



Nome

Nº de Identidade

Órgão Expedidor

 UF

Nº de Inscrição

GRUPO 09
ESPECIALIDADE COM PRÉ-REQUISITO EM CARDIOLOGIA
(CARDIOLOGIA)

PREZADO CANDIDATO

- *Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.*
- *Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição e o Grupo/Programa** impressos **estão de acordo com sua opção**.*
- *As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.*
- *Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.*
- *Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

BOA SORTE!

01. Um homem de 68 anos com história de fibrilação atrial (FA) persistente chega à emergência com frequência ventricular de 150 bpm, hipotensão e intolerância ao esforço. O eletrocardiograma é compatível com fibrilação atrial. Segundo as diretrizes ACLS 2025, qual deve ser a energia inicial para cardioversão elétrica sincronizada?

- A) 50 J
- B) 100 J
- C) 150 J
- D) 200 J
- E) 360 J

02. Em relação ao uso de fechamento do apêndice atrial esquerdo após ablação de fibrilação atrial, qual das afirmativas reflete o conhecimento atual de ensaios clínicos randomizados, como o OPTION Trial, e sua integração na prática clínica?

- A) Não há dados comparativos entre LAAO (oclusão do apêndice atrial esquerdo) e anticoagulação oral após ablação de FA.
- B) LAAO demonstrou maior incidência de Acidente Vascular Cerebral que a anticoagulação oral em longo prazo.
- C) LAAO foi associado a menor risco de sangramento relevante, quando comparado com anticoagulação oral em pacientes pós-ablação, com eficácia similar na prevenção de eventos tromboembólicos.
- D) Anticoagulação oral pode ser suspensa com segurança após ablação de FA, se houver restauração ao ritmo sinusal sustentada, mesmo em pacientes com CHADSVAS acima de 2.
- E) LAAO não está indicada após ablação de FA, quando há restauração do ritmo sinusal.

03. Homem de 61 anos, pós-IAM tratado com angioplastia, FEVE 59%, sem arritmias ventriculares documentadas. Durante internação, apresentou episódios de bradicardia sinusal assintomática. Você avalia a prescrição de betabloqueador na alta.

Qual das alternativas reflete melhor o racional atual sobre o uso dessa classe nesse cenário?

- A) Betabloqueadores reduzem mortalidade em todos os pacientes pós-IAM na era da angioplastia primária.
- B) O benefício do betabloqueador é mais evidente em pacientes com disfunção ventricular esquerda.
- C) A ausência de betabloqueador aumenta o risco de morte súbita, mesmo em pacientes com FE preservada.
- D) Iniciar betabloqueador em baixa dose, independentemente da frequência cardíaca.
- E) Substituir o betabloqueador por antagonista do canal de cálcio não diidropirídico.

04. Homem de 72 anos, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), classe funcional II–III, é internado por descompensação infecciosa leve durante o período sazonal de influenza. Evolui com melhora clínica após ajuste de diurético e encontra-se estável, próximo da alta hospitalar. No prontuário, não há registro de vacinação recente contra influenza.

Qual conduta é mais adequada?

- A) Adiar a vacinação contra influenza para pelo menos 30 dias após a alta
- B) Vacinar apenas pacientes ambulatoriais estáveis
- C) Realizar vacinação contra influenza ainda durante a internação
- D) Evitar vacinação em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada recente
- E) Vacinar somente se houver histórico prévio de infecção por influenza

05. Homem de 70 anos, com fibrilação atrial e doença coronariana crônica, encontra-se em uso de um DOAC (anticoagulante oral direto) e aspirina. Foi submetido à ATC (angioplastia) com stent farmacológico há 18 meses. Seu geriatra questiona a necessidade de manter terapia antiplaquetária associada nesse momento. Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A manutenção de aspirina reduz mortalidade em longo prazo.
 - B) A associação DOAC + antiagregante reduz eventos trombóticos tardios.
 - C) A monoterapia com DOAC está associada a menor sangramento e desfechos semelhantes.
 - D) A suspensão do antiagregante aumenta o risco de trombose de stent tardia.
 - E) A evidência atual contraindica DOAC isolado após ATC .
-

06. Mulher de 33 anos com MCPP (miocardiopatia periparto) diagnosticada há 5 anos, acompanhada em ambulatório. Recuperou FEVE para 58% após 6 meses do evento inicial e manteve estabilidade desde então. Deseja nova gestação e está assintomática. Ecocardiograma atual: FEVE 58%, sem dilatação importante do VE. Sem arritmias. Qual é a orientação mais adequada sobre gestação subsequente ?

- A) A gestação subsequente está contraindicada em todas as mulheres com história de MCPP.
- B) Se FEVE recuperou, a gestação pode ser considerada, com aconselhamento e seguimento em equipe de cárdio-obstetrícia.
- C) A FEVE pré-gestação não tem utilidade prognóstica.
- D) O risco materno é desprezível após recuperação de FEVE, dispensando seguimento especializado.
- E) O principal desfecho adverso esperado é estenose mitral reumática.

07. Durante uma ICP eletiva de lesão coronariana severamente calcificada, o operador obtém um bom resultado angiográfico final. Não há dissecções aparentes nem estenose residual significativa. Considera-se o uso de imagem intravascular apenas para confirmação do resultado final do procedimento.

Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A imagem intravascular reduz comprovadamente o risco de infarto periprocedimento.
- B) A angiografia convencional tem limitações para avaliar expansão inadequada do stent em lesões calcificadas.
- C) O benefício da imagem intravascular é restrito à avaliação de trombos.
- D) A imagem intravascular substitui a necessidade de preparo adequado do vaso.
- E) O uso de imagem intravascular elimina o risco de trombose de stent.

08. Paciente de 70 anos, com IAM com supra e doença multiarterial, apresenta FEVE basal de 30%. Evolui estável após ICP primária da lesão culpada. O time assistente questiona se o benefício da revascularização completa se aplica a pacientes com disfunção ventricular mais acentuada.

Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A revascularização completa não deve ser considerada em FEVE $\leq 35\%$.
- B) O benefício da revascularização completa parece restrito a pacientes com FE preservada.
- C) A revascularização completa reduz eventos cardiovasculares em todo o espectro de FEVE.
- D) A FEVE reduzida anula o benefício prognóstico da revascularização completa.
- E) Não há dados que sustentem benefício da revascularização completa em pacientes de alto risco.

09. Mulher de 70 anos, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP), classe funcional III da NYHA, NT-proBNP elevado. Exames: ferritina 65 µg/L e TSAT (saturação da transferrina) 24%. Hemoglobina 12,8 g/dL. Ela pergunta se “tem deficiência de ferro” (DF) e se faria ferro intravenoso.

Assinale a alternativa que indica a resposta CORRETA.

- A) Não há DF porque TSAT está $\geq 20\%$
- B) Há DF pela ferritina < 100 µg/L; considerar reposição intravenosa como estratégia para sintomas, ponderando evidência ainda menos robusta na ICFEP
- C) Há DF e ferro intravenoso reduz mortalidade em ICFEP
- D) Tratar apenas se houver anemia pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS)
- E) Solicitar mielograma antes de decidir.

10. Homem de 66 anos, com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), doença arterial coronariana estabelecida e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), em uso de metformina e inibidor do cotransportador sódio-glicose tipo 2 (iSGLT2). HbA1c atual de 7,4%, índice de massa corporal elevado e albuminúria persistente.

Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Associar agonista do receptor do GLP-1 (ARGLP-1), visando à redução adicional de risco aterosclerótico e mortalidade.
- B) Manter apenas iSGLT2.
- C) Substituir iSGLT2 por ARGLP-1, evitando polifarmácia.
- D) Introduzir insulina basal como estratégia prioritária de proteção cardiovascular.
- E) Substituir iSGLT2 por finerenona, visando a uma melhor redução de desfecho renal.

11. Homem de 72 anos, hipertenso, diabético e dislipidêmico, com estenose carotídea interna direita de 75%, documentada por Doppler e angiotomografia. Está assintomático, em uso de estatina de alta intensidade, antiagregante plaquetário e com pressão arterial bem controlada. Expectativa de vida estimada superior a 10 anos. Qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Manter tratamento clínico intensivo como estratégia central, com reavaliação seriada
- B) Indicar endarterectomia carotídea
- C) Indicar stent carotídeo transfemoral para todos os casos com estenose $\geq 70\%$
- D) Suspender antiagregação e manter a estatina
- E) Indicar revascularização, apenas se houver sintomas prévios.

12. Durante Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) avançada em paciente intubado, a capnografia mostra valores persistentes de ETCO_2 entre 6 e 8 mmHg, apesar de compressões adequadas, ventilação correta e correção dos 5H e 5T. O tempo total de RCP ultrapassa 25 minutos.

Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O valor do ETCO_2 reflete exclusivamente a ventilação e não o débito cardíaco.
- B) ETCO_2 persistentemente baixo após tempo prolongado associa-se à baixa probabilidade de retorno da circulação espontânea.
- C) O ETCO_2 não tem valor prognóstico em PCR intrahospitalar.
- D) A interrupção da RCP depende exclusivamente do ritmo cardíaco.
- E) A capnografia perde validade após intubação.

13. Mulher de 68 anos, com doença arterial coronariana estável, refere dormir entre 8 e 9 horas por noite, mas apresenta sonolência diurna frequente e sensação de sono não reparador. Exames laboratoriais mostram aumento de marcadores inflamatórios. Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A duração adequada do sono neutraliza outros efeitos deletérios.
- B) A sonolência diurna reflete disfunção em uma dimensão do sono associada a maior risco cardiovascular.
- C) O impacto cardiovascular depende da confirmação de apneia obstrutiva do sono.
- D) A sonolência diurna representa fenômeno fisiológico do envelhecimento.
- E) O risco cardiovascular está relacionado predominantemente à redução do tempo total de sono.

14. Paciente de 69 anos em uso de ticagrelor por síndrome coronariana aguda apresenta indicação cirúrgica durante a internação. A equipe planeja o pré-operatório.

Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Suspensão do ticagrelor 7 dias antes, manutenção de aspirina até a cirurgia
- B) Suspensão do ticagrelor 5 dias antes, suspensão de aspirina 24 horas antes
- C) Suspensão do ticagrelor 3 dias antes, manutenção de aspirina até a cirurgia
- D) Manutenção de ticagrelor até o dia da cirurgia, suspensão de aspirina 5 dias antes
- E) Troca por prasugrel 48 horas antes da cirurgia

15. Paciente de 55 anos, com risco cardiovascular intermediário, sem eventos prévios, apresenta LDL-C de 138 mg/dL. Não possui diabetes, doença renal ou aterosclerose documentada.

Qual abordagem está mais adequada para esse perfil?

- A) Iniciar estatina de alta intensidade
- B) Indicar inibidor de PCSK9 precocemente
- C) Estabelecer meta de LDL-C < 55 mg/dL
- D) Priorizar combinação farmacológica inicial
- E) Definir conduta com base no risco global e considerar estatina de intensidade apropriada

16. Homem de 81 anos, com fibrilação atrial permanente, escore CHA₂DS₂-VASc = 5, HAS-BLED = 3, em uso de varfarina há 6 anos, com TTR documentado de 72%. Apresenta fragilidade clínica definida por múltiplas comorbidades e histórico de queda sem trauma grave. Função renal preservada. Qual a recomendação para a terapia anticoagulante nesse caso?

- A) Manter varfarina, considerando estabilidade terapêutica e perfil de sangramento global.
- B) Migrar para um anticoagulante oral direto (apixabana ou rivaroxabana), em dose reduzida , independentemente da função renal.
- C) Suspender anticoagulação em razão da fragilidade.
- D) Associar antiagregante plaquetário à varfarina.
- E) Priorizar anticoagulação intermitente conforme risco de quedas.

17. Paciente de 58 anos, hipertenso estágio 2, inicia tratamento com combinação fixa de dois fármacos em doses baixas. Após 6 semanas, a pressão arterial reduziu de 164/100 mmHg para 146/90 mmHg. Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A resposta obtida sugere falha terapêutica precoce.
- B) O efeito observado é compatível com redução esperada de regime de intensidade moderada.
- C) O resultado indica necessidade imediata de tripla terapia em dose plena.
- D) A redução alcançada está abaixo do esperado para combinação farmacológica.
- E) O efeito pressórico sugere predominância de variabilidade de medida.

18. Mulher de 71 anos, estenose aórtica grave assintomática, FE 58%, baixo risco cirúrgico. Ao ecocardiograma de estresse, ocorre aumento significativo da pressão sistólica pulmonar, sem queda da pressão arterial sistêmica e sem sintomas. Esse achado sugere principalmente

- A) fenômeno transitório sem impacto prognóstico.
- B) alteração dependente do método de imagem.
- C) boa adaptação ventricular ao exercício.
- D) dissociação entre carga valvar e resposta hemodinâmica.
- E) incapacidade de acomodação hemodinâmica do ventrículo esquerdo.

19. Mulher de 85 anos, IAM sem supra, hipertensa, diabética, com limitação funcional moderada e histórico de quedas no último ano. Evolui estável hemodinamicamente após tratamento clínico inicial. A equipe discute estratégia invasiva versus conservadora. Qual elemento clínico tem maior peso na individualização da decisão nesse cenário?

- A) Sexo feminino
- B) Valor absoluto da troponina
- C) Localização eletrocardiográfica das alterações
- D) Presença de comorbidades cardiovasculares
- E) Grau de fragilidade e expectativa funcional

20. Paciente de 72 anos, submetido à troca valvar aórtica por bioprótese cirúrgica, em ritmo sinusal, sem história prévia de fibrilação atrial. Evolui sem complicações cirúrgicas imediatas. No 10º dia pós-operatório, discute-se o regime anticoagulante. Qual mecanismo fisiopatológico mais explica a indicação de anticoagulação nos primeiros meses após implante de bioprótese?

- A) Disfunção endotelial sistêmica induzida por circulação extracorpórea
 - B) Hipercoagulabilidade transitória associada à resposta inflamatória
 - C) Ausência inicial de endotelização da superfície protética
 - D) Redução do débito cardíaco pós-operatório
 - E) Ativação persistente da cascata da coagulação pela sutura cirúrgica
-

21. Mulher de 69 anos, com histórico de IAM há 3 anos, apresenta LDL-C persistente de 78 mg/dL em uso de rosuvastatina 20 mg/dia. Relata mialgia recorrente, sem elevação de CK, com recorrência ao reintroduzir diferentes estatinas e em diferentes esquemas posológicos. ApoB atual é 68 mg/dL.

Qual estratégia terapêutica está mais consistente com a Diretriz Brasileira de Dislipidemias 2025?

- A) Substituição por estatina hidrofílica em dias alternados
- B) Associação de ezetimibe mantendo estatina em dose reduzida
- C) Suspensão definitiva de estatinas e introdução de ácido bempedoico
- D) Introdução de anti-PCSK9 com inclisirana
- E) Combinação de ezetimibe com ácido bempedoico

22. Paciente de 70 anos, diabética, dá entrada por desconforto epigástrico associado a dispneia súbita e náuseas. ECG mostra ondas T altas, simétricas e pontiagudas em V2–V5, com depressão ascendente do ST no ponto J maior que 1 mm nessas derivações, além de elevação discreta de ST em aVR. Esse padrão eletrocardiográfico indica

- A) alteração secundária à hipercalemia.
- B) isquemia subendocárdica difusa de baixo risco.
- C) critério eletrocardiográfico sugestivo de oclusão coronariana aguda.
- D) variante normal associada a hipertrofia ventricular esquerda.
- E) síndrome coronariana estável com baixo risco imediato.

23. Mulher de 58 anos, previamente hígida, chega à emergência por dor torácica intensa de início súbito, irradiada para dorso, descrita como “rasgando”. Encontra-se normotensa, sem déficit neurológico. ECG sem alterações isquêmicas. Ao aplicar o ADD-RS, apresenta 1 ponto por característica da dor (baixo risco). A estratégia diagnóstica inicial mais adequada está indicada na alternativa

- A) Angiotomografia de aorta de forma imediata.
- B) Ecocardiograma transtorácico seriado isolado.
- C) D-dímero como exame inicial para refinamento da probabilidade diagnóstica.
- D) Observação clínica com reavaliação em 6 horas.
- E) Alta hospitalar com seguimento ambulatorial precoce.

24. Mulher de 71 anos, independente funcionalmente, sem DAC conhecida, apresenta escore de risco cardiovascular global baixo. Não faz uso de antiagregantes. Questiona se deveria iniciar aspirina após ter lido reportagens sobre “prevenção de infarto”.

Considerando dados de longo prazo em idosos saudáveis, a orientação mais alinhada às evidências está indicada na alternativa

- A) Aspirina reduz infarto não fatal, com impacto neutro em sangramentos
- B) Aspirina reduz AVC isquêmico, especialmente após os 70 anos
- C) Aspirina não reduz eventos cardiovasculares maiores e eleva risco de sangramento significativo
- D) Aspirina reduz mortalidade cardiovascular quando usada por mais de 5 anos
- E) Aspirina apresenta benefício líquido positivo quando associada à estatina

25. Homem de 65 anos com síndrome coronariana aguda, tratado com angioplastia primária com stent farmacológico tem preocupação clínica quanto ao sangramento gastrointestinal e deseja saber se a aspirina pode ser suspensa logo após o procedimento.

Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Suspender aspirina na fase imediata de pós-ICP é recomendado para reduzir sangramento
- B) Suspender aspirina precocemente (abaixo de 30 dias) não atingiu não inferioridade para eventos isquêmicos
- C) Aspirina deve ser suspensa imediatamente nos pacientes de baixo risco isquêmico
- D) Aspirina é desnecessária se um potente inibidor de P2Y₁₂ for utilizado
- E) Aspirina deve ser mantida por 3 meses, apenas

26. Homem, 28 anos, previamente hígido, refere dor torácica há 3 dias, piora em decúbito e melhora ao sentar. Eletrocardiograma (ECG) com supra difuso de ST e infra de PR. Troponina de alta sensibilidade elevada (pico 12x p99). Ecocardiograma transtorácico (ECO) sem disfunção ventricular, sem derrame importante. Hemodinâmica estável, sem arritmias. Considerando a abordagem integrada miopericardite/perimicardite e a lógica de estratificação por risco, qual estratégia diagnóstica inicial melhor se alinha ao cenário descrito?

- A) Biópsia endomiocárdica imediata por conta da troponina elevada, independentemente de estabilidade clínica.
- B) Cinecoronariografia imediata em todos os casos com troponina elevada, independentemente de probabilidade pré-teste de doença coronariana.
- C) Tomografia de coronárias como exame obrigatório em todo paciente jovem com dor torácica típica de pericardite.
- D) Repetir troponina por 24–48 h e encerrar a investigação, se houver queda, sem avaliação por imagem avançada.
- E) Ressonância magnética cardíaca (RMC) com critérios de Lake Louise atualizados como exame de escolha inicial, com reserva de biópsia para cenários de maior risco/instabilidade.

27. Mulher, 69 anos, com insuficiência mitral primária importante, em acompanhamento regular. Nega dispneia aos esforços habituais. Ecocardiograma mostra FEVE de 60%, volume diastólico final indexado do ventrículo esquerdo de 18 mL/m², átrio esquerdo bastante dilatado, pressão sistólica da artéria pulmonar estimada em 55 mmHg em repouso. Holter revela fibrilação atrial paroxística. Risco cirúrgico baixo, centro com alta expertise em cirurgia mitral.

Qual a conduta deve ser tomada nesse momento?

- A) Seguimento clínico, pois a paciente permanece assintomática.
- B) Intervenção percutânea mitral como primeira estratégia, devido à idade.
- C) Correção cirúrgica da valva mitral, considerando o conjunto de critérios clínicos e ecocardiográficos.
- D) Otimização farmacológica com betabloqueador e reavaliação em 12 meses.
- E) Indicar intervenção apenas se houver queda da FEVE abaixo de 50%.

28. Mulher, 70 anos, em pós-operatório de artroplastia de quadril, evolui no 3º dia de uso de heparina de baixo peso molecular (HBPM) com queda de plaquetas de 180.000 para 130.000/mm³, sem trombose ou manifestações cutâneas. Não há exposição prévia conhecida à heparina nos últimos meses. O escore 4T estimado é baixo. Assinale a alternativa que indica a melhor conduta.

- A) Suspende imediatamente a heparina e iniciar anticoagulação plena
- B) Solicitar anti-PF4 por ELISA e iniciar fondaparinux preventivamente
- C) Substituir HBPM por anticoagulante oral direto
- D) Manter heparina e investigar outras causas de trombocitopenia
- E) Solicitar teste funcional para exclusão definitiva de HIT (trombocitopenia induzida por heparina)

29. Homem, 61 anos, choque cardiogênico após IAM (infarto agudo do miocárdio). Na Cateterização Cardíaca Direita: POAP 26 mmHg, PAD (pressão atrial direita) 18 mmHg, índice cardíaco (IC) 1,7 L/min/m², PAS 82 mmHg. Qual fenótipo hemodinâmico é mais compatível?

- A) Choque com predomínio de falência de VD, com POAP baixa
- B) Choque com congestão biventricular e baixo fluxo
- C) Choque distributivo com pressões de enchimento baixas
- D) Choque hipovolêmico com PAD elevada por artefato
- E) IC aguda sem choque, pois PAS acima de 80 mmHg afasta hipoperfusão

30. Mulher de 72 anos, IMC 31 kg/m², IC com FE reduzida (FEVE 32%), estável, em terapia otimizada. Considera-se tratamento farmacológico da obesidade. Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O uso rotineiro de agonistas de GLP-1 é recomendado, independentemente da fração de ejeção.
- B) A redução de peso farmacológica apresenta benefício prognóstico comprovado em ICFER.
- C) O tratamento farmacológico da obesidade deve ser evitado em toda IC por risco hemodinâmico.
- D) A evidência robusta de benefício clínico com GLP-1 concentra-se em pacientes com ICFER.
- E) O IMC isoladamente é suficiente para guiar a decisão terapêutica.

31. Mulher, 68 anos, troca valvar aórtica biológica há 6 semanas, febre persistente, PCR elevada, hemoculturas repetidas negativas. ECO-TT (transtorácico) inconclusivo. Suspeita clínica permanece alta.

Qual estratégia de imagem tem respaldo mais forte nesse cenário para reduzir casos de “EI possível”, especialmente em prótese?

- A) Repetir ECO-TT em 7 dias e, se persistir dúvida, concluir “EI rejeitada”.
- B) PET/CT com 18F-FDG como ferramenta adicional, reconhecendo melhor aplicabilidade em prótese, com ressalva no pós-operatório muito precoce.
- C) Ressonância cardíaca como método de primeira linha para confirmar vegetações em prótese.
- D) Tomografia de tórax sem contraste para afastar EI por sensibilidade elevada.
- E) Angiotomografia de coronárias para confirmar envolvimento endocárdico.

32. Mulher, 58 anos, portadora de cardiomiopatia dilatada, em consulta ambulatorial. À ausculta cardíaca em decúbito lateral esquerdo, percebe-se um terceiro ruído (B3) de baixa frequência, logo após B2.

Qual afirmação melhor explica esse achado?

- A) Resulta da contração atrial vigorosa contra ventrículo rígido
- B) Está associado ao enchimento rápido ventricular em ventrículo dilatado e com pressão diastólica elevada
- C) Indica, na maioria dos casos, estenose mitral reumática
- D) Representa achado fisiológico após os 40 anos
- E) É marcador específico de disfunção sistólica grave irreversível

33. Homem, 60 anos, com dispneia e edema de membros inferiores. Ao exame jugular, observa-se onda “v” proeminente durante a sístole.

Qual condição é mais compatível com esse achado?

- A) Estenose tricúspide
- B) Hipovolemia grave
- C) Tamponamento cardíaco
- D) Comunicação interatrial restritiva
- E) Insuficiência tricúspide significativa

34. Paciente de 16 anos com febre reumática apresenta movimentos involuntários, irregulares, que desaparecem durante o sono, associados à labilidade emocional. Não há febre nem marcadores inflamatórios elevados.

Qual afirmativa é mais adequada?

- A) Trata-se de manifestação tardia, independente de atividade inflamatória sistêmica.
- B) Exige obrigatoriamente associação com cardite ativa.
- C) Geralmente ocorre simultaneamente à artrite.
- D) Responde melhor a anti-inflamatórios não hormonais.
- E) Implica pior prognóstico valvar a longo prazo.

35. Homem, 68 anos, DAC conhecida, angioplastia há 3 anos, assintomático, em uso regular de estatina e betabloqueador. Será submetido à colectomia eletiva por neoplasia. Consegue subir dois lances de escada lentamente, mas para por cansaço. ECG sem alterações novas.

Qual a melhor conduta pré-operatória?

- A) Solicitar teste ergométrico antes da cirurgia
- B) Solicitar cintilografia miocárdica de estresse
- C) Indicar coronariografia invasiva pré-operatória
- D) Solicitar ecocardiograma transtorácico de rotina
- E) Liberar para cirurgia sem investigação adicional

36. Homem, 56 anos, chega à emergência com dispneia súbita e dor torácica ventilatório-dependente. PA 118/72 mmHg, FC 112 bpm, SatO₂ 90% em ar ambiente. ECG com taquicardia sinusal. Dímero-D elevado. Angiotomografia confirma TEP bilateral central. Ecocardiograma mostra dilatação de ventrículo direito (VD), TAPSE reduzido e pressão sistólica da artéria pulmonar elevada. Troponina discretamente positiva. Qual a classificação de risco e conduta inicial mais adequada?

- A) TEP de baixo risco → anticoagulação oral e internação em enfermaria
- B) TEP de risco intermediário-alto → discutir trombectomia por cateter
- C) TEP de alto risco → trombólise sistêmica imediata
- D) TEP intermediário-baixo → anticoagulação e internação em UTI
- E) TEP de alto risco → iniciar anticoagulação imediatamente

37. Homem, 34 anos, assintomático, realiza ecocardiograma por sopro detectado em exame admissional. Ecocardiograma mostra defeito do septo atrial tipo ostium secundum de 18 mm, dilatação de átrio e ventrículo direitos, pressão pulmonar estimada normal. ECG e holter mostram ritmo sinusal. Não há hipertensão pulmonar. Qp/Qs estimado em 1,8. Qual a melhor conduta nesse momento?

- A) Manter acompanhamento clínico conservador, sem terapia adicional.
- B) Contraindicar correção cirúrgica pela ausência de hipertensão pulmonar importante, mantendo tratamento conservador, sem anticoagulação.
- C) Fechamento percutâneo do defeito.
- D) Iniciar anticoagulação plena, mas sem intervenção invasiva no momento.
- E) Fechamento quando Qp/Qs > 2,5.

38. Homem, 48 anos, etilista importante, apresenta IC com fração de ejeção (FE) reduzida. Após 6 meses de abstinência documentada e tratamento otimizado, FE permanece em 28%, com episódios de taquicardia ventricular não sustentada ao Holter. Encontra-se assintomático, com boa adesão ao programa de reabilitação cardiopulmonar. Qual conduta é mais apropriada?

- A) Manter ainda tratamento clínico isolado, pois a etiologia é reversível, com novo ecocardiograma em 6 meses.
- B) Indicar CDI para prevenção primária.
- C) Indicar transplante cardíaco .
- D) Associar vericiguat.
- E) Introduzir antiarrítmico classe IC.

39. Paciente com cardiomiopatia chagásica apresenta síncope inexplicada. Holter mostra extrassístoles ventriculares frequentes e salvas de taquicardia ventricular não sustentada. FEVE (fração de ejeção do VE) = 48%. Qual conduta é mais apropriada nesse momento?

- A) Manter conduta clínica conservadora (terapia padrão pra insuficiência cardíaca) e repetir holter em 30 dias
- B) Indicar tratamento com benzonidazol
- C) Solicitar estudo eletrofisiológico invasivo
- D) Implantar CDI primariamente
- E) Iniciar amiodarona e solicitar novo holter em 30 dias

40. Sobre a hipertensão renovascular, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O sopro abdominal tem alta sensibilidade diagnóstica.
- B) O tratamento intervencionista reduz mortalidade na maioria dos casos.
- C) A piora da função renal após IECA sugere estenose bilateral.
- D) A angiografia é exame inicial de escolha.
- E) A causa mais comum é displasia fibromuscular em idosos.

41. Sobre a taquicardia ventricular idiopática da via de saída do VD, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Está associada a alto risco de morte súbita.
- B) O ECG mostra morfologia de BRE e eixo inferior.
- C) O tratamento inicial é CDI.
- D) Geralmente ocorre em pacientes com cardiopatia estrutural.
- E) A ablação tem baixa taxa de sucesso.

42. Homem, 58 anos, dor torácica súbita intensa irradiando para dorso. Tomografia computadorizada (TC) mostra hematoma intramural da aorta ascendente, sem flap intimal visível. Qual a melhor conduta inicial?

- A) Internação e tratamento clínico conservador (controle da pressão arterial e frequência cardíaca), repetindo a tomografia após 72 horas.
- B) Alta hospitalar com controle pressórico.
- C) Cirurgia de emergência.
- D) Internação para anticoagulação plena.
- E) Solicitar ecocardiograma transesofágico para definir a melhor conduta.

43. Paciente, 72 anos, IAM anterior extenso, reperfusão tardia. No 4º dia, evolui com piora hemodinâmica, taquipneia, lactato elevado. Ausculta: sopro holossistólico rude em borda esternal esquerda, com frêmito palpável. Qual achado hemodinâmico é mais esperado?

- A) Aumento isolado da pressão capilar pulmonar
- B) Aumento abrupto da saturação de O₂ no ventrículo direito
- C) Redução da fração de ejeção com insuficiência mitral grave
- D) Elevação progressiva da pressão diastólica final do VE
- E) Hipertensão pulmonar crônica prévia

44. Mulher, 74 anos, fibrilação atrial, em uso regular de apixabana 5 mg 12/12h, última dose há 6 horas. Chega com déficit motor à esquerda iniciado há 1h30. TC sem sangramento. Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A trombólise é indicada se INR < 1,7.
- B) A presença de DOAC contraindica trombólise intravenosa.
- C) Pode-se trombolisar após dosagem de anti-Xa normal.
- D) Deve-se iniciar AAS e aguardar 24 horas.
- E) A trombectomia está contraindicada.

45. Paciente de 48 anos, com sarcoidose pulmonar confirmada por biópsia, apresenta síncope inexplicada. ECG mostra bloqueio AV de 2º grau tipo Mobitz II. A RMC evidencia realce tardio focal, mesocárdico, predominantemente na parede basal do septo interventricular. Qual interpretação é CORRETA?

- A) Achado inespecífico, comum em cardiomiopatia hipertensiva
- B) Padrão típico de miocardite viral
- C) Achado altamente sugestivo de sarcoidose cardíaca
- D) Sugere amiloidose cardíaca associada
- E) Indica cardiomiopatia isquêmica silenciosa

46. Mulher de 60 anos, hipertensa e diabética, apresenta baixa adesão medicamentosa. Em consulta, relata que “Deus decidirá o que acontecer”. Qual interpretação clínica é mais adequada?

- A) Trata-se de negação patológica.
- B) Expressa religiosidade associada a pior prognóstico.
- C) Pode refletir espiritualidade passiva, associada a menor autocuidado.
- D) Não tem impacto mensurável em desfechos clínicos.
- E) Deve ser confrontada diretamente, para evitar aumento de desfecho cardiovascular por má adesão.

47. Paciente de 70 anos, carcinoma pulmonar em uso de inibidor de checkpoint imunológico (anti-PD-1), apresenta dor torácica, troponina elevada e ECG com bloqueio AV de segundo grau.

Qual hipótese deve ser considerada prioritária?

- A) Síndrome coronariana tipo 1
 - B) Miocardite imune-mediada
 - C) Cardiomiopatia por estresse
 - D) Pericardite viral
 - E) Toxicidade tardia por radioterapia
-

48. Paciente de 60 anos com miocardiopatia hipertrófica obstrutiva, sintomática, em uso de betabloqueadores, com contraindicação cirúrgica. Iniciado mavacamten, com melhora funcional e redução do gradiente.

Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O uso do mavacamten dispensa estratificação arritmica convencional para indicação de CDI.
 - B) Suspende betabloqueadores obrigatoriamente .
 - C) Monitorar FEVE seriada devido risco de disfunção sistólica.
 - D) O fármaco elimina risco arritmico.
 - E) Não há interações medicamentosas relevantes.
-

49. Um homem de 74 anos, diabético, com doença renal crônica estágio 3b (TFG estimada 38 mL/min/1,73 m²), é admitido com síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do ST. Está hemodinamicamente estável, em uso de IECA, estatina e metformina. Está indicada cineangiocoronariografia.

Sobre estratégias para redução do risco de nefropatia induzida por contraste, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A suspensão do IECA reduz comprovadamente o risco de nefropatia induzida por contraste nesse cenário.
 - B) O uso profilático de N-acetilcisteína isoladamente substitui a necessidade de hidratação venosa.
 - C) A alcalinização urinária com bicarbonato oral apresenta superioridade consistente em relação ao soro fisiológico.
 - D) O volume de contraste não exerce influência relevante no risco de lesão renal quando se utiliza contraste iso-osmolar.
 - E) A hidratação venosa com solução isotônica, ajustada ao risco clínico e volêmico, permanece a estratégia preventiva mais consistente e baseada em evidência.
-

50. Um homem de 62 anos, DAC crônica, angioplastado com stent há 3 anos, está em prevenção secundária e pergunta se “aspirina é sempre a melhor” no longo prazo. Você considera evidências de 2025 que compararam clopidogrel vs aspirina como monoterapia em doença coronariana crônica.

Qual afirmação está mais alinhada com os achados de 2025?

- A) Clopidogrel reduziu eventos isquêmicos e elevou sangramento maior de forma consistente, favorecendo aspirina como padrão no longo prazo.
 - B) Clopidogrel apresentou redução relativa de eventos cardiovasculares/cerebrovasculares maiores em comparação com aspirina, com taxas de eventos adversos semelhantes no conjunto avaliado.
 - C) Clopidogrel foi superior em mortalidade por todas as causas, com redução robusta e homogênea em todos os subgrupos genéticos.
 - D) Aspirina foi superior em prevenção de AVC isquêmico e teve menos eventos gastrointestinais, o que inviabiliza clopidogrel como alternativa.
 - E) A comparação é inválida em prevenção secundária porque clopidogrel não tem papel fora de pós-ICP recente.
-

GRUPO 09
- CARDIOLOGIA -