



241434

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

004. PROVA OBJETIVA

CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS MÉDICOS

ESPECIALIDADE: CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA (HEMODINÂMICA)

- 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 pômbero-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 vacina inativada contra poliomielite substitui a vacina oral nos esquemas de reforço, conforme as atualizações recentes do Ministério.
- (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 ausência de cicatriz vacinal da BCG após o período neonatal indica a necessidade de revacinação da criança nessa consulta.

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 interrupção da gravidez decorrente de estupro requer a apresentação de alvará judicial ou autorização expressa da autoridade policial para ser realizada legalmente.
- (B) O atendimento em saúde deve ser pautado pela presunção de veracidade da palavra da vítima, mas necessitando de boletim de ocorrência policial.
- (C) 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.
- (D) 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.
- (E) 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.

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) 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.
- (B) 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.
- (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 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.
- (E) 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.

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 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.
- (B) 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.
- (C) 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.
- (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) 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.

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 realização do teste tuberculínico está indicada para o diagnóstico de doença ativa em pacientes que apresentam baciloscopia de escarro positiva no início.
- (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) O encerramento do caso por abandono de tratamento ocorre quando o indivíduo deixa de comparecer à unidade de saúde por quinze dias consecutivos.
- (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) A baciloscopia de escarro deve ser solicitada quinzenalmente durante o esquema terapêutico, para monitorar a resposta bacteriológica e confirmar a cura do paciente.

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) 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.
- (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 administração da imunoglobulina hiperimune contra o vírus da hepatite B deve ocorrer preferencialmente nas primeiras vinte e quatro horas após o acidente biológico suspeito.
- (D) 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.
- (E) 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.

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) 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.
- (B) Em situações de morte materna por gravidez ectópica rota, o diagnóstico da condição gestacional deve constar obrigatoriamente entre as causas do óbito.
- (C) A codificação dos diagnósticos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) é atribuição direta do médico que assina o documento oficial.
- (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) A cobrança de honorários médicos pela emissão da DO é permitida quando o profissional realiza o exame de constatação do cadáver.

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 ocorrência de um segundo caso de sífilis em uma gestação subsequente deve ser notificada no SINAN como recidiva e não como um novo caso.
- (C) A gestante deve ser considerada adequadamente tratada se receber a última dose de penicilina pelo menos quinze dias antes da data provável do parto.
- (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 ausência de queda dos títulos de VDRL após o esquema de dose única em sífilis primária exige o retratamento imediato, com três doses semanais.

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) 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.
- (B) 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.
- (C) 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.
- (D) a regressão à média é a explicação mais provável para o efeito observado se os pesquisadores tivessem incluído indivíduos com baixo risco cardíaco inicial.
- (E) 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.

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) a investigação epidemiológica do óbito materno deve ser concluída pela equipe municipal de vigilância no prazo de 30 dias.
 - (B) a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho é atribuição compulsória do médico assistente hospitalar, para o encerramento da investigação epidemiológica no SINAN.
 - (C) a estratégia de farmacovigilância ativa constitui o método mais difundido e custo-efetivo para o monitoramento da segurança de medicamentos no serviço público.
 - (D) 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.
 - (E) a suspeita de evento adverso relacionado ao uso de medicamento deve ser registrada no sistema Vigi-Med, para monitoramento pela agência reguladora.

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

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 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.
- (B) 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.
- (C) 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.
- (D) 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.
- (E) A administração de prednisona durante a primeira semana de sintomas reduz a progressão da doença para a fase crônica, incapacitante em pacientes idosos.

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) 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.
- (C) 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.
- (D) 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.
- (E) 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.

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

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) a análise por Qui-quadrado mostra-se pertinente para avaliar a associação entre o tratamento e o alcance da meta.
- (B) a expansão do tamanho da amostra para 1.000 participantes provocaria uma elevação proporcional no erro padrão das médias.
- (C) o teste de *Mann-Whitney* representa o método de maior poder estatístico para variáveis contínuas com distribuição perfeitamente normal.
- (D) o coeficiente de correlação de Pearson de 0,60 estabelece que a idade é o determinante causal da redução pressórica.
- (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) O limiar audiométrico de 8 kHz deve ser o mais prejudicado no início da PAIR para que o diagnóstico clínico seja confirmado pelo especialista.
- (C) 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.
- (D) A irritabilidade e a insônia podem ser classificadas como transtorno mental relacionado ao trabalho se houver nexo com a gestão por metas.
- (E) 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.

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 administração simultânea da quimioprofilaxia com rifampicina está indicada para contatos domiciliares do caso suspeito na dose de sessenta miligramas por quilo de peso.
- (B) a eficácia vacinal protetora da imunização conjugada atinge o patamar máximo de proteção imediatamente após vinte e quatro horas da primeira aplicação.
- (C) 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.
- (D) o tratamento específico para a manifestação neurológica inicial deve associar corticosteroides sistêmicos e aciclovir por via endovenosa durante vinte e um dias.
- (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

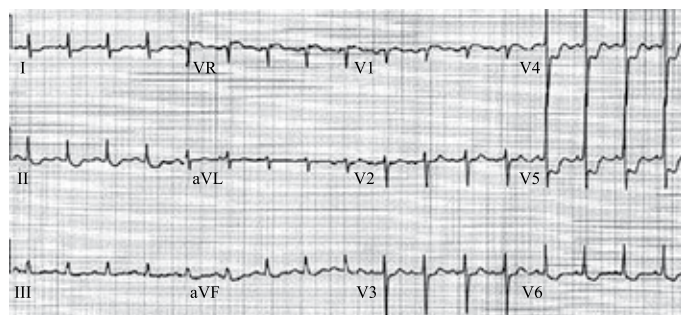
- (A) a mortalidade materna proporcional entre adolescentes concentra seus maiores índices na idade de 14 anos, conforme os dados da Secretaria de Vigilância.
- (B) os dados oficiais indicam que a taxa de analfabetismo entre pessoas de 15 a 24 anos apresentou elevação recente nas regiões norte e nordeste 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 incidência de jovens que não trabalham nem estudam demonstra relação direta com o aumento progressivo da renda familiar per capita no país.
- (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

Considere o caso clínico a seguir para responder às questões 21 e 22:

Paciente, sexo masculino, 68 anos, portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e com história de doença arterial coronariana prévia (angioplastia de artéria circunflexa há 5 anos) procura o serviço de emergência relatando dor torácica típica, iniciada há 3 horas, em repouso, associada à sudorese e náuseas, sem irradiação. Refere episódios intermitentes de dor torácica de menor intensidade nas últimas 24 horas. Ao exame físico: PA: 132 x 78 mmHg; FC: 88 bpm; ritmo cardíaco regular em 2 tempos com bulhas normofonéticas; murmúrio vesicular presente sem estertores crepitantes. Eletrocardiograma, como exame complementar, apresentado a seguir:

Adote: Troponina I ultrasensível: 45 ng/L (valor normal: < 14 ng/L)



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

21. Com base nas informações apresentadas, assinale a alternativa que corresponde a correta classificação diagnóstica e estratificação inicial desse paciente.

- (A) Síndrome coronariana aguda sem supra de ST de alto risco, com indicação de estratégia invasiva precoce.
- (B) Infarto agudo do miocárdio com supra de ST, com indicação de reperfusão imediata.
- (C) Angina instável de baixo risco, com indicação de tratamento ambulatorial.
- (D) Dor torácica não cardíaca, devido à ausência de alterações hemodinâmicas.
- (E) Infarto antigo com elevação enzimática residual, sem necessidade de abordagem invasiva.

22. Analisando o caso clínico e o eletrocardiograma apresentados e considerando também o encaminhamento desse paciente para cineangiocoronariografia, com evidência dos seguintes achados angiográficos: tronco de coronária esquerda sem lesões significativas; descendente anterior (DA) proximal: lesão de 85%, longa, com aspecto irregular; circunflexa: *stent* prévio pérvio; coronária direita: lesão intermediária de 50% com FFR: 0,87.

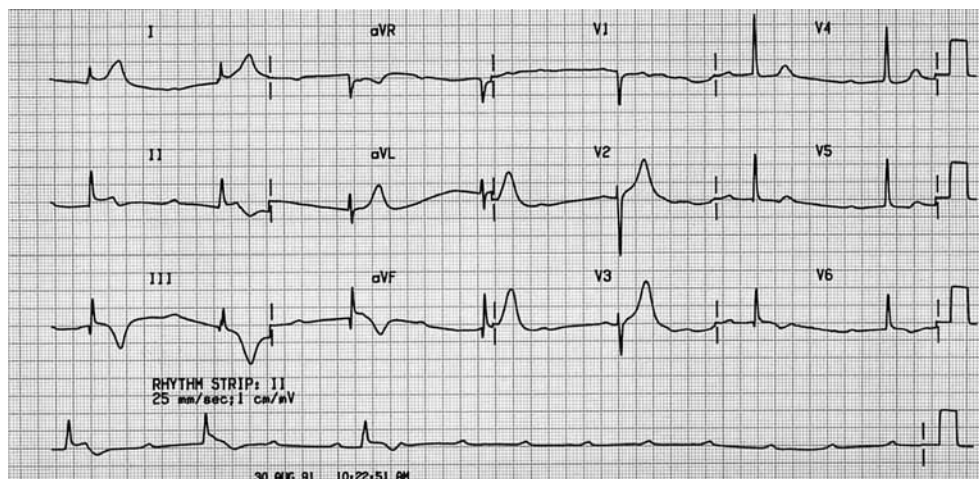
Frente a esses dados, é correto afirmar que a estratégia terapêutica adequada nesse momento é

- (A) o tratamento da coronária direita devido à presença de lesão angiográfica visível.
- (B) a intervenção coronária percutânea da DA guiada por imagem intracoronária.
- (C) a revascularização completa incluindo a coronária direita.
- (D) o tratamento clínico exclusivo, considerando ausência de oclusão total.
- (E) a indicação de cirurgia de revascularização miocárdica pela presença de doença multiarterial.

23. Assinale a alternativa correta sobre a tomada de decisão para fechamento de comunicação interatrial (CIA) em adultos.

- (A) Uma vez documentada hipertensão pulmonar em qualquer grau, o fechamento deve ser definitivamente abandonado.
- (B) O cateterismo direito não acrescenta informação relevante quando o ecocardiograma identifica CIA com bordas adequadas.
- (C) O fechamento deve ser realizado em toda CIA *ostium secundum* detectada no adulto, independentemente do tamanho do *shunt*, do remodelamento de câmaras direitas ou da resistência vascular pulmonar.
- (D) A escolha entre fechamento percutâneo e cirúrgico depende apenas da idade do paciente.
- (E) A presença de dilatação de câmaras direitas e *shunt* significativo favorece o fechamento, desde que a resistência vascular pulmonar não esteja em faixa que sugira doença vascular pulmonar irreversível.

24. Paciente, sexo masculino, 83 anos, submetido a troca de válvula aórtica percutânea, evolui, nas primeiras 24h, com a alteração eletrocardiográfica a seguir:

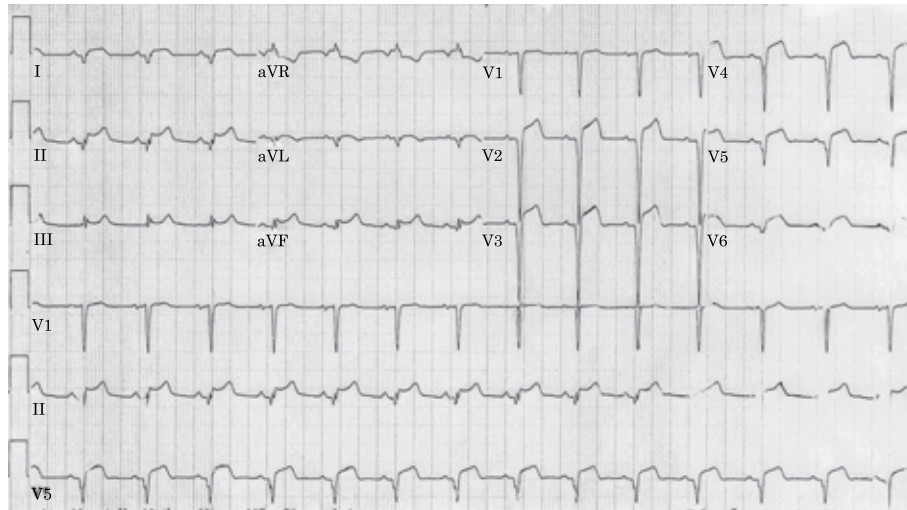


(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Nesse contexto, qual a orientação terapêutica adequada?

- (A) Reintervenção valvar cirúrgica por estar associada ao leak paravalvar.
- (B) Uso de betabloqueador em doses baixas.
- (C) Alta hospitalar com monitorização ambulatorial e realização de Holter 24h.
- (D) Implante de marcapasso definitivo.
- (E) Observação clínica, por 24h, apenas, em unidade monitorizada.

25. Paciente, sexo masculino, 34 anos, previamente hígido, procura o pronto atendimento por dor torácica iniciada há 24 horas. Descreve dor ventilatório-dependente, pior em decúbito dorsal e claramente aliviada ao sentar-se com o tronco inclinado para frente. Refere episódio de infecção viral de vias aéreas superiores há cerca de 10 dias. Nega síncope, dispneia importante ou uso de anticoagulantes. Ao exame físico: PA: 118 x 72 mmHg; FC: 102 bpm; temperatura: 37,8 °C; ausculta cardíaca com atrito pericárdico fugaz em borda esternal esquerda; ausculta pulmonar sem alterações; sem turgência jugular; pulsos preservados e sem edema periférico. Eletrocardiograma de repouso a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando o quadro clínico e os achados complementares, assinale a alternativa que apresenta corretamente a hipótese diagnóstica e a conduta inicial.

- (A) Pericardite aguda de baixo risco, com indicação de tratamento anti-inflamatório e colchicina, com seguimento clínico e orientação de restrição temporária de exercício.
- (B) Síndrome coronariana aguda com supra de ST, devendo ser encaminhado imediatamente para coronariografia de urgência.
- (C) Miocardite fulminante, com necessidade de internação em UTI e suporte circulatório mecânico.
- (D) Tromboembolismo pulmonar de risco intermediário, devendo ser anticoagulado prontamente.
- (E) Dissecção aguda de aorta, com indicação de angiotomografia de aorta como primeiro passo obrigatório.

Leia o caso clínico apresentado a seguir para responder às questões **26 e 27**:

Paciente, sexo masculino, 58 anos, ex-tabagista, com história de dispneia progressiva aos esforços, há cerca de 1 ano, atualmente com piora de classe funcional, evoluindo para classe III, encaminhado para avaliação especializada. Nega dor torácica típica, síncope ou ortopneia. Refere redução significativa da capacidade funcional, com limitação para atividades habituais. Ao exame físico: PA: 118 x 74 mmHg; FC: 92 bpm; saturação: 93% em ar ambiente; turgência jugular discreta com sopro sistólico leve em foco tricúspide; hiperfonética em foco pulmonar; edema de membros inferiores 1+/4+. Encaminhado para realização de cateterismo cardíaco direito, obtendo os seguintes parâmetros: pressão média da artéria pulmonar (PAPm): 36 mmHg; pressão de oclusão capilar pulmonar (PCP): 10 mmHg; débito cardíaco: reduzido e resistência vascular pulmonar (RVP): 5,2 Wood units.

- 26.** Com base nos dados clínicos e hemodinâmicos expostos, qual a correta interpretação do perfil hemodinâmico desse paciente?
- (A) Elevação passiva das pressões pulmonares por sobrecarga volêmica transitória.
 - (B) Hipertensão pulmonar pós-capilar isolada, associada à disfunção ventricular esquerda subclínica.
 - (C) Perfil hemodinâmico dentro da normalidade, não compatível com hipertensão pulmonar significativa.
 - (D) Hipertensão pulmonar pré-capilar compatível com doença vascular pulmonar primária ou secundária.
 - (E) Hipertensão pulmonar combinada pré e pós-capilar, com necessidade de diferenciação adicional.

27. Considerando o perfil clínico do paciente e que, após investigação complementar, não houve evidência de doença tromboembólica crônica ou doença pulmonar significativa, é correto afirmar que a estratégia terapêutica inicial é

- (A) a anticoagulação plena como terapia específica obrigatória.
- (B) a indicação imediata de transplante pulmonar.
- (C) a terapia combinada inicial com fármacos que atuam nas vias da endotelina e do óxido nítrico.
- (D) o uso isolado de diuréticos e acompanhamento clínico.
- (E) o uso exclusivo de betabloqueadores para controle de sintomas.

28. Paciente, sexo masculino, de 78 anos, com fibrilação atrial permanente, CHA₂DS₂-VASc de 5 e HAS-BLED de 4, apresenta história de sangramento gastrointestinal recente, com necessidade de transfusão. Permanece em alto risco tromboembólico, mas com recorrência potencial de sangramento.

Nesse cenário, qual é a correta estratégia para prevenção de eventos tromboembólicos?

- (A) Substituir anticoagulação por dupla antiagregação plaquetária.
- (B) Considerar oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo como alternativa à anticoagulação.
- (C) Manter anticoagulação plena indefinidamente, independentemente do risco de sangramento.
- (D) Utilizar anticoagulação intermitente, conforme sintomas.
- (E) Suspender definitivamente anticoagulação, devido ao risco hemorrágico elevado.

29. Em relação à avaliação diagnóstica da hipertensão pulmonar e à mensuração hemodinâmica das pressões pulmonares, assinale a alternativa correta.

- (A) A ecocardiografia transtorácica substitui completamente o cateterismo cardíaco direito quando a pressão sistólica da artéria pulmonar estimada é elevada.
- (B) A resistência vascular pulmonar não tem papel prático relevante na tomada de decisão terapêutica.
- (C) A pressão média da artéria pulmonar isoladamente é suficiente para definir mecanismo fisiopatológico e terapêutica específica.
- (D) A avaliação invasiva das pressões pulmonares deve ser evitada em cardiopatias congênitas com *shunt*, pois aumenta o risco de erro diagnóstico.
- (E) O cateterismo cardíaco direito é o método de referência para confirmar hipertensão pulmonar, caracterizar o perfil hemodinâmico e diferenciar formas pré-capilares e pós-capilares.

30. Em relação à valvoplastia mitral percutânea na estenose mitral reumática, qual alternativa define o perfil ideal para o procedimento?

- (A) Estenose mitral calcificada importante com insuficiência mitral moderada associada.
- (B) Estenose mitral associada à doença coronariana multiarterial grave.
- (C) Estenose mitral com insuficiência mitral grave associada.
- (D) Estenose mitral grave sintomática com morfologia compatível e ausência de trombo em átrio esquerdo.
- (E) Estenose mitral discreta assintomática com área valvar acima de 2,0 cm².

Analise o caso clínico a seguir para responder às questões 31 e 32:

Paciente do sexo masculino, 61 anos, hipertenso, diabético tipo 2, dislipidêmico e ex-tabagista, procura avaliação por dor torácica em aperto aos esforços moderados, há 4 meses, retroesternal, com melhora ao repouso. Refere redução progressiva da tolerância ao exercício, mas permanece estável hemodinamicamente. O eletrocardiograma de repouso sem alterações. O ecocardiograma com doppler colorido demonstra fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 58%, sem alterações segmentares. Encaminhado para angiotomografia de coronária, apresentando escore de cálcio coronariano (CAC) de 412 unidades Agatston, presença de placa mista extensa em descendente anterior proximal, com estenose estimada em 70% a 80%, além de placas não obstrutivas em coronária direita e circunflexa, sem sinais de oclusão. Não há achados de tronco de coronária esquerda.

31. Com base nesses dados, a correta interpretação do exame é de que

- (A) o achado de lesão obstrutiva proximal em descendente anterior, em paciente sintomático, caracteriza doença coronária anatomicamente relevante e torna apropriada a avaliação invasiva subsequente.
- (B) o fato de o paciente não apresentar disfunção ventricular esquerda exclui relevância prognóstica da lesão proximal em descendente anterior.
- (C) a presença de CAC elevado, isoladamente, já define indicação automática de intervenção coronária percutânea, independentemente de sintomas ou anatomia.
- (D) o escore de cálcio elevado invalida a angiotomografia de coronárias para tomada de decisão clínica, devendo o exame ser considerado inconclusivo por definição.
- (E) a presença de placas não obstrutivas em outros vasos reduz a probabilidade de que a lesão da descendente anterior seja a responsável pelos sintomas.

32. Considerando o caso clínico exposto e que o paciente foi mantido em tratamento com antiagregação plaquetária, betabloqueador, antianginosos e estatina de alta potência, porém continua referindo angina limitante, classe funcional II para III, apesar de adesão terapêutica adequada, é correto afirmar que, nesse momento, a conduta é

- (A) solicitar apenas escore de cálcio seriado, pois a variação do CAC é o principal determinante de indicação de cateterismo.
- (B) manter tratamento exclusivamente clínico, porque a angiotomografia não deve modificar conduta em pacientes estáveis.
- (C) indicar revascularização cirúrgica diretamente, sem necessidade de coronariografia diagnóstica, pela presença de lesão em DA proximal à angiotomografia.
- (D) repetir a angiotomografia, em 12 meses, antes de qualquer decisão invasiva, para confirmar progressão anatômica.
- (E) encaminhar para coronariografia invasiva, com possibilidade de avaliação funcional invasiva e planejamento de revascularização conforme a anatomia final.

Observe o caso clínico a seguir para responder às questões **33 e 34**:

Paciente, 58 anos, com infarto agudo do miocárdio, há 10 meses, diabetes mellitus tipo 2, doença arterial periférica assintomática e angioplastia prévia com *stent* farmacológico comparece em seguimento. Está em uso de rosuvastatina 40 mg, ao dia, e ezetimiba 10 mg, ao dia. Exames laboratoriais demonstram LDL colesterol de 54 mg/dL, não HDL de 86 mg/dL, triglicerídeos de 156 mg/dL e boa adesão ao tratamento. Permanece assintomático.

33. Diante da nova Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose de 2025, é correto afirmar que a interpretação da meta lipídica para esse paciente

- (A) atingiu a meta, porque em prevenção secundária qualquer valor abaixo de 55 mg/dL é considerado adequado pela diretriz brasileira de 2025.
- (B) está acima da meta, porque em muito alto risco a diretriz brasileira de 2025 estabelece LDL colesterol abaixo de 50 mg/dL como alvo terapêutico.
- (C) está fora da meta, porque todo indivíduo em prevenção secundária deve atingir LDL colesterol abaixo de 70 mg/dL e redução absoluta de pelo menos 20 mg/dL.
- (D) está acima da meta, porque a diretriz de 2025 substituiu o conceito de meta de LDL por meta exclusiva de ApoB.
- (E) está acima da meta apenas se o HDL colesterol estiver abaixo de 40 mg/dL.

34. A partir da confirmação de adesão terapêutica, pelo paciente e familiares, para rosuvastatina 40 mg e ezetimiba 10 mg, é correto afirmar que a estratégia terapêutica indicada é

- (A) reduzir a intensidade da estatina e reforçar dieta antes de qualquer outra decisão.
- (B) suspender ezetimiba e associar fibrato, priorizando redução de triglicerídeos como alvo principal.
- (C) manter o esquema atual por mais 12 meses.
- (D) tocar rosuvastatina por atorvastatina em dose moderada, pois ambas têm equivalência obrigatória quando combinadas à ezetimiba.
- (E) acrescentar inibidor de PCSK9.

35. Em relação à avaliação funcional de lesões coronarianas intermediárias, qual alternativa está correta?

- (A) O FFR não possui valor prognóstico validado.
- (B) O iFR substituiu completamente o FFR nas diretrizes.
- (C) Lesões com FFR > 0,80 devem sempre ser tratadas.
- (D) O FFR depende de hiperemia máxima, enquanto o iFR é obtido em condições basais.
- (E) O iFR é mais preciso que o FFR em todos os cenários clínicos.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 36 e 37:

Paciente, sexo masculino, 62 anos, portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia mista com história de angina estável, há cerca de 18 meses, apresenta piora progressiva dos sintomas, atualmente em classe funcional III, com limitação importante para atividades habituais, apesar de terapia otimizada com betabloqueador, nitrato e bloqueador de canal de cálcio. Durante investigação diagnóstica realizou os seguintes exames cardiológicos complementares com os resultados principais:

- Ecocardiograma com doppler colorido: Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (Simpson): 52% e presença de hipocinesia leve em parede anterior;
- Teste ergométrico: baixa capacidade funcional no protocolo de Bruce modificado com presença de infradesnivelamento difuso do segmento ST sem modificação ao esforço;
- Cintilografia de perfusão miocárdica com adenosina: alteração perfusional reversível extensa em território anterior e anterosseptal envolvendo aproximadamente de 15% a 20% da massa ventricular, com ausência de alteração perfusional fixa;
- Cineangiogramia coronária: presença na artéria coronária descendente anterior proximal de uma oclusão total crônica (CTO) com circulação colateral (Rentrop 2) e demais vasos sem lesões significativas.

36. Com base nos achados do caso clínico, assinale a alternativa que apresenta a correta interpretação com relação à relevância da lesão coronariana e implicação para conduta.

- (A) Defeitos reversíveis pequenos são suficientes para indicar intervenção invasiva.
- (B) A presença de circulação colateral exclui a necessidade de revascularização, independentemente da área isquêmica.
- (C) O defeito reversível extenso sugere isquemia significativa e viabilidade, favorecendo estratégia de revascularização.
- (D) A ausência de defeitos fixos indica necrose miocárdica extensa e inviabilidade.
- (E) A cintilografia não agrega informação na presença de CTO documentada.

37. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e os dados clínicos apresentados, é correto afirmar que a estratégia terapêutica adequada é

- (A) considerar angioplastia da CTO em centro especializado.
- (B) manter tratamento clínico exclusivo, devido à presença de circulação colateral.
- (C) indicar cirurgia de revascularização miocárdica obrigatória.
- (D) indicar anticoagulação plena como terapia principal.
- (E) evitar qualquer tipo de revascularização pela complexidade da lesão.

38. Em relação à embolia paradoxal, qual alternativa descreve corretamente seu mecanismo fisiopatológico e implicações clínicas?

- (A) Ocorre exclusivamente em pacientes com doença arterial coronariana.
- (B) Não possui relação com eventos neurológicos isquêmicos.
- (C) Resulta da passagem de um êmbolo venoso para circulação arterial por meio de comunicação intracardíaca ou intrapulmonar.
- (D) O forame oval patente não tem relevância clínica nesse contexto.
- (E) Está sempre associada à presença de trombo intracavitário ventricular esquerdo.

Com base no caso clínico a seguir, responda às questões 39 e 40:

Paciente, sexo feminino, 69 anos, tabagista pregressa, portadora de hipertensão arterial de longa data, doença aterosclerótica difusa e função renal previamente estável, apresenta piora progressiva do controle pressórico nos últimos 8 meses. Está em uso de quatro classes de anti-hipertensivos, incluindo diurético tiazídico, antagonista de canal de cálcio, beta bloqueador e bloqueador do sistema renina angiotensina há longo prazo, sem atingir as metas alvo de níveis pressóricos. Refere ainda duas internações, nos últimos 4 meses, por edema agudo de pulmão de instalação súbita, sem nova síndrome coronariana aguda. Após introdução de inibidor da ECA, houve aumento de creatinina sérica superior a 50% em relação ao basal. Durante a investigação clínica realizou uma angiotomografia de aorta abdominal e artérias renais que mostrou estenose aterosclerótica ostial bilateral importante mais acentuada à direita.

39. Segundo o conjunto de achados apresentados, é correto afirmar que

- (A) o aumento de creatinina após IECA exclui estenose de artéria renal hemodinamicamente significativa.
- (B) a bilateralidade do acometimento afasta o diagnóstico de hipertensão renovascular.
- (C) se trata de hipertensão essencial grave, e os achados renais são provavelmente incidentais, sem repercussão fisiopatológica.
- (D) episódios de edema agudo de pulmão não têm relação conhecida com estenose aterosclerótica de artéria renal.
- (E) o quadro favorece doença renovascular aterosclerótica clinicamente relevante, com síndromes de desestabilização cardíaca e deterioração renal induzida por bloqueio do sistema renina-angiotensina.

40. Assinale a alternativa que apresenta a conduta terapêutica adequada em relação a esse caso clínico.

- (A) Indicar nefrectomia direita, pois a bilateralidade do acometimento inviabiliza abordagem percutânea.
- (B) Suspender todos os anti-hipertensivos e observar a evolução pressórica, por 6 meses, para confirmar refratariedade real.
- (C) Iniciar anticoagulação plena como tratamento principal da lesão aterosclerótica renal.
- (D) Indicar revascularização endovascular.
- (E) Prosseguir exclusivamente com tratamento clínico, pois estudos randomizados excluem qualquer benefício de revascularização em todos os subgrupos.

41. Assinale a alternativa que descreve corretamente a diferença prática entre FFR e iFR na avaliação de lesões coronárias intermediárias.

- (A) O iFR exige hiperemia farmacológica obrigatória, ao contrário do FFR.
- (B) O FFR é medido durante hiperemia máxima, enquanto o iFR é obtido em condição basal durante período específico da diástole.
- (C) O FFR é obtido em repouso, enquanto o iFR depende de adenosina.
- (D) O iFR não possui validação clínica para orientar decisão de revascularização.
- (E) FFR e iFR são métodos anatômicos, não fisiológicos.

42. O fenômeno de *no-reflow*, após intervenção coronária percutânea (ICP) primária, é definido como:

- (A) incapacidade de restaurar perfusão miocárdica adequada, apesar da abertura da artéria epicárdica culpada.
- (B) obstrução residual epicárdica grave por *stent* subexpandido, sempre visível na angiografia.
- (C) oclusão trombótica aguda do *stent* após 24 horas.
- (D) dissecção coronária distal extensa com necessidade obrigatória de novo *stent*.
- (E) espasmo coronário proximal isolado, sem repercussão microvascular.

Considere o caso clínico a seguir para responder às questões 43 e 44:

Paciente, sexo feminino, 79 anos, com história de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FE 32%), etiologia isquêmica, portadora de doença arterial coronariana com angioplastia prévia, fibrilação atrial permanente e doença renal crônica estágio 3 é admitida por dispneia progressiva aos mínimos esforços, ortopneia e múltiplas internações por descompensação nos últimos 6 meses. Encontra-se em uso otimizado de terapia para insuficiência cardíaca segundo as diretrizes atuais. Exames complementares: ecocardiograma transtorácico: FEVE: 32%; dilatação importante de VE; insuficiência mitral grave (EROA 0,42 cm², volume regurgitante elevado); jato central predominante e etiologia funcional (restrição de folhetos, *tethering*).

Foi submetida a avaliação pelo *Heart Team* que ponderou alguns aspectos do caso clínico:

- EuroSCORE II elevado;
- Múltiplas comorbidades.

43. Considerando o quadro clínico e a avaliação pelo *Heart Team*, assinale a alternativa correta com relação à escolha entre cirurgia cardíaca aberta ou intervenção percutânea com dispositivo minimamente invasivo de reparação da válvula mitral (MitraClip) nesse caso.

- (A) A cirurgia é mandatória em todos os casos de insuficiência mitral grave, independentemente do risco cirúrgico.
- (B) A presença de disfunção ventricular esquerda contraindica qualquer intervenção valvar.
- (C) O tratamento deve ser exclusivamente clínico, pois a intervenção não modifica prognóstico.
- (D) O MitraClip não é indicado em insuficiência mitral funcional, apenas em etiologia degenerativa.
- (E) O MitraClip é apropriado nesse cenário, dada insuficiência mitral grave sintomática, alto risco cirúrgico e anatomia favorável.

44. Qual das alternativas a seguir representa uma complicação reconhecida e clinicamente relevante do MitraClip que poderia ser identificada durante o procedimento e que contraindica o implante?

- (A) Dissecção da artéria coronária esquerda como complicação direta do procedimento.
- (B) Formação obrigatória de trombo intracavitário ventricular esquerdo.
- (C) Estenose mitral iatrogênica por redução excessiva da área valvar.
- (D) Insuficiência aórtica aguda por lesão valvar.
- (E) Ruptura de músculo papilar como complicação direta do clip.

45. Qual fator está associado à necessidade de marcapasso definitivo em pacientes após troca valvar aórtica percutânea (TAVI)?
- (A) Bloqueio de ramo direito prévio.
 - (B) Ausência de calcificação valvar.
 - (C) Ausência de hipertrofia ventricular esquerda.
 - (D) Fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada.
 - (E) Sexo masculino isoladamente.
46. Sobre dupla antiagregação após *stent* farmacológico, assinale a alternativa correta.
- (A) Deve sempre ser inferior a 30 dias.
 - (B) Não é necessária quando o *stent* é de última geração.
 - (C) Deve ser mantida indefinidamente em todos os pacientes.
 - (D) A duração pode ser individualizada, conforme o equilíbrio entre risco isquêmico e hemorrágico.
 - (E) Só é relevante em pacientes com infarto com supra de ST.

Análise o caso clínico a seguir para responder às questões 47 e 48:

Paciente, sexo feminino, 71 anos, portadora de hipertensão arterial e diabetes mellitus 2 em insulino terapia, há 10 anos. Foi admitida, há 4 dias, por infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento de ST em parede inferior, com evolução de 5 horas do início da dor torácica, submetida à angioplastia primária com sucesso em artéria coronária direita proximal, com tempo porta-balão de 90 minutos. Internada na Unidade Coronariana, evoluiu inicialmente de forma estável, em Killip I. No quarto dia de internação, apresenta piora súbita com dispneia intensa, ortopneia e sensação de sufocamento. Refere ansiedade importante e incapacidade de permanecer em decúbito. Ao exame físico: PA: 86 x 58 mmHg; FC: 118 bpm; FR: 32 irpm; saturação: 88% em ar ambiente; extremidades frias e sudoreicas; turgência jugular discreta; ritmo cardíaco regular com sopro holossistólico intenso em foco mitral, irradiado para axila e murmúrio vesicular com estertores crepitantes difusos bilaterais.

47. Com base nas informações apresentadas e na evolução clínica, é correto afirmar que o diagnóstico é
- (A) comunicação interventricular pós-infarto.
 - (B) ruptura de músculo papilar com insuficiência mitral aguda grave.
 - (C) reinfarto do miocárdio com disfunção ventricular esquerda progressiva.
 - (D) tamponamento cardíaco por ruptura de parede livre.
 - (E) insuficiência mitral crônica descompensada.

48. A partir dos dados apresentados e do diagnóstico estabelecido, é correto afirmar que a estratégia terapêutica adequada é
- (A) a anticoagulação plena e suporte clínico, aguardando estabilização hemodinâmica.
 - (B) a observação clínica em unidade de terapia intensiva, com suporte ventilatório isolado.
 - (C) o tratamento clínico otimizado com vasodilatadores e diuréticos, com reavaliação seriada.
 - (D) o implante de cardiodesfibrilador implantável para prevenção de morte súbita.
 - (E) o suporte hemodinâmico inicial associado à indicação de correção cirúrgica urgente.
49. Sobre a oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo, assinale a alternativa correta.
- (A) É contraindicada em pacientes com alto risco tromboembólico.
 - (B) Substitui completamente a necessidade de qualquer terapia antitrombótica após o procedimento.
 - (C) Não possui evidência de benefício clínico.
 - (D) Reduz o risco de eventos embólicos em pacientes selecionados, especialmente aqueles com contraindicação à anticoagulação.
 - (E) Está indicada como primeira linha em todos os pacientes com fibrilação atrial.
50. Em relação ao uso de imagem intracoronária, qual alternativa correta?
- (A) O ultrassom intracoronário (IVUS) e OCT são equivalentes em qualquer cenário, sem vantagens técnicas específicas.
 - (B) A tomografia de coerência óptica (OCT) tem maior penetração tecidual do que IVUS e melhor avaliação de placa profunda.
 - (C) OCT oferece maior resolução espacial, enquanto IVUS tende a ser mais útil em avaliação de vasos maiores e extensão de doença mais profunda.
 - (D) OCT substitui integralmente a angiografia em intervenção coronária percutânea (ICP) complexa.
 - (E) IVUS não deve ser usado em lesões calcificadas.

RASCUNHO

RASCUNHO

