,6 mEq/L. Faz uso regular de enalapril, carvedilol, furosemida e AAS.

Considerando o quadro descrito, a conduta com maior potencial de reduzir mortalidade e internações por insuficiência cardíaca, no contexto atual, é:

- (A) dobrar a dose de furosemida e manter o restante do esquema, pois o diurético é o principal modificador de prognóstico.
- (B) associar antagonista do receptor mineralocorticoide e inibidor de SGLT2, com reavaliação da necessidade de substituir o IECA por sacubitril/valsartana.
- (C) substituir carvedilol por diltiazem para melhor controle hemodinâmico e redução do remodelamento ventricular.
- (D) introduzir digoxina como primeira estratégia de intensificação terapêutica para reduzir mortalidade global.
- (E) suspender o enalapril e manter apenas diurético de alça e betabloqueador, já que a pressão arterial está em faixa mais baixa.

25. Homem, 66 anos, com miocardiopatia isquêmica, infarto do miocárdio prévio há 4 anos e angioplastia há 3 anos, encontra-se em seguimento ambulatorial por insuficiência cardíaca. Permanece com dispneia aos esforços habituais, apesar de uso regular de sacubitril/valsartana, carvedilol, espironolactona, dapagliflozina e diurético de alça em dose estável. Encontra-se em ritmo sinusal, pressão arterial de 108 x 66 mmHg, sem congestão ao exame físico. O ecocardiograma mostra fração de ejeção de 28%. O eletrocardiograma revela bloqueio de ramo esquerdo com QRS de 165 ms.

Nesse cenário, a estratégia adicional com maior probabilidade de melhorar sintomas e reduzir hospitalizações por insuficiência cardíaca é:

- (A) seguimento clínico sem terapia de dispositivo, pois a revascularização prévia exclui benefício de ressincronização.
- (B) implante de marcapasso convencional bicameral.
- (C) implante de terapia de ressincronização cardíaca, com desfibrilador associado se não houver contraindicação.
- (D) introdução de ivabradina como medida isolada, independentemente da frequência cardíaca.
- (E) indicação de ablação de nó atrioventricular, seguida de estimulação ventricular direita.

26. Homem de 76 anos, com hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, procura atendimento após dois episódios de síncope nos últimos 3 meses, ambos sem pródromos e com recuperação espontânea em menos de 1 minuto. Nega dor torácica ou palpitações prolongadas. O exame físico é normal entre os episódios. Um eletrocardiograma mostra ritmo sinusal a 62 bpm, intervalo PR de 210 ms, bloqueio de ramo direito e hemibloqueio anterior esquerdo. Durante internação para investigação, novo eletrocardiograma realizado após episódio de lipotimia mostra ritmo sinusal e bloqueio de ramo esquerdo, sem alteração isquêmica aguda.

Nesse contexto, a conduta apropriada é:

- (A) solicitar teste ergométrico para melhor estratificação do risco arritmico.
- (B) indicar implante de marcapasso cardíaco permanente.
- (C) iniciar amiodarona empírica para prevenção de recorrência dos episódios.
- (D) alta com betabloqueador em baixa dose e reavaliação ambulatorial.
- (E) indicar estudo eletrofisiológico apenas se houver nova síncope documentada.

27. Homem, 78 anos, com antecedente de síndrome do túnel do carpo bilateral operada há 6 anos, procura atendimento por dispneia progressiva aos esforços e edema maleolar discreto. Refere piora funcional nos últimos 8 meses e episódios de hipotensão postural. O eletrocardiograma mostra ritmo sinusal, baixa voltagem nas derivações periféricas e padrão de área inativa em parede anterior. O ecocardiograma revela espessamento difuso das paredes do ventrículo esquerdo, fração de ejeção preservada, aumento biatrial e *strain* longitudinal com preservação apical. Não há história conhecida de hipertensão arterial. A investigação inicial para componente monoclonal sérico e urinário foi negativa.

Nesse cenário, o passo diagnóstico que mais diretamente permite confirmar a etiologia mais provável, dentre os listados a seguir, é:

- (A) angiotomografia de coronárias.
- (B) ecocardiograma transesofágico com contraste.
- (C) teste ergométrico.
- (D) cintilografia com pirofosfato de tecnécio-99m.
- (E) coronariografia invasiva com estudo de reserva de fluxo coronariano.

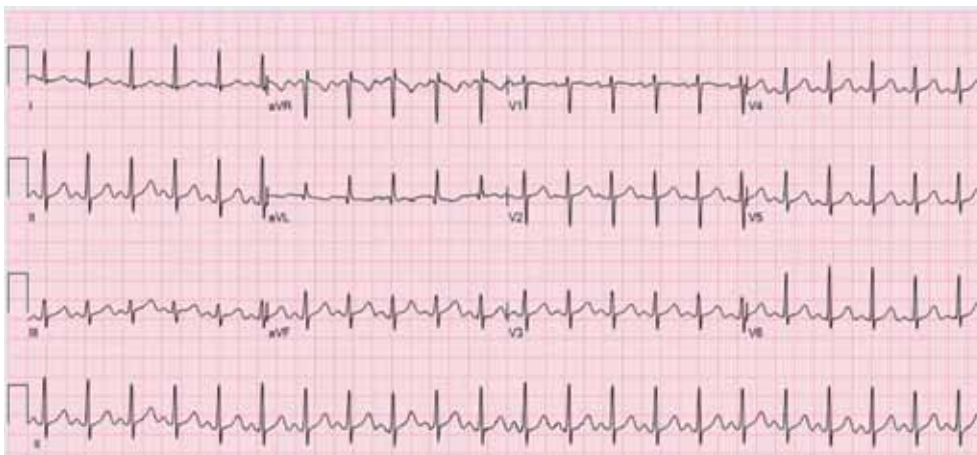
28. Mulher, 30 anos, portadora de prótese valvar mitral mecânica implantada há 5 anos por valvopatia reumática, procura atendimento com teste de gravidez positivo e idade gestacional estimada em 7 semanas. Está em uso regular de varfarina, com INR em faixa terapêutica, sem história prévia de tromboembolismo ou trombose valvar. Encontra-se assintomática e hemodinamicamente estável. Deseja manter a gestação.

Considerando esse cenário, a afirmativa adequada é:

- (A) os anticoagulantes orais diretos constituem alternativa preferencial à varfarina durante a gravidez, por apresentarem menor risco teratogênico.
- (B) a varfarina deve ser mantida obrigatoriamente durante toda a gestação, pois a troca por heparina elimina o risco fetal, porém aumenta o risco materno.
- (C) a substituição definitiva de qualquer anticoagulante por ácido acetilsalicílico em baixa dose no primeiro trimestre reduz o risco fetal sem comprometer a segurança materna.
- (D) a presença de INR terapêutico no início da gestação torna desnecessária qualquer modificação ou reavaliação do plano anticoagulante até o parto.
- (E) a gestação em portadora de prótese mecânica exige seguimento em centro especializado, e o esquema anticoagulante deve ser individualizado para equilibrar risco materno de trombose valvar e risco fetal relacionado à anticoagulação.

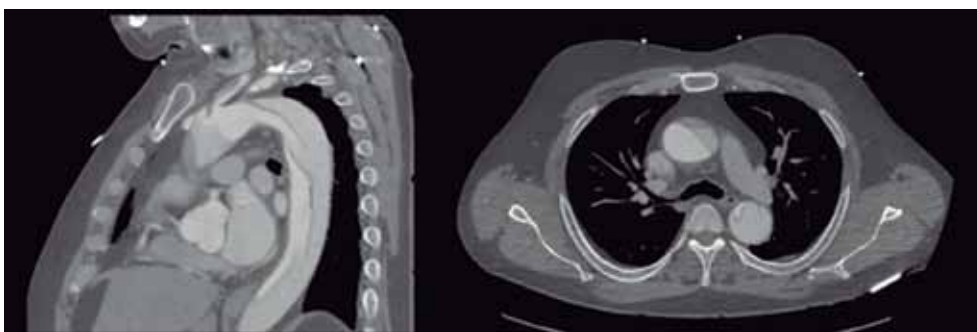
29. Homem, 61 anos, hipertenso, tabagista, procura pronto-socorro por dor torácica súbita de forte intensidade iniciada há 1 hora, descrita como “rasgando”, com irradiação para dorso. Ao exame físico, está ansioso, sudorético, com pressão arterial de 190 x 105 mmHg no braço direito e de 168 x 92 mmHg no braço esquerdo, frequência cardíaca de 108 bpm, e há sopro diastólico em foco aórtico.

- O eletrocardiograma está ilustrado a seguir.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

- A angiotomografia de aorta realizada na admissão apresenta-se na figura a seguir.

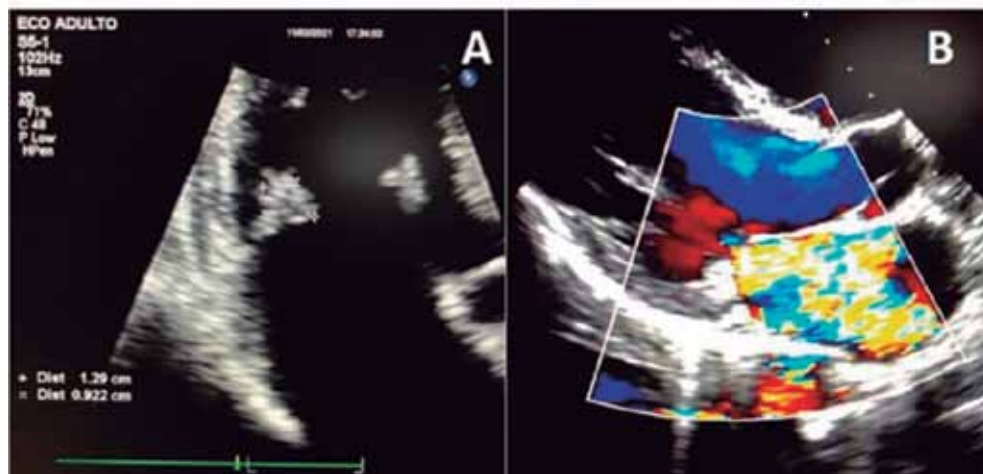


(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando o quadro clínico e o achado de imagem, a conduta adequada é:

- (A) controle intravenoso imediato da frequência cardíaca e da pressão arterial, e avaliação cirúrgica urgente.
- (B) anticoagulação plena com heparina não fracionada, seguida de estratificação invasiva coronariana.
- (C) observação em unidade de dor torácica com dosagem seriada de troponina antes de definição terapêutica.
- (D) trombólise sistêmica imediata.
- (E) tratamento clínico com anti-hipertensivos orais e reavaliação ambulatorial em 7 dias.

30. Mulher, 34 anos, com lúpus eritematoso sistêmico há 8 anos e antecedente de dois abortamentos prévios, procura avaliação por dispneia leve aos esforços e episódio recente de isquemia cerebral transitória. Nega febre, calafrios ou perda ponderal. Ao exame, apresenta sopro sistólico apical discreto, sem sinais periféricos de endocardite. Hemoculturas seriadas são negativas. O ecocardiograma transesofágico está representado na figura a seguir e mostra espessamento irregular valvar com pequenas vegetações aderidas ao folheto mitral.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando o contexto clínico, o achado laboratorial cuja presença mais reforça a etiologia mais provável da lesão valvar é:

- (A) elevação isolada de antistreptolisina O.
 - (B) troponina I discretamente aumentada.
 - (C) anticorpos antifosfolípidos persistentes em títulos significativos.
 - (D) hemocultura positiva para *Streptococcus gallolyticus*.
 - (E) peptídeo natriurético tipo B acima do percentil de referência.
31. Mulher, 42 anos, sem cardiopatia conhecida, refere dispneia progressiva aos esforços há 1 ano, com piora nos últimos 3 meses. Nega tabagismo e doença pulmonar prévia. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 110 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 92 bpm, saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente, hiperfonese de segunda bulha em foco pulmonar e discreto edema maleolar. O eletrocardiograma mostra sinais de sobrecarga de ventrículo direito. O ecocardiograma transtorácico evidencia dilatação de câmaras direitas, refluxo tricúspide moderado e pressão sistólica estimada da artéria pulmonar de 68 mmHg, com ventrículo esquerdo de dimensões normais e fração de ejeção preservada.
- Diante desse quadro, a conduta adequada para confirmar o diagnóstico e classificar corretamente a condição é:
- (A) solicitar prova de função pulmonar.
 - (B) repetir o ecocardiograma em 6 meses antes de prosseguir a investigação.
 - (C) iniciar imediatamente sildenafil em dose plena.
 - (D) iniciar anticoagulação plena empírica até exclusão de tromboembolismo pulmonar crônico.
 - (E) solicitar cateterismo cardíaco direito para confirmação hemodinâmica e caracterização do perfil de hipertensão pulmonar.

32. Homem, 58 anos, com antecedente de episódio de tromboembolismo pulmonar há 2 anos, tratado por 6 meses, refere dispneia progressiva aos esforços e redução importante da capacidade funcional nos últimos 10 meses. Nega tabagismo e não tem história de doença pulmonar obstrutiva crônica. Ao exame, apresenta pressão arterial de 116 x 74 mmHg, frequência cardíaca de 88 bpm, saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente, hiperfonesse de segunda bulha em foco pulmonar e edema maleolar discreto. O ecocardiograma mostra dilatação e disfunção leve de ventrículo direito, com pressão sistólica estimada da artéria pulmonar elevada. A tomografia de tórax sem protocolo angiográfico não evidencia doença parenquimatosa relevante. A espirometria é praticamente normal.

Diante desse cenário e dos exames a seguir, aquele que mais provavelmente acrescentará a informação decisiva para o próximo passo do raciocínio diagnóstico é

- (A) o teste ergométrico, para avaliação de limitação funcional.
- (B) a cintilografia pulmonar de ventilação/perfusão.
- (C) o ecocardiograma transesofágico para pesquisa de comunicação interatrial.
- (D) a angiografia coronária invasiva para exclusão de doença arterial coronariana.
- (E) a dosagem seriada de troponina ultrasensível em repouso e após exercício.

33. Mulher, 47 anos, com hipertensão arterial há 6 anos, retorna por controle pressórico insatisfatório apesar do uso regular de losartana, anlodipina, clortalidona e espironolactona em doses habituais. Relata fadiga, câimbras ocasionais e dois episódios de fibrilação atrial paroxística no último ano. Ao exame físico, pressão arterial de 168 x 102 mmHg, frequência cardíaca de 78 bpm, IMC de 27 kg/m², sem sopros e sem sinais clínicos de insuficiência cardíaca. O ecocardiograma mostra hipertrofia ventricular esquerda concêntrica e aumento discreto do átrio esquerdo, com fração de ejeção preservada. Em exames laboratoriais prévios, houve hipocalemia repetida, sem uso abusivo de laxativos ou perdas gastrointestinais.

Nesse cenário, o resultado complementar que mais reforça uma etiologia endócrina única capaz de explicar o fenômeno cardiovascular apresentado é:

- (A) TSH suprimido com T4 livre elevado.
- (B) IGF-1 persistentemente acima do limite superior da normalidade.
- (C) cortisol sérico matinal discretamente elevado, sem teste confirmatório adicional.
- (D) relação aldosterona plasmática/atividade de renina plasmática aumentada, com renina suprimida.
- (E) metanefrinas fracionadas elevadas em urina de 24 horas.

34. Homem de 49 anos, com aumento progressivo do número do calçado e do tamanho das mãos ao longo de vários anos, procura atendimento por palpitações ocasionais e dispneia aos esforços habituais. Refere piora gradual da tolerância ao exercício. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 146 x 92 mmHg, frequência cardíaca de 84 bpm, fâcies grosseira, macroglossia discreta e extremidades alargadas. O eletrocardiograma mostra extrassístoles ventriculares isoladas. O ecocardiograma evidencia hipertrofia ventricular esquerda biventricular discreta, aumento do átrio esquerdo e sinais de disfunção diastólica, com fração de ejeção preservada.

O resultado complementar que melhor integra o quadro sistêmico e cardiovascular apresentado é:

- (A) relação aldosterona/renina aumentada com renina suprimida.
- (B) cortisol livre urinário elevado em uma única dosagem isolada.
- (C) IGF-1 persistentemente elevado para sexo e faixa etária.
- (D) TSH suprimido com T4 livre elevado.
- (E) metanefrinas urinárias elevadas associadas a crises adrenérgicas paroxísticas.

35. Homem de 56 anos, obeso, com *diabetes mellitus* tipo 2 e dislipidemia, encontra-se em acompanhamento por pressão arterial persistentemente elevada nas consultas, com medidas habituais entre 158-166 x 94-102 mmHg. Refere uso regular de losartana, anlodipina, clortalidona e espironolactona. Nega cefaleia, sudorese paroxística ou fraqueza muscular. Tem função renal estável, potássio normal e eletrocardiograma com sinais de hipertrofia ventricular esquerda. Apesar do relato de adesão adequada, informa que em casa “quase sempre a pressão fica bem melhor”, geralmente em torno de 128-134 x 76-82 mmHg, aferida por aparelho automático validado.

A medida que mais provavelmente acrescentará a informação decisiva para o raciocínio clínico e para a reclassificação adequada do caso é

- (A) dosar metanefrinas urinárias, pois o padrão descrito é mais compatível com hipertensão paroxística secundária.
- (B) suspender o diurético tiazídico e substituir por betabloqueador, para avaliar se há resposta pressórica paradoxal.
- (C) iniciar minoxidil, pois o uso de quatro fármacos já define falha terapêutica verdadeira.
- (D) solicitar angiotomografia de artérias renais como próximo passo obrigatório.
- (E) confirmar o comportamento pressórico fora do consultório com MAPA ou MRPA padronizada antes de concluir tratar-se de hipertensão resistente verdadeira.

36. Homem, 64 anos, com *diabetes mellitus* tipo 2, microalbuminúria persistente e hipertrofia ventricular esquerda ao eletrocardiograma, comparece para seguimento ambulatorial. Mantém pressão arterial repetidamente em torno de 158 x 96 mmHg em medidas padronizadas, confirmadas por monitorização residencial. Nega sintomas. Creatinina sérica é: 1,0 mg/dL; potássio: 4,4 mEq/L, sem história de doença coronariana prévia ou insuficiência cardíaca. Não faz uso prévio de anti-hipertensivos.

Considerando o perfil clínico e o objetivo de controle pressórico com proteção cardiovascular e renal, a conduta inicial apropriada é

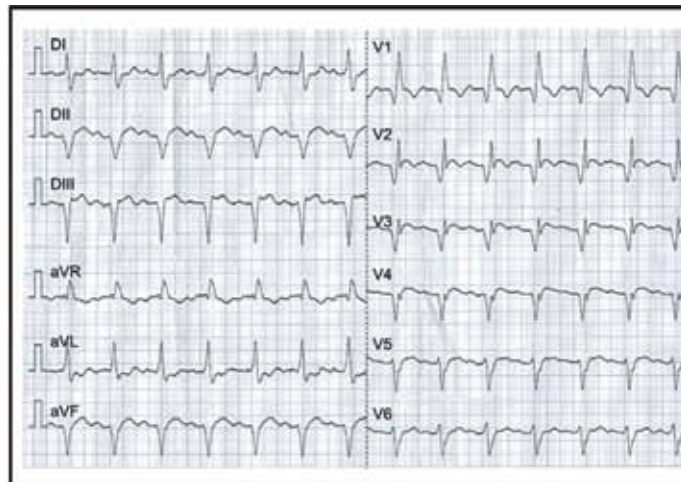
- (A) iniciar associação de IECA com BRA.
- (B) iniciar associação de bloqueador do sistema renina-angiotensina com bloqueador de canal de cálcio ou diurético tiazídico.
- (C) iniciar alfa-bloqueador em monoterapia.
- (D) iniciar betabloqueador em monoterapia.
- (E) postergar tratamento farmacológico e insistir em medidas não farmacológicas por 6 meses.

37. Mulher de 62 anos, com hipertensão arterial sistêmica há 8 anos e dislipidemia, retorna 6 semanas após início de tratamento com losartana 50 mg/dia. Refere boa adesão, sem efeitos adversos e redução parcial dos níveis pressóricos. As medidas padronizadas em consultório permanecem em torno de 152 x 92 mmHg, e a monitorização residencial da pressão arterial mostra média de 148 x 88 mmHg. Exames laboratoriais revelam creatinina estável e potássio normal. Nega doença coronariana, insuficiência cardíaca ou doença renal crônica avançada.

Considerando o cenário descrito, a conduta apropriada em relação ao tratamento e seguimento é

- (A) acrescentar clonidina como segunda droga de escolha habitual.
- (B) substituir o bloqueador do sistema renina-angiotensina por betabloqueador.
- (C) associar um segundo fármaco de primeira linha, preferencialmente em combinação fixa.
- (D) solicitar investigação de hipertensão secundária.
- (E) manter o esquema inalterado por mais 6 meses.

38. Homem de 57 anos, natural do interior de Minas Gerais, residente há muitos anos em área urbana, refere palpitações esporádicas, dois episódios de pré-síncope e piora progressiva da tolerância aos esforços nos últimos 8 meses. Nega infarto prévio. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 110 x 70 mmHg e bulhas hipofônicas, sem sopros significativos. O eletrocardiograma está ilustrado a seguir. O ecocardiograma revela discreta redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo e aneurisma apical.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

O dado complementar que mais reforça a hipótese etiológica unificadora do quadro é:

- (A) sorologia positiva em dois testes com princípios metodológicos distintos para *Trypanosoma cruzi*.
- (B) pesquisa de autoanticorpos antinucleares em altos títulos.
- (C) elevação persistente de ferritina sérica com saturação de transferrina aumentada.
- (D) dosagem de alfa-galactosidase A reduzida.
- (E) presença de coronariopatia obstrutiva triarterial ao cateterismo.

39. Adolescente de 15 anos, com antecedente de febre reumática na infância e insuficiência mitral residual, retorna ao ambulatório assintomático. A mãe relata que o paciente "parou de tomar a injeção há alguns meses" porque estava se sentindo bem. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, sem sinais de insuficiência cardíaca.

Nesse contexto, a medida mais importante para reduzir o risco de progressão da cardiopatia de base é:

- (A) prednisona contínua.
- (B) AAS diário.
- (C) propranolol.
- (D) penicilina benzatina.
- (E) anticoagulação oral.

40. Homem de 38 anos, com hipertensão arterial leve e irregularmente tratada, procura avaliação por dispneia aos grandes esforços e dois episódios de pré-síncope durante atividade física recreativa no último ano. Relata que um irmão faleceu subitamente aos 42 anos. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 144 x 88 mmHg, frequência cardíaca de 64 bpm e sopro sistólico em borda esternal esquerda, mais audível com ortostatismo. O ecocardiograma evidencia espessamento septal assimétrico de 18 mm, fração de ejeção preservada e gradiente dinâmico discreto em via de saída do ventrículo esquerdo.

O achado complementar que reforça a interpretação etiológica mais provável do quadro é:

- (A) hipertrofia concêntrica uniforme sem realce tardio à ressonância.
- (B) realce tardio mesocárdico focal em padrão não isquêmico associado a hipertrofia assimétrica.
- (C) dilatação importante do ventrículo esquerdo com hipocinesia difusa.
- (D) hipocalemia persistente com relação aldosterona/renina aumentada.
- (E) fração de ejeção reduzida com aneurisma apical ventricular esquerdo.

41. Homem de 44 anos procura atendimento por fadiga, dispneia aos esforços habituais e palpitações ocasionais há 6 meses. O ecocardiograma mostra ventrículo esquerdo dilatado, fração de ejeção de 32% e insuficiência mitral funcional discreta. A cineangiocoronariografia não evidencia lesões coronarianas obstrutivas. Não há história de etilismo relevante, quimioterapia, doença valvar primária ou hipertensão grave. Durante a anamnese, informa que o pai faleceu aos 52 anos por “problema no coração” e que uma irmã usa medicação para insuficiência cardíaca desde os 40 anos.

A conduta adicional apropriada é

- (A) indicar biópsia endomiocárdica de rotina para todos os familiares.
- (B) restringir a investigação a sorologias infecciosas.
- (C) solicitar rastreamento clínico-familiar dos parentes de primeiro grau.
- (D) repetir o ecocardiograma apenas se houver piora clínica.
- (E) encerrar a investigação etiológica após excluir coronariopatia.

42. Homem de 47 anos, com miocardiopatia dilatada não isquêmica diagnosticada há 10 meses, encontra-se em seguimento ambulatorial. Está em uso regular de sacubitril/valsartana, carvedilol, espironolactona, dapagliflozina e diurético de alça em dose estável. Permanece com dispneia aos esforços habituais, sem síncope. O ecocardiograma mostra fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 29%. O eletrocardiograma revela QRS com duração de 110 ms, em ritmo sinusal. A monitorização ambulatorial evidenciou episódios de taquicardia ventricular não sustentada.

Nesse cenário, a conduta apropriada em relação à prevenção primária de morte súbita é

- (A) indicar CDI.
- (B) indicar marcapasso bicameral.
- (C) indicar ablação de TV.
- (D) manter seguimento clínico.
- (E) suspender betabloqueador.

43. Homem de 32 anos, sem cardiopatia conhecida, procura pronto atendimento por dor torácica opressiva iniciada há 40 minutos, acompanhada de palpitações, ansiedade intensa e sensação de falta de ar. Relata uso recreativo intranasal de substância estimulante cerca de 1 hora antes do início dos sintomas. Ao exame, apresenta pressão arterial de 186 x 108 mmHg, frequência cardíaca de 128 bpm, sudorese profusa e agitação psicomotora. O eletrocardiograma mostra taquicardia sinusal e alterações inespecíficas de repolarização, sem supradesnivelamento do segmento ST.

A medida terapêutica inicial apropriada é:

- (A) digoxina EV.
- (B) furosemida IV.
- (C) propranolol IV.
- (D) adenosina em bolo.
- (E) diazepam e nitrato.

44. Homem de 72 anos, com *diabetes mellitus* em uso de insulina, doença renal crônica estágio 3, infarto do miocárdio há 6 anos e insuficiência cardíaca crônica estável com fração de ejeção de 38%, será submetido a correção eletiva aberta de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Está em uso de AAS, estatina, bisoprolol, sacubitril/valsartana e dapagliflozina. Nega angina nas atividades habituais, mas sua capacidade funcional é limitada a menos de 4 METs por claudicação importante, o que impede avaliação adequada por esforço. Ao exame, encontra-se euvolêmico, com pressão arterial de 126 x 74 mmHg, frequência cardíaca de 64 bpm, saturação de 97% e ECG sem alterações agudas.

Assumindo que qualquer investigação adicional só deve ser solicitada se tiver potencial para modificar a conduta perioperatória, a estratégia apropriada é

- (A) solicitar cineangiocoronariografia invasiva de rotina.
- (B) prosseguir diretamente para a cirurgia sem avaliação adicional.
- (C) indicar revascularização miocárdica profilática antes da cirurgia.
- (D) suspender estatina e betabloqueador na véspera da cirurgia.
- (E) solicitar estratificação não invasiva de isquemia.

45. Homem de 34 anos, vítima de trauma torácico fechado, evolui com piora respiratória súbita na sala de emergência, seguida de parada cardiorrespiratória. A monitorização mostra atividade elétrica organizada sem pulso. A equipe inicia RCP, administra epinefrina e realiza ventilação assistida. Ao exame durante a ressuscitação, são observadas ausência de murmúrio vesicular no hemitórax direito, distensão jugular e expansão assimétrica do tórax. Não há retorno da circulação espontânea após os primeiros ciclos.

A medida adicional apropriada nesse momento é

- (A) administrar bicarbonato de sódio em bolo.
- (B) solicitar ecocardiograma transtorácico antes de qualquer outra intervenção.
- (C) realizar cardioversão sincronizada.
- (D) realizar descompressão torácica imediata.
- (E) administrar amiodarona.

46. Homem de 68 anos, com antecedente de infarto anterior extenso há 5 anos e fração de ejeção de 34%, procura pronto atendimento por palpitações de início súbito associadas a tontura. Encontra-se consciente, com pressão arterial de 96 x 62 mmHg, frequência cardíaca de 176 bpm e sem sinais de choque. O monitor mostra taquicardia regular de QRS largo.

O achado eletrocardiográfico que mais fortemente favorece uma origem ventricular da taquicardia é:

- (A) presença de eixo elétrico desviado.
- (B) presença de batimentos de captura ou de fusão.
- (C) frequência cardíaca acima de 150 bpm.
- (D) QRS com duração de 140 ms.
- (E) ausência de onda P visível em todas as derivações.

47. Mulher de 46 anos, tabagista, procura avaliação por episódios recorrentes de dor torácica em repouso, mais frequentes entre 4h e 6h da manhã, com duração de 10 a 15 minutos, acompanhados de sudorese e resolução rápida após uso de nitrato sublingual. Durante um episódio no pronto atendimento, o eletrocardiograma mostrou supradesnivelamento transitório do segmento ST em parede inferior, com normalização completa após remissão da dor. Troponina de alta sensibilidade permaneceu negativa em dosagens seriadas. A cineangiocoronariografia não evidenciou lesões obstrutivas significativas.

Considerando esse cenário, a estratégia farmacológica de manutenção apropriada para reduzir recorrência dos episódios é

- (A) iniciar dupla antiagregação plaquetária por 12 meses.
- (B) iniciar anticoagulação plena por tempo indeterminado.
- (C) iniciar bloqueador de canal de cálcio e considerar associação com nitrato.
- (D) suspender nitrato e iniciar betabloqueador em monoterapia.
- (E) indicar revascularização miocárdica cirúrgica.

48. Mulher de 52 anos, hipertensa e tabagista, procura atendimento por dor torácica opressiva prolongada. O eletrocardiograma mostra infradesnívelamento transitório do segmento ST em parede lateral, e a troponina apresenta elevação compatível com infarto agudo do miocárdio. É submetida à cineangiocoronariografia nas primeiras horas, que não evidencia lesões obstrutivas significativas. Ecocardiograma transtorácico mostra hipocinesia discreta de parede inferolateral, sem derrame pericárdico. Permanece hemodinamicamente estável, sem nova dor.

Considerando esse cenário, o exame complementar que mais provavelmente acrescentará a informação decisiva para esclarecer o mecanismo do evento e orientar a conduta subsequente é

- (A) a ultrassonografia de carótidas.
- (B) o teste ergométrico convencional.
- (C) o *holter* de 24 horas.
- (D) a ressonância magnética cardíaca.
- (E) o MAPA de 24 horas.

49. Um adolescente de 17 anos colapsa após ser atingido no tórax por um peso de halteres durante treino em academia. Ele havia realizado recentemente avaliação cardiológica normal para liberação esportiva, incluindo eletrocardiograma e ecocardiograma.

Qual das seguintes medidas tem maior probabilidade de promover o retorno da circulação espontânea e melhorar seu desfecho em longo prazo?

- (A) Desfibrilação precoce.
- (B) Cardiodesfibrilador implantável.
- (C) Administração precoce de amiodarona intravenosa.
- (D) Início precoce de reanimação cardiopulmonar com compressões torácicas a 100–120/min.
- (E) Estimulação cardíaca transcutânea.

50. Um homem de 44 anos apresenta dispneia aos esforços há alguns meses. Nega dor torácica, síncope e história familiar de morte súbita. Ao exame clínico, apresenta sinais vitais normais e um sopro contínuo 2+/6+ audível em todo o precórdio, com pico em mesodiástole a tele-diástole. O eletrocardiograma de 12 derivações mostra ritmo sinusal normal, e o ecocardiograma transtorácico evidencia dilatação das câmaras direitas, função sistólica do ventrículo esquerdo preservada e insuficiência tricúspide discreta a moderada. O contraste com solução salina agitada não mostra evidência de *shunt* intracardíaco.

Qual é o melhor próximo passo na condução?

- (A) Angiotomografia do coração.
- (B) Ecocardiograma transesofágico.
- (C) Cateterismo cardíaco.
- (D) Ressonância magnética cardíaca.
- (E) Teste ergométrico.

