





01. Paciente de 56 anos refere que, há 1 ano, começou a cursar com dispneia aos grandes esforços e emagrecimento. Tal sintoma se acentuou ao longo dos meses, passando a ocorrer aos médios esforços com dificuldades para subir as escadas de casa e, há 1 mês, ao repouso, com tosse noturna. Comenta, ainda, que não tolera o decúbito dorsal e que “permanece na posição sentada para conseguir respirar”, sentindo piora considerável da dispneia quando se deita. Hipertenso, em uso de Losartana 50mg 12/12h, Anlodipino 5mg 1x/dia, Metformina XR 750mg após o almoço e após o jantar e Gliclazida 30mg antes do almoço. Tabagista e etilista. Ao exame físico: Regular estado geral, lícido e orientado em tempo e espaço, emagrecido, dispneico, anictérico, acianótico, afebril, mucosas hipocrômicas (+/4+) e taquipneia. FC = 101 bpm; FR = 24 ipm; PA = 135 x 90 mmHg. Presença de estase de jugulares bilateralmente à 45°. Murmúrio vesicular diminuído em base de hemitórax direito, com estertores crepitantes bi basais, mais pronunciados à direita. Ictus cordis não visível, palpável em 7º EIC na linha hemiclavicular esquerda, pouco impulsivo. Bulhas rítmicas normofonéticas e taquicárdicas em 03 tempos, com presença de B3, sem sopros. Abdômen globoso com sinais de ascite. Extremidades com presença de edema bilateral (++/4), com cacifo.

Diante desse quadro, assinale a alternativa CORRETA.

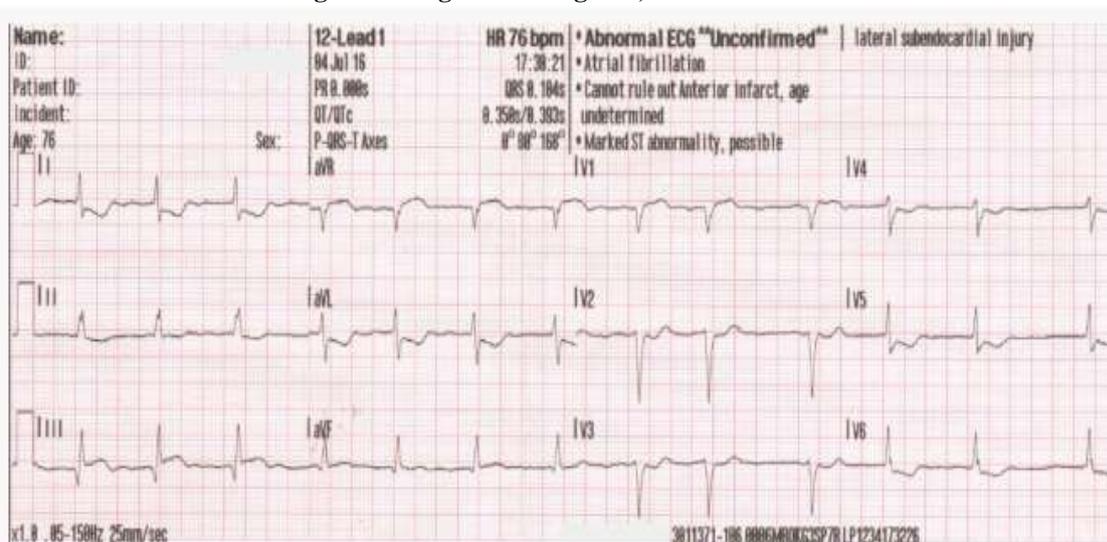
- A) Não é possível definir ainda o diagnóstico de insuficiência cardíaca utilizando os critérios de Framingham.
- B) A aplicação do escore H2FPEF com os dados apresentados até então já levanta uma alta probabilidade diagnóstica de insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada.
- C) O NT-Pro BNP não deve ser solicitado para fim diagnóstico pelo uso de losartana, que eleva falsamente os níveis desse peptídeo.
- D) Caso se confirme a etiologia isquêmica da insuficiência cardíaca, deve ser aconselhada a substituição da gliclazida pela combinação preferencial de um ISGLT2 com um inibidor da DDP4.
- E) A adição da finarenona para proteção renal não deve ser considerada para esse caso, pois é provável que o paciente irá fazer uso da espirolactona, independentemente do tipo de insuficiência cardíaca diagnosticada.

02. Paciente de 45 anos, hipertenso e diabético, encontra-se em investigação ambulatorial de dor torácica tipo anginosa. Inicialmente trouxe um ecocardiograma com FE de 45% e disfunção segmentar anterior, além de um teste ergométrico eficaz, interrompido por dispneia, sem alteração eletrocardiográfica de isquemia, sendo atingido 11 METs. Opta-se por angiotomografia de coronárias, que demonstra lesão severa no terço médio da artéria descendente anterior e uma lesão moderada no terço médio da primeira marginal da artéria circunflexa.

Nesse momento, qual a terapia indicada para o paciente?

- A) Cirurgia de revascularização, aspirina, betabloqueador, sacubitril-valsartana, estatina, espirolactona e um ISGLT2
- B) Aspirina, betabloqueador, sacubitril-valsartana, estatina, espirolactona e um ISGLT2
- C) Angioplastia da artéria descendente anterior, clopidogrel, aspirina, betabloqueador, sacubitril-valsartana, estatina, espirolactona e um ISGLT2
- D) Angioplastia da artéria descendente anterior, ticagrelor, aspirina, betabloqueador, sacubitril-valsartana, estatina, espirolactona e um ISGLT2
- E) Aspirina, beta-bloqueador, estatina, e um ISGLT2

03. Paciente de 70 anos, diabético, chega à emergência com dor precordial típica, iniciada há 4 horas da admissão hospitalar. Analise o eletrocardiograma a seguir e em seguida,



**Assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Padrão de Wellens
  - B) Padrão de Aslanger
  - C) Padrão de "De Winter"
  - D) Padrão de BRE com critérios de Sgarbossa negativo.
  - E) Padrão compatível com pericardite
- 

**04. Qual das seguintes terapias indicadas a seguir NÃO reduz o desfecho de mortalidade cardiovascular quando utilizada seguindo os protocolos atuais do tratamento da insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida?**

- A) Dapagliflozina
  - B) Reposição de ferro intravenoso
  - C) Ivabradina
  - D) Nitrato + hidralazina
  - E) Ressincronização cardíaca
- 

**05. Em pacientes com diagnóstico de cardiomiopatia hipertrófica sintomática, a terapia medicamentosa pode ser o tratamento inicial antes de procedimentos mais invasivos como miectomia ou alcoolização do septo, sendo todas a seguir bem indicadas, EXCETO**

- A) Mavacamten.
  - B) Disopiramida.
  - C) Metoprolol.
  - D) Verapamil.
  - E) Nifedipina.
- 

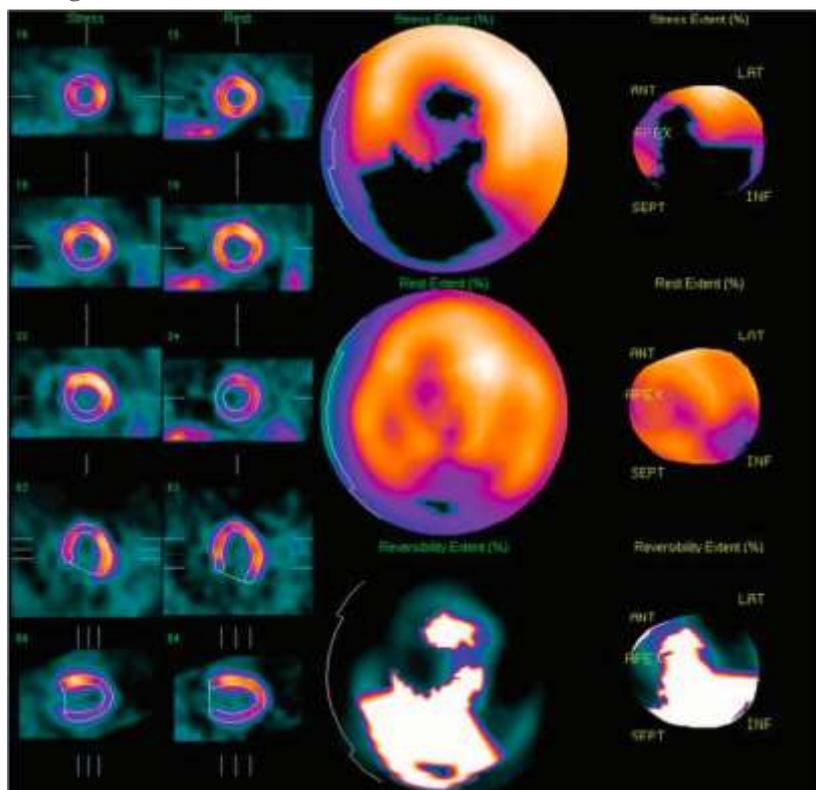
**06. Assinale a condição clínica que NÃO é favorável para se considerar a colocação de circulação extracorpórea veno-arterial como suporte circulatório mecânico.**

- A) Choque cardiogênico refratário por insuficiência aórtica severa
  - B) Preservação de órgãos de doador após constatado morte cerebral
  - C) Parada cardiorespiratória em andamento
  - D) Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica
  - E) Cardiomiopatia de Takotsubo complicada por choque cardiogênico
- 

**07. Qual das patologias a seguir é a mais relacionada com pacientes que têm Anomalia de Ebstein ?**

- A) Comunicação interventricular
  - B) Comunicação interauricular
  - C) Persistência do canal arterial
  - D) Vias de condução acessória -> Síndrome de Wolff-Parkinson-White
  - E) Junção átrio-ventricular que afeta a via de condução -> Bloqueio do ramo direito
-

## 08. Analise a cintilografia a seguir:

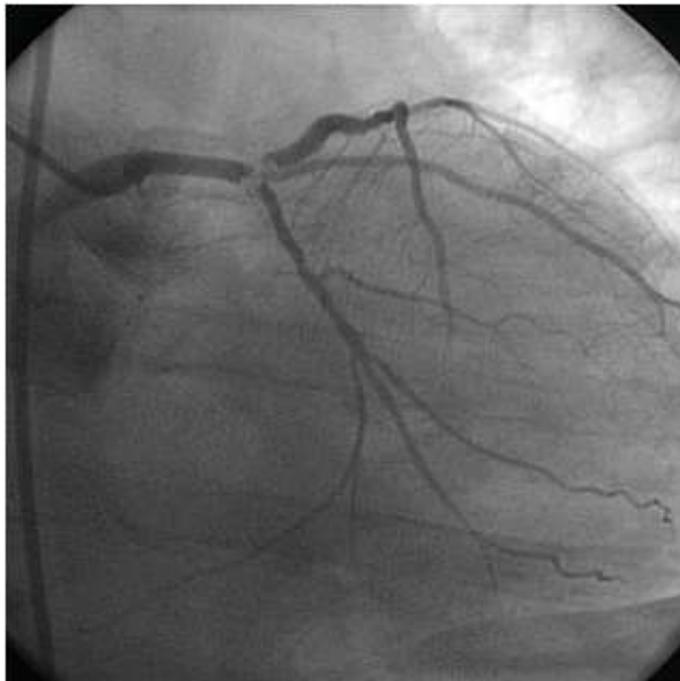


Name					
Pat ID					
Sex	<b>FEMALE</b>				
Limits	<b>MibiMibi</b>				
SSS	<b>19</b>	SRS	<b>2</b>	SDS	<b>17</b>
SS%	<b>28</b>	SR%	<b>3</b>	SD%	<b>25</b>
Study	<b>Myocardial Perfusion</b>				
Dataset	<b>Stress Tc-99m+AC [Stress NonCorr]</b>				
Date	<b>2008-10-02 17:58:45</b>				
Limits	<b>FemaleStressMB</b>				
Volume	<b>54ml</b>				
Area	<b>93cm<sup>2</sup></b>				
Defect	<b>24cm<sup>2</sup></b>				
Extent	<b>26%</b>				
TPD	<b>21%</b>				
Shape	<b>0.75 [SI], 0.69 [Ecc]</b>				
Study	<b>Myocardial Perfusion</b>				
Dataset	<b>Rest Tc-99m+AC [Rest NonCorr]</b>				
Date	<b>2008-10-02 10:47:22</b>				
Limits	<b>FemaleRestMB</b>				
Volume	<b>65ml</b>				
Area	<b>108cm<sup>2</sup></b>				
Defect	<b>2cm<sup>2</sup></b>				
Extent	<b>2%</b>				
TPD	<b>3%</b>				
Shape	<b>0.63 [SI], 0.75 [Ecc]</b>				

Após a análise, assinale a alternativa CORRETA.

- O SDS de 17 é um indicativo de baixa resposta a uma terapia de revascularização miocárdica.
- O SSS de 19 classifica o paciente como de risco cardiovascular intermediário.
- O SRS de 2 é sugestivo de baixa viabilidade miocárdica.
- Trata-se de hipoperfusão moderada a severa reversível ântero-apical, septo-apical e inferior.
- A extensão de 26% de déficit de perfusão na fase de estresse sugere importante área de fibrose na região correspondente.

09. Paciente de 48 anos, tabagista, está em investigação de dor tipo anginosa ambulatorialmente. Após um teste ergométrico demonstrar sinais de isquemia miocárdica com baixo esforço, foi optado por estratificação com cateterismo cardíaco. Ecocardiograma mostra hipocinesia anterior e lateral, com FE de 56%. Após análise da seguinte projeção, qual seria a melhor conduta para este paciente?



- A) Solicitar novo cateterismo com análise por FFR das lesões e tratar as que forem  $< 0.80$ .
- B) Indicar a angioplastia com stent da lesão do 1/3 proximal da artéria descendente anterior.
- C) Solicitar um ecocardiograma com estresse ou cintilografia miocárdica para determinar a área de isquemia e tratar as lesões severas correspondentes.
- D) Indicar cirurgia de revascularização miocárdica.
- E) Tratamento clínico inicial, visto que o paciente encontra-se no cenário de angina estável.

10. Paciente de 75 anos, tabagista e hipertenso, chega à emergência, com queixa de dor torácica de forte intensidade, náusea e sudorese. Ao exame físico, encontra-se taquicárdico, com pressão arterial de 80 x 60 mmHg e ausculta pulmonar limpa. O eletrocardiograma não apresenta alterações no segmento ST. Você solicita um RX e troponina, inicia ressuscitação volêmica e administra 2 comprimidos de aspirina de 100mg e faz dose baixa de morfina, mas o paciente se mantém chocado.

Após o resultado do RX a seguir, qual das seguintes estratégias para resolução do caso NÃO traria benefício para este doente?



- A) Manter ressuscitação volêmica e iniciar droga vasoativa
- B) Solicitar hematócrito e hemoglobina e transfundir, se anemia importante
- C) Solicitar angiotomografia de tórax
- D) Solicitar ecocardiograma transesofágico
- E) Indicar balão intra-aórtico, se choque cardiogênico refratário

**11. Em uma avaliação de um paciente com hipotensão importante e dispneia na emergência, você tem acesso ao ecocardiograma (POCUS).**

**Qual dos seguintes achados NÃO ajudaria na elucidação diagnóstica deste caso?**

- A) Ausência de deslizamento pleural
  - B) Presença do chamado “ponto pulmonar”
  - C) Presença das linhas A
  - D) Presença de mais de três linhas B num espaço intercostal
  - E) Imagem escura (hipoecogênica) e homogênea nas regiões pendentes do tórax.
- 

**12. Em um paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ecocardiograma com hipertrofia e hiperrefringência), com neuropatia periférica e insuficiência renal, o seguinte achado mais característico presente na cardiorressonância ajudaria no diagnóstico da amiloidose é o seguinte:**

- A) Realce tardio transmural em território de artéria coronária
  - B) Realce tardio mesocárdico regional
  - C) Realce tardio epicárdico difuso
  - D) Realce tardio subendocárdico regional
  - E) Realce tardio subendocárdico circunferencial
- 

**13. Quais as duas principais contraindicações da utilização da adenosina ou dipiridamol no ecocardiograma com estresse farmacológico?**

- A) Distúrbios de condução e doença obstrutiva pulmonar com hiperreatividade
  - B) Hipertensão sistêmica e aneurisma de aorta
  - C) Antecedente de acidente vascular cerebral hemorrágico ou vasculite
  - D) Presença de fibrilação ou flutter atrial
  - E) Diagnóstico de Síndrome de Brugada ou Síndrome de pré-excitação
- 

**14. Sobre o uso do escore de cálcio coronariano (ECC) em pacientes em prevenção primária, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Para indivíduos de baixo risco cardiovascular ou com ECC = 0, recomenda-se que o rastreamento de ECC possa ser repetido em 5 a 10 anos.
  - B) Nos idosos de 76 a 80 anos, com escore de risco intermediário, se ECC > 100, tratar com estatinas. Entre 0-10, considerar evitar tratamento.
  - C) Nos pacientes diabéticos e de baixo risco, iniciar estatina se ECC > 100.
  - D) Pacientes menores que 40 anos com história familiar positiva para doença cardiovascular precoce e ECC > 0: considerar estatina de moderada potência.
  - E) O ECC não tem indicação como substituto ao teste ergométrico em pacientes assintomáticos que necessitem de avaliação sobre a presença de doença arterial aterosclerótica.
- 

**15. A "Onda a em canhão" e a "onda V gigante" são alterações do pulso venoso presentes, respectivamente,**

- A) no bloqueio atrioventricular total e na insuficiência tricúspide
  - B) na taquicardia paroxística supraventricular e na comunicação interatrial.
  - C) na pericardite constrictiva e na estenose tricúspide.
  - D) na estenose tricúspide e no tamponamento cardíaco.
  - E) na cardiomiopatia hipertrófica e no tamponamento cardíaco.
-

**16. Em um paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, a avaliação de fluido-responsividade é um importante passo para correta indicação de reposição volêmica, quando necessário o aumento do débito cardíaco.**

**Qual dos parâmetros a seguir NÃO é indicativo de fluido-responsividade?**

- A) Pressão da artéria pulmonar ocluída < 7 mmHg
- B) Pressão venosa central < 5 mmHg
- C) Elevação do débito cardíaco acima de 15% após administração rápida de solução salina isotônica
- D) Variação do volume sistólico (VVS) < 10% entre a fase inspiratória e expiratória
- E) Ecografia demonstrando uma variação do diâmetro da veia cava inferior (VDVCI) > 12% entre a fase inspiratória e expiratória

**17. Sobre o uso do PET CT no diagnóstico da endocardite bacteriana, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) É um importante instrumento a ser utilizado nos pacientes classificados como “endocardite possível” após aplicação dos critérios clássicos de Duke.
- B) O PET/CT tem sua melhor acurácia em pacientes com prótese valvar, quando comparado ao uso para diagnóstico de endocardite de valva nativa.
- C) A especificidade para endocardite de valva nativa por este método chega a paraticamente 100%, apesar da sensibilidade muito baixa.
- D) Tem baixa acurácia como método diagnóstico de infecção de loja de dispositivos, como marcapasso.
- E) O PET/CT entrou na atualização dos critérios de Duke, publicados em maio de 2023, como critério maior.

**18. Paciente de 70 anos, assintomático, traz um holter solicitado por outro colega cardiologista em exames de prevenção. Tem cha2ds2-vasc de 4, e o laudo traz como achado principal “Episódios de alta frequência atrial”, acima de 6 minutos.**

**Qual a melhor conduta entre as citadas a seguir?**

- A) Anticoagulação com um anticoagulante oral direto
- B) Anticoagulação com varfarina
- C) Antiagregação com aspirina
- D) Antiagregação com aspirina e clopidogrel
- E) Manter sem anticoagulação ou antiagregação

**19. O estudo STEP-HFpEF foi um dos mais comentados do Congresso Europeu deste ano, no qual a semaglutida foi utilizada nos pacientes obesos com insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada sintomáticos, tendo como achados todos os abaixo citados , EXCETO:**

- A) Diminuição de mortalidade cardiovascular
- B) Redução de internação por insuficiência cardíaca
- C) Redução significativa de peso
- D) Redução significativa dos sintomas relacionados à insuficiência cardíaca
- E) Redução significativa de marcadores inflamatórios, notadamente da PCR.

**20. Entre as últimas novidades da diretriz europeia de hipertensão arterial, encontramos todas as abaixo citadas, EXCETO:**

- A) Os betabloqueadores passaram a ser novamente terapia de primeira linha no tratamento da pressão arterial.
- B) A meta de pressão arterial é a mesma das diretrizes anteriores para a população geral com hipertensão: <140/80 mm Hg para a maioria dos pacientes.
- C) Para pacientes com mais de 80 anos, o início do tratamento medicamentoso é recomendado em 160 mmHg de pressão arterial sistólica.
- D) Para aqueles que não têm doença renal avançada (taxa de filtração glomerular >40 mL/min) e têm hipertensão resistente verdadeira, a desnervação renal pode ser considerada. Esta é uma nova recomendação II B.
- E) Alvos abaixo de 120 x 70 mmHg só devem ser buscados nos pacientes portadores de coronariopatias ou antecedente de acidente vascular cerebral.

**21. Qual das seguintes medicações a seguir NÃO deve mais ser administrada para pacientes em terapia farmacológica para tratamento de angina estável como medicação antianginosa?**

- A) Betabloqueadores
  - B) Bloqueadores do canal de cálcio
  - C) Ivabradina
  - D) Ranolazina
  - E) Nitratos de ação prolongada
- 

**22. Sobre a Estenose Aórtica (EA) moderada, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Considerar troca valvar aórtica (TVA), se houver indicação de revascularização coronária.
  - B) A hipertensão sistêmica pode atenuar alguns dos marcadores hemodinâmicos da gravidade da EA.
  - C) A ecocardiografia de estresse com dobutamina em baixa dose (até 20 mcg/kg/min) pode ser usada para diferenciar EA grave-verdadeiro ou pseudograve (moderada) no cenário de área valvar aórtica <1,0 cm<sup>2</sup>, mas gradiente médio <40 mmHg.
  - D) Embora com limitações, o escore de cálcio obtido pela tomografia sem contraste pode ser usado para ajudar a confirmar a presença de EA moderada se 800-2.000 UA em homens ou 400-1.200 UA em mulheres.
  - E) Estatina é indicada para pacientes com estenose aórtica moderada, quando associada a aumento significativo do NT-proBNP.
- 

**23. São consideradas boas indicações para estimulação fisiológica (feixe de HIS, ramo esquerdo) as situações clínicas a seguir, EXCETO:**

- A) Doença do Nó Sinusal com indicação de marcapasso convencional em paciente com retardo de condução intraventricular.
  - B) Fibrilação atrial permanente com indicação de ablação da junção AV para controle de frequência cardíaca.
  - C) Bloqueio atrioventricular com indicação de marcapasso e fração de ejeção menor que 50%
  - D) Pacientes com Síndrome do QT longo congênito classificados como de alto risco.
  - E) Insuficiência cardíaca sintomática, FEVE ≤ 35%, QRS ≥ 130ms como alternativa à Terapia de Ressincronização Cardíaca convencional.
- 

**24. Fazem parte do Escore H2FPEF como ferramenta diagnóstica validada para Insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada todos os citados abaixo, EXCETO**

- A) Obesidade.
  - B) Hipertensão Pulmonar.
  - C) Fibrilação atrial.
  - D) Sinais de aumento de pressão de enchimento.
  - E) Hipertrofia ventricular esquerda.
- 

**25. O aparecimento da onda U é relacionado mais comumente com todas as patologias abaixo citadas, EXCETO**

- A) Hipertensão intracraniana.
  - B) Hipocalemia.
  - C) Hipertrofia ventricular esquerda.
  - D) Hipotermia.
  - E) Doença coronariana obstrutiva.
- 

**26. Sobre pericardite aguda, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O eletrocardiograma do estágio 2 da pericardite se caracteriza pelo retorno do segmento ST ao normal mas com inversão difusa da onda T.
  - B) Aumento de PCR e de VHS estão presentes em 75% dos pacientes e são úteis para diagnóstico e avaliação de resposta de tratamento.
  - C) Em casos de miopericardite, pode haver aumento de marcadores de necrose miocárdica, com aumento de troponina ocorrendo em 27% dos casos.
  - D) Não é necessário solicitar painel viral e BNP/Pró-BNP de rotina.
  - E) Ressonância magnética cardíaca é o padrão-ouro como exame de imagem para investigar pericardite aguda.
-

**27. A varfarina é o anticoagulante de escolha, quando comparado aos anticoagulantes diretos orais em pacientes com todas as situações clínicas a seguir, EXCETO**

- A) Próteses valvares mecânicas.
- B) Gravidez.
- C) Síndrome do anticorpo antifosfolípide.
- D) Osteoporose.
- E) Doença hepática severa.

---

**28. São indicações de terapia de ressincronização ( TRC ) cardíaca todas as citadas abaixo, EXCETO:**

- A) TRC pode ser útil em pacientes com ICFEr com CF NYHA III ou IV ambulatorial, ritmo sinusal, com distúrbio de condução intraventricular não BRE e QRS  $\geq 150$ ms, com FEVE  $\leq 35\%$  a despeito de terapia farmacológica otimizada (TFO).
- B) TRC deve ser considerada em pacientes com FA permanente, FEVE reduzida ( $< 50\%$ ) e indicação de ablação do nó AV para controle de frequência cardíaca.
- C) TRC para pacientes com marcapasso convencionais, com alta taxa de estimulação ventricular direita ( $> 40\%$ ), que evoluem com piora clínica e/ou ecocardiográfica, mesmo com tratamento otimizado, afastadas outras causas de disfunção ventricular esquerda (FEVE  $\leq 35\%$ ).
- D) TRC para pacientes com bloqueio atrioventricular, com indicação de implante de CDI e disfunção sistólica de VE.
- E) TRC deve ser considerado na presença de alterações genéticas de alto risco (especialmente Lamina A/C) associadas a dois ou mais fatores: FEVE  $\leq 45\%$ , TVNS, mutação de alto risco e sexo masculino.

---

**29. Paciente de 50 anos, internado havia 20 dias para tratamento de infarto agudo do miocárdio, com implante de stent em 1/3 proximal de artéria descendente anterior. Nos exames, encontramos um eletrocardiograma com onda T invertida na parede anterior e presença de onda Q patológica. Ecocardiograma com fração de ejeção de 51% e disfunção segmentar anterior. Holter feito antes da alta mostrando ritmo sinusal, com presença de taquicardia ventricular não sustentada (TVNS).**

**Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O paciente não tem indicação de cardiodesfibrilador implantável (CDI) ou estudo eletrofisiológico (EEF)
- B) Solicitar novo holter após 40 dias do infarto, e, se permanecer com TVNS espontânea, indicar CDI.
- C) Indicar EEF e, na presença de taquicardia ventricular induzida, indicar CDI.
- D) Solicitar novo holter após 40 dias do infarto, e, se permanecer com TVNS espontânea, indicar EEF.
- E) Solicitar novo holter após 40 dias do infarto e, se permanecer com TVNS espontânea, indicar cateterismo cardíaco.

---

**30. O “Commotio Cordis”, definido como morte súbita secundária a trauma não penetrante com impacto precordial, foi bastante comentado este ano por ter acontecido durante uma partida de futebol americano transmitida ao vivo.**

**Qual é o período de vulnerabilidade ao trauma do eletrocardiograma atribuído a esse fenômeno?**

- A) Onda P
- B) Segmento PR
- C) Complexo QRS
- D) Segmento ST
- E) Onda T

---

**31. São contraindicações absolutas para a passagem do cateter de Swan-Ganz todas as citadas abaixo, EXCETO**

- A) Valvas mecânicas do lado direito.
  - B) Infecção no local de punção.
  - C) Insuficiência aórtica severa.
  - D) Endocardite.
  - E) Tumor ou massa de câmaras direitas.
-

**32. O estudo ISCHEMIA-EXTEND, de seguimento de até 7 anos dos pacientes incluídos no estudo ISCHEMIA original, teve como resultado principal**

- A) uma mortalidade por causa cardiovascular mais alta no grupo do tratamento clínico.
- B) uma mortalidade por todas as causas maior no grupo do tratamento invasivo.
- C) uma mortalidade não cardiovascular mais alta no grupo do tratamento clínico.
- D) uma mortalidade cardiovascular semelhante nos dois grupos.
- E) uma mortalidade por todas as causas maior no grupo do tratamento clínico.

---

**33. Paciente diabético, hipertenso, chega ao seu consultório para acompanhamento de rotina, assintomático. Nos seus exames, chama sua atenção a presença de microalbuminúria e uma taxa de filtração glomerular de 50mL/min/1.73m<sup>2</sup>. Restante dos exames sem maiores alterações, com ionograma normal e hemoglobina glicada de 7%.**

**Pensando em máxima proteção renal, o paciente teria indicação de**

- A) IECA + ISGLT2 + inclisiran
- B) IECA + ISGLT2
- C) IECA + ISGLT2 + finerenone
- D) IECA ou BRA
- E) Sacubritil-valsartana + ISGLT2

---

**34. Sobre as arritmias ventriculares em pacientes com cardiomiopatia crônica da Doença de Chagas (CCDC), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Quando as extrassístoles ventriculares são muito sintomáticas, mesmo na ausência de disfunção ventricular ou de realce tardio (fibrose) à Ressonância Magnética Cardíaca, o uso de medicamentos antiarrítmicos se impõe, mas esse deve ser individualizado, evitando-se, a princípio, a amiodarona, em virtude de seus efeitos adversos.
- B) Na ausência de disfunção ventricular, o tratamento farmacológico da Taquicardia Ventricular Não Sustentada deve seguir, em linhas gerais, as mesmas orientações preconizadas para o tratamento das extrassístoles ventriculares.
- C) Devido à sua elevada eficácia antiarrítmica, baixa incidência de pró-arritmia e de efeitos colaterais intoleráveis e bom perfil de segurança, a amiodarona (introduzida em nosso meio há mais de 4 décadas) é considerada o fármaco de primeira escolha no tratamento de pacientes com CCDC e arritmias ventriculares de alto risco.
- D) A associação de amiodarona com betabloqueadores (preferencialmente propranolol, nadolol ou atenolol, se função ventricular satisfatória, e metoprolol ou carvedilol, se ruim) é considerada a de maior potencial para reduzir a morte arrítmica e o número de terapias elétricas apropriadas ou não, nos portadores de CDI.
- E) Pacientes com taquicardia ventricular não sustentada, assintomáticos detectados no Holter, sem disfunção ventricular do ventrículo esquerdo e com baixa densidade de extrassístoles no holter devem ser tratados, preferencialmente, com betabloqueadores ou propafenona, deixando o uso da amiodarona para os casos refratários.

---

**35. Precórdio hiperativo, com sopro meso, tele ou holossistólico, presença de ondas V gigantes e ausência de salto oximétrico na monitorização por cateter de Swan Ganz são característicos da seguinte complicação mecânica pós-infarto do miocárdio:**

- A) Ruptura de parede livre do ventrículo esquerdo
  - B) Tamponamento cardíaco
  - C) Ruptura do septo interventricular
  - D) Insuficiência mitral aguda
  - E) Bloqueio atrioventricular total
-

**36. Um paciente de 40 anos, hipertenso e tabagista, é atendido na emergência com dor precordial típica, com ECG mostrando supara de ST inferior. É enviado ao cateterismo cardíaco, em que o colega informa não haver lesões obstrutivas significativas, mas com ventriculografia mostrando disfunção ventricular. Nos exames laboratoriais, a troponina encontra-se bastante elevada.**

**Baseado nesse relato de caso, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O primeiro passo para se chegar ao diagnóstico específico do quadro apresentado é considerar outras causas agudas que podem levar a um quadro semelhante, como sepse ou tromboembolismo pulmonar.
- B) Um ecocardiograma e a reavaliação dos achados do cateterismo cardíaco são de fundamental importância, principalmente nas hipóteses de dissecação de coronárias ou embolia coronariana.
- C) A ressonância magnética pode fechar os diagnósticos tanto de miocardite como de Takotsubo, que mimetizam os quadros de MINOCA.
- D) O uso da tomografia de coerência óptica ou do ultrassom intracoronário é indispensável para os casos em que a ressonância magnética e a revisão do cateterismo cardíaco ainda não elucidam o diagnóstico.
- E) A possibilidade de doença de microcirculação deve ser levantada quando houver fluxo normal de enchimento vascular além das artérias epicárdicas e ausência de espasmo microvascular no teste da acetilcolina.

---

**37. Segundo a Diretriz Brasileira de 2022 de Miocardites, o tratamento da miocardite viral, sem disfunção ventricular, sem arritmias ou outras complicações deve ser feita com**

- A) sintomáticos e vigilância clínica, apenas.
- B) betabloqueadores.
- C) betabloqueadores adicionados a inibidores da enzima conversora de angiotensina ( IECA ) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA).
- D) IECA ou BRA.
- E) espironolactona e dapaglifozina.

---

**38. Paciente de 39 anos, tabagista, chega à emergência, com história de dor precordial típica. ECG mostra supradesnivelamento de ST de V2 a V4. É indicado um cateterismo cardíaco de emergência, que mostra lesão de 80% em artéria coronária direita, sem outras lesões significativas. A ventriculografia mostra balonamento apical e hipercinesia da região basal e acinesia médio apical.**

**Qual a melhor conduta nesse momento?**

- A) Solicitar um FFR para demonstração de isquemia nessa lesão e, se  $< 0,80$ , indicar angioplastia.
- B) Indicar angioplastia da artéria coronária direita
- C) Verificar se há gradiente na via de saída do ventrículo esquerdo
- D) Iniciar levosimendana, sem necessidade de angioplastia da artéria coronária direita
- E) Solicitar tomografia computadorizada do tórax com protocolo para embolia pulmonar

---

**39. Onda P' após o QRS, geralmente de polaridade negativa, podendo levar a um infradesnivelamento do segmento ST, que quando ocorre em DI é chamado de sinal de Puech, sendo característico da seguinte arritmia:**

- A) Taquicardia por reentrada atrioventricular
- B) Taquicardia por reentrada nodal
- C) Taquicardia ventricular fascicular
- D) Taquicardia ventricular sensível à adenosina
- E) Fibrilação atrial

---

**40. Qual o mecanismo fisiopatológico comum a todos os tipos de síncope?**

- A) Hipoglicemia
- B) Hipóxia
- C) Hipoperfusão cerebral global
- D) Hiperventilação com hipercapnia
- E) Acidente isquêmico transitório de origem vertebrobasilar

**41. Assinale a alternativa INCORRETA em relação aos cuidados de reanimação cardiopulmonar em populações especiais.**

- A) Nas gestantes, realizar compressões um pouco abaixo do habitual e deslocar o útero para a direita.
- B) Nos pacientes com tromboembolismo conhecido, é razoável administrar trombolíticos.
- C) Nos pacientes com intoxicação por antidepressivos tricíclicos, considerar o uso de bicarbonato de sódio.
- D) Nos pacientes com hipercalemia, considerar o uso de bicarbonato de sódio.
- E) Nos pacientes com hipomagnesemia associado a torsades de pointes, recomenda-se o uso de sulfato de magnésio.

---

**42. São geralmente indicações de tratamento invasivo na síndrome aórtica aguda todas as citadas abaixo, EXCETO**

- A) Hematoma intramural tipo A.
- B) Dissecção aórtica tipo A.
- C) Dissecção aórtica tipo B com sinais de ruptura.
- D) Úlcera aórtica penetrante tipo B.
- E) Dissecção aórtica tipo B com dor persistente.

---

**43. Paciente de 45 anos, com história de implante de stent coronário em 1/3 proximal da artéria descendente anterior 15 dias atrás e portador de fibrilação atrial, dá entrada na emergência com síndrome convulsiva por acidente vascular hemorrágico. Contagem plaquetária de 158000/mm<sup>3</sup>, e hemoglobina de 9,0 g/dL, com INR de 1.3. Faz uso de clopidogrel e rivaroxabana.**

**Assinale a alternativa INCORRETA quanto à conduta frente a esse sangramento.**

- A) Administrar andexanet alfa e, na sua ausência, complexo protrombínico.
- B) Suspende o clopidogrel e a rivaroxabana.
- C) Não há nesse momento indicação de transfusão de hemácias.
- D) O idarucizumab não tem nenhuma utilidade nesse cenário.
- E) O uso do carvão ativado não é recomendado para os casos de sangramento por uso anticoagulantes orais diretos.

---

**44. São efeitos colaterais característicos atribuídos à amiodarona todos os relacionados abaixo, EXCETO**

- A) Crise asmática.
- B) Microdepósitos coreanos e visão turva.
- C) Pneumonite intersticial.
- D) Hipotireoidismo.
- E) Tremor extrapiramidal.

---

**45. Sobre as peculiaridades dos métodos propedêuticos nas mulheres, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A amplitude do QRS é menor nas mulheres, sobretudo nas derivações precordiais, como a onda S de V2 e R de V5, interferindo na acurácia do diagnóstico de hipertrofia ventricular esquerda.
- B) No teste ergométrico, os níveis menores de hemoglobina, o tamanho menor das coronárias, o aumento inapropriado de catecolaminas ao esforço e o estrogênio, por similaridades com a molécula do digital, podem provocar depressão do segmento ST falso-positiva.
- C) O ecocardiograma com estresse fornece especificidade e precisão significativamente maiores do que o teste ergométrico isolado, sem diferenças significativas entre homens e mulheres.
- D) A acurácia da cintilografia miocárdica de estresse na mulher é semelhante à da ecocardiografia de estresse, porém é menor, se comparada à dos homens, possivelmente pelo menor diâmetro das câmaras cardíacas, levando à baixa resolução de imagens em gama-câmaras convencionais.
- E) No contexto de dor torácica aguda, pelas características atípicas dessa queixa em mulheres no pronto-atendimento, a angiotomografia de coronárias gerou maior impacto no aumento do tempo de permanência hospitalar nas mulheres em relação aos homens.

**46. Sobre as recomendações do manejo da terapia antiplaquetária nos pacientes em uso de terapia dupla antiplaquetária (DAPT) e que irão se submeter à cirurgia não cardíaca, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Manter o ácido acetilsalicílico na dose de 100mg ao dia durante todo o perioperatório, exceto para neurocirurgias ou procedimentos de risco hemorrágico proibitivo.
- B) Suspender clopidogrel e ticagrelor 5 dias antes de cirurgias não cardíacas.
- C) Realizar terapia de ponte com heparina de baixo peso molecular.
- D) Suspender parasugrel 7 dias antes de cirurgias não cardíacas.
- E) Realizar cirurgias de baixo risco de sangramento na vigência de DAPT, se o intervalo decorrido desde a angioplastia for menor do que 3 meses.

**47. A maioria dos estudos sobre Espiritualidade e Religiosidade (E/R) mostram uma relação benéfica na nossa saúde cardiovascular, com menor prevalência nas populações com maior E/R de todos os abaixo citados, EXCETO**

- A) Depressão.
- B) Hipertensão arterial sistêmica.
- C) Consumo de álcool.
- D) Apneia obstrutiva do sono.
- E) Dislipidemia.

**48. Sobre as manifestações clínicas da febre reumática, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A artrite é caracteristicamente migratória e aditiva, sendo umas das manifestações mais precoces da febre reumática.
- B) A insuficiência mitral é a forma mais típica de valvulite da febre reumática.
- C) A Coreia de Sydenham, por vezes, se apresenta como transtorno obsessivo compulsivo ou psicose.
- D) O eritema marginado é considerado manifestação precoce da doença e caracteristicamente poupa a face.
- E) A presença de nódulos subcutâneos denota bom prognóstico, visto que raramente coexistem com a cardite reumática grave.

**49. O dexrazoxane é usado na prevenção de cardiomiopatia associada à seguinte medicação:**

- A) Doxorrubicina
- B) Paclitaxel
- C) Bevacizumab
- D) Ciclofosfamida
- E) Citarabina

**50. Sobre os cuidados gerais dos pacientes adultos com cardiopatia congênita cianótica, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Administração de antibioticoprofilaxia de endocardite bacteriana para os pacientes que se submeterão a procedimentos de alto risco com cardiopatias não corrigidas.
- B) Vacinação contra pneumococos, influenza e coronavírus, conforme calendário vacinal.
- C) Reposição de ferro para os pacientes com deficiência de ferro, na presença de microesferócitos.
- D) O uso de anticoagulantes orais de rotina para a prevenção de eventos trombóticos não é indicado.
- E) Tratamento da hiperuricemia assintomática com alopurinol para evitar disfunção renal.



**GRUPO 09**  
**- CARDIOLOGIA -**