



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO SUPLEMENTAR PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2025

ANO ADICIONAL

CARDIOLOGIA E TRANSPLANTE DE CORAÇÃO

Nome: _____

Nº de Inscrição: _____

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **10 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A, B, C e D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para a correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, régua de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 01 hora e 30 minutos**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.

Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

01. Assinale a assertiva correta sobre o escore de cálcio coronariano na avaliação do risco cardiovascular por angiotomografia coronariana.

- (A) Permite quantificar o grau de estenose coronariana, auxiliando na tomada de decisão da equipe médica sobre avaliação invasiva com cineangiocoronariografia.
- (B) Permite avaliar a presença e a extensão de placas de ateroma; nos casos em que se identifica escore de cálcio zero, o risco de evento cardiovascular é baixo, principalmente em pacientes jovens.
- (C) Auxilia na determinação da função ventricular esquerda.
- (D) Permite identificar a necessidade de intervenção coronariana percutânea imediata em casos de angina.

02. Assinale a assertiva correta sobre o manejo da fibrilação atrial (FA).

- (A) O controle de ritmo é sempre preferível ao controle de frequência, independentemente do quadro clínico do paciente.
- (B) A escolha pela anticoagulação na FA deve basear-se exclusivamente no tipo de FA (paroxística ou persistente).
- (C) O escore CHA₂DS₂-VASc é utilizado para avaliar a necessidade de anticoagulação em pacientes com FA, exceto em casos de alto risco como na miocardiopatia hipertrófica ou estenose mitral grave.
- (D) Cardioversão elétrica está contraindicada para pacientes com FA de longa duração (> 48 horas) devido ao risco de eventos embólicos, mesmo que anticoagulação prévia tenha sido realizada.

03. Assinale a assertiva correta em relação ao manejo da síndrome coronariana aguda (SCA) sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST).

- (A) Uso de dupla antiagregação plaquetária está indicado para todos os pacientes com SCASSST, salvo contraindicações.
- (B) Pacientes com SCASSST de baixo risco, de acordo com o escore GRACE, devem ser submetidos a angiografia coronariana de emergência.
- (C) Inibidores de glicoproteína IIb/IIIa devem ser utilizados rotineiramente em todos os pacientes com SCASSST, independentemente do risco.
- (D) Betabloqueador intravenoso é o medicamento de escolha para todos os pacientes com SCASSST com intuito de reduzir o consumo de oxigênio pelo miocárdio, mesmo na presença de insuficiência cardíaca descompensada.

04. Assinale a assertiva correta sobre o manejo da hipertensão arterial resistente.

- (A) O diagnóstico de hipertensão arterial resistente deve ser considerado apenas quando a pressão arterial permanece elevada, apesar do uso de 4 ou mais medicamentos anti-hipertensivos de classes diferentes.
- (B) A denervação simpática renal é tratamento de primeira linha recomendado para pacientes com hipertensão arterial resistente secundária a hiperaldosteronismo primário.
- (C) O uso de espironolactona ou outro antagonista do receptor de mineralocorticoides está indicado para pacientes com hipertensão arterial resistente, especialmente na presença de sinais de hiperaldosteronismo primário.
- (D) A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou residencial (MRPA) não é necessária no diagnóstico de hipertensão arterial resistente, pois a medida realizada em consultório é suficiente para confirmar a resistência ao tratamento.

05. Assinale a assertiva correta sobre o manejo da estenose aórtica grave e o uso do implante percutâneo de valva aórtica (TAVI).

- (A) TAVI está indicado exclusivamente para pacientes com estenose aórtica grave e contraindicação absoluta à cirurgia de troca valvar (SAVR).
- (B) Pacientes com estenose aórtica grave do tipo *low-flow, low-gradient* necessitam obrigatoriamente de prova de baixo fluxo com dobutamina para confirmação da gravidade antes de se considerar intervenção.
- (C) Após TAVI, o uso de terapia antiplaquetária dupla (aspirina + clopidogrel) é recomendado universalmente para todos os pacientes, independentemente do risco de sangramento.
- (D) A avaliação multidisciplinar do *Heart Team* é fundamental para decidir entre TAVI e cirurgia, considerando fatores como idade, risco cirúrgico, comorbidades e expectativa de vida.

06. Assinale a assertiva correta sobre o manejo da insuficiência cardíaca crônica com fração de ejeção reduzida (ICFEr).

- (A) O uso de inibidores da neprilina em associação com bloqueadores do receptor de angiotensina é recomendado para pacientes com terapia médica otimizada, independentemente da presença de sintomas.
- (B) Pacientes com ICFEr e frequência cardíaca ≥ 70 bpm em ritmo sinusal devem receber ivabradina como terapia de primeira linha para controle de frequência, independentemente da dose de betabloqueador.
- (C) Dapagliflozina ou empagliflozina estão indicadas para pacientes sintomáticos com ICFEr, independentemente da presença de diabetes melito.
- (D) O dispositivo de ressincronização cardíaca está indicado para todos os pacientes com ICFEr e bloqueio de ramo esquerdo, independentemente do QRS ou da classe funcional.

07. Assinale a assertiva correta sobre o manejo da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP).

- (A) O uso de inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT-2) é restrito a pacientes com ICFEP e diabetes melito tipo 2.
- (B) Espironolactona está indicada para todos os pacientes com ICFEP, independentemente da presença de sinais de sobrecarga hídrica, com benefício inequívoco em mortalidade, demonstrado no estudo TOPCAT.
- (C) O tratamento da ICFEP consiste principalmente no uso de betabloqueadores, uma vez que reduzir a frequência cardíaca melhora diretamente a função diastólica.
- (D) O diagnóstico da ICFEP requer a presença de fração de ejeção $\geq 50\%$, sintomas de insuficiência cardíaca e evidência de anormalidades estruturais ou funcionais consistentes com aumento das pressões de enchimento.

08. Assinale a assertiva correta sobre o manejo da miocardiopatia hipertrófica (MCH).

- (A) Pacientes com MCH e risco elevado de morte súbita devem ser considerados para implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI) como prevenção primária na presença de fator de alto risco como hipertrofia maciça, síncope ou história familiar de morte súbita em familiar de 1º grau < 40 anos.
- (B) Ablação septal alcoólica é o tratamento de escolha para todos os pacientes com MCH obstrutiva, independentemente da presença de sintomas.
- (C) Betabloqueadores estão contraindicados para pacientes com MCH obstrutiva devido ao risco de agravamento do gradiente do trato de saída do ventrículo esquerdo.
- (D) Uso de antagonistas do cálcio, como verapamil, é restrito a pacientes com MCH e fibrilação atrial, sem papel no manejo da obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo.

09. Assinale a assertiva correta sobre o manejo da angina estável e o papel dos exames não invasivos na avaliação de pacientes.

- (A) Teste ergométrico é o exame de escolha para pacientes com angina estável e bloqueio de ramo esquerdo ao eletrocardiograma de repouso.
- (B) Cateterismo cardíaco está indicado como método de primeira linha para todos os pacientes com angina estável, independentemente da probabilidade pré-teste ou gravidade dos sintomas.
- (C) Pacientes com angina estável e baixo risco para doença arterial coronariana não necessitam de exames complementares; o tratamento anti-anginoso deve ser iniciado com base apenas nos sintomas relatados.
- (D) Pacientes com angina estável, sintomas refratários ao tratamento otimizado ou alto risco nos testes não invasivos devem ser encaminhados para estratificação invasiva com cateterismo cardíaco.

10. Assinale a assertiva correta sobre o diagnóstico da amiloidose cardíaca.

- (A) O diagnóstico pode ser feito apenas por biópsia do miocárdio, que é o método padrão ouro para confirmação da doença.
- (B) Ecocardiografia com Doppler é frequentemente a primeira ferramenta de imagem utilizada, pois pode detectar sinais sugestivos de amiloidose cardíaca como aumento da espessura ventricular sem hipertensão arterial evidente e presença de *apical-sparing*.
- (C) O diagnóstico inclui a realização de eletroforese de proteínas séricas e urinárias com imunofixação, além de pesquisa de cadeias leves kappa e lambda, que, quando presentes, sugerem amiloidose aTTR.
- (D) Cintilografia com radiofármaco, como o pirofosfato de sódio (PYP), pode ser útil no diagnóstico de amiloidose cardíaca, especialmente na forma AL, ao identificar depósitos de amiloide no coração.