

ABAEM
ASSOCIAÇÃO BAHIANA DE APOIO À EDUCAÇÃO MÉDICA

Processo Seletivo Unificado de
Residência Médica - Bahia
2026



► **PROVA PARA ESPECIALIDADES CARDIOLÓGICAS**

Provas: 23/11/2025

DADOS DO CANDIDATO

NOME:

INSCRIÇÃO:

CADEIRA:



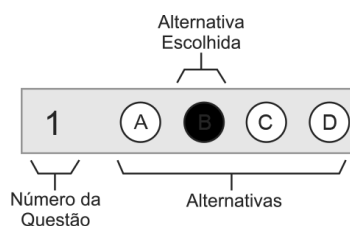
Processo Seletivo Unificado de Residência Médica 2026

SOBRE A PROVA

- Este Caderno de Prova contém 45 questões objetivas com quatro alternativas de resposta, identificadas por A, B, C, D.
- O tempo total para realização desta Prova é de três horas, sendo de uma hora e trinta minutos o tempo mínimo de permanência do candidato em sala. A saída da sala com o Caderno de Prova só será permitida nos quinze minutos finais do horário de encerramento das provas.

INSTRUÇÕES

- Antes de iniciar a Prova, confira a sequência das páginas e da numeração das questões do seu Caderno de Prova. Se identificar qualquer equívoco, informe imediatamente ao aplicador de provas.
- Para responder corretamente essa Prova, leia atentamente as orientações de cada questão.
- Utilize, exclusivamente, caneta de tinta **azul ou preta**, fabricada em material transparente.
- As respostas destas questões deverão ser registradas na Folha de Respostas própria, preenchendo integralmente o círculo correspondente à alternativa escolhida, conforme o **exemplo**:



Só existe uma alternativa correta para cada questão objetiva de múltipla escolha. Questão com resposta rasurada, com mais de uma alternativa marcada ou marcada a lápis não será considerada.

- Assine no espaço próprio da Folha de Respostas (Questões Objetivas de Múltipla Escolha). Folha de Respostas com alguma identificação, ou assinada fora do local indicado, implicará anulação da Prova e consequente eliminação do candidato do Processo Seletivo.
- Ao concluir sua Prova, sinalize para o aplicador de prova, aguarde para entregar a Folha de Respostas, cumprindo os procedimentos por ele recomendados.

PROVA COM QUESTÕES OBJETIVAS



⇒ Questões de 1 a 45

Instruções →

Para responder as questões, identifique **apenas uma única** alternativa correta e marque a letra correspondente na Folha de Respostas

Situação Problema: Questões de 1 a 3

Paciente, sexo masculino, 62 anos de idade, hipertenso, dá entrada no Pronto-Socorro com queixa de dor torácica súbita, em facada, irradiando para as costas há 30 minutos. Ao exame físico, bom estado geral, FC 92 bpm, PA 180/100 mmHg em braço direito, 170/95 mmHg em braço esquerdo, pulso femoral palpável. Eletrocardiograma normal; tomografia computadorizada com contraste do tórax evidenciou dissecação da aorta ascendente, sem sinais de tamponamento.

QUESTÃO 1

Sobre a classificação geral das dissecações aórticas, indique a alternativa correta:

- A) A classificação de Stanford considera tipo A a dissecação limitada à aorta descendente, sendo tipo B a que envolve a aorta ascendente.
- B) A classificação de DeBakey diferencia os tipos de acordo com o ponto de entrada e extensão, sendo tipo I toda a aorta envolvida, tipo II apenas ascendente e tipo III apenas descendente.
- C) Tipo B de Stanford envolve sempre a aorta ascendente e requer cirurgia de urgência.
- D) Dissecações tipo A geralmente não requerem intervenção cirúrgica imediata se o paciente estiver hemodinamicamente estável.

QUESTÃO 2

Sobre o manejo inicial e suporte clínico da dissecação de aorta tipo A, identifique a alternativa correta:

- A) Controle rigoroso da PA e frequência cardíaca com beta-bloqueadores é essencial antes da cirurgia.
- B) Anticoagulação com heparina deve ser iniciada imediatamente, mesmo em pacientes com dissecação tipo A.
- C) Analgesia é desnecessária, pois não influencia o prognóstico da dissecação.
- D) O paciente pode ser mantido em observação clínica por 48 horas antes de decisão cirúrgica, se assintomático.

QUESTÃO 3

Após o tratamento cirúrgico da dissecação de aorta ascendente, o paciente evolui com hipotensão persistente e oligúria. Sobre essas complicações, indique a alternativa correta:

- A) A principal causa provável é perda sanguínea externa, sendo indicado reintrodução precoce da anticoagulação para prevenir trombose do enxerto.
- B) O quadro pode refletir disfunção renal aguda por hipoperfusão sistêmica, exigindo reposição volêmica, suporte vasoativo e monitorização do débito urinário.
- C) A hipotensão pós-operatória em dissecação de aorta é evento que, na maioria das vezes, representa falência estrutural do enxerto vascular implantado.
- D) Diante da hipotensão, a conduta inicial deve ser reoperação imediata, dispensando avaliação hemodinâmica ou exames complementares .

Situação Problema: Questões de 4 a 6

Homem, 68 anos de idade, com histórico de hipertensão e insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 35%, é trazido ao Pronto-Socorro com queixa de palpitações e dispnéia intensa de início há 2 horas. Ao exame, encontra-se pálido, sudoreico, com esforço respiratório e hipotensão (PA 80/50 mmHg). O monitor cardíaco mostra uma taquiarritmia irregular de complexos estreitos, com frequência ventricular média de 160 bpm.

Diante do caso clínico, indique:

QUESTÃO 4

A conduta terapêutica inicial mais apropriada para o paciente:

- A) Iniciar amiodarona IV em dose de ataque (150 mg em 10 minutos) para reversão química da arritmia.
- B) Administrar metoprolol IV para controle da frequência ventricular antes de qualquer outra intervenção.
- C) Realizar cardioversão elétrica sincronizada imediata com 120-200 Joules, após sedação adequada.
- D) Iniciar anticoagulação plena com heparina não fracionada IV antes de qualquer tentativa de reversão.

QUESTÃO 5

A estratégia de anticoagulação mais apropriada ao caso:

- A) A anticoagulação pode ser dispensada, pois o tempo de arritmia foi inferior a 48 horas e o risco de tromboembolismo é baixo.
- B) Realizar ecocardiograma transesofágico para descartar trombo em átrio esquerdo antes de decidir sobre anticoagulação.
- C) Iniciar anticoagulação com heparina apenas se houver recorrência da arritmia nas próximas 48 horas.
- D) Iniciar anticoagulação imediatamente e mantê-la por tempo indefinido, devido ao alto risco tromboembólico.

QUESTÃO 6

A estratégia de manejo, a longo prazo, mais apropriada para este paciente:

- A) Manter apenas controle de frequência com betabloqueador, sem necessidade de antiarrítmico, pois o risco de recorrência é baixo.
- B) Iniciar amiodarona para manutenção do ritmo sinusal, considerando a insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.
- C) Iniciar digoxina para manutenção do ritmo sinusal, associada ao betabloqueador para controle adequado de frequência.
- D) Iniciar propafenona para manutenção do ritmo sinusal, por ser o antiarrítmico mais eficaz e seguro que a amiodarona.

Situação Problema: Questões de 7 a 9

Mulher, 72 anos de idade, com histórico de hipertensão arterial, fibrilação atrial crônica e múltiplos episódios de embolia pulmonar no passado, é avaliada por dispneia progressiva e edema de membros inferiores. Ao exame físico, apresenta-se com turgência jugular patológica, com onda “v” gigante (onda c-v), fígado pulsátil e doloroso à palpação, ascite e edema periférico ++/4+. A ausculta cardíaca revela um sopro holossistólico em borda esternal esquerda baixa, que se intensifica com a inspiração profunda.

Diante do caso clínico, indique:

QUESTÃO 7

O diagnóstico mais provável para a paciente:

- A) Estenose tricúspide grave com congestão hepática secundária.
- B) Insuficiência tricúspide grave com regurgitação sistólica para o átrio direito.
- C) Pericardite constrictiva com restrição ao enchimento ventricular direito.
- D) Cardiomiopatia restritiva com disfunção diastólica biventricular.

QUESTÃO 8

A etiologia mais provável do quadro clínico atual da paciente:

- A) Hipertensão arterial sistêmica de longa data.
- B) Fibrilação atrial crônica, causando cardiomiopatia atrial.
- C) Doença arterial coronariana com infarto de ventrículo direito.
- D) Hipertensão pulmonar crônica tromboembólica.

QUESTÃO 9

O tratamento clínico inicial e o mais indicado caso haja refratariedade:

- A) Diuréticos para redução da congestão sistêmica; plastia (anuloplastia) da válvula tricúspide se não houver resposta.
- B) Vasodilatadores arteriais para redução da pós-carga; substituição valvar por prótese mecânica, se não houver resposta.
- C) Inotrópicos para melhora da contratilidade ventricular; transplante cardíaco se refratária ao tratamento clínico.
- D) Betabloqueadores para controle de frequência cardíaca; ablação do nó AV com marcapasso se refratária ao tratamento clínico.

Situação Problema: Questões de 10 a 12

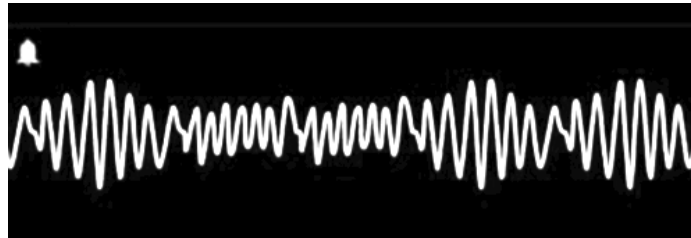
Homem, 68 anos de idade, tabagista, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) GOLD III, em uso domiciliar de broncodilatadores inalatórios. Há cerca de 10 dias, iniciou tratamento domiciliar para pneumonia bacteriana com levofloxacino 750 mg/dia.

Foi admitido na UTI por piora da dispnéia aos pequenos esforços e febre persistente há três dias, mantendo tosse produtiva. Evoluiu com necessidade de intubação orotraqueal e uso de ventilação mecânica. Encontra-se sedado com midazolam e fentanil em infusão contínua. Devido à agitação e assincronia com o ventilador, foram adicionados haloperidol e quetiapina em doses crescentes nas últimas 24 horas.

Na admissão, apresentava pressão arterial de 110/70 mmHg, frequência cardíaca de 92 bpm, murmúrio vesicular globalmente diminuído com sibilos difusos. Ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Abdome e extremidades sem achados significativos.

Exames laboratoriais na manhã do dia atual: potássio sérico 3,1 mEq/L; magnésio sérico 1,5 mg/dL; creatinina 1,1 mg/dL; troponina de alta sensibilidade sem elevação significativa. Eletrocardiograma registrado na admissão mostrava ritmo sinusal com intervalo QTc de 520 ms, sem alterações isquêmicas agudas.

Durante o plantão noturno, o médico é chamado pela enfermagem devido a episódio súbito de taquicardia registrada no monitor. O paciente encontra-se intubado, com pressão arterial de 90/60 mmHg, frequência cardíaca em torno de 160 bpm, sem sinais de choque franco. É realizado eletrocardiograma durante o episódio, apresentado a seguir.



QUESTÃO 10

Com base no traçado eletrocardiográfico apresentado durante o episódio, identifique o diagnóstico eletrocardiográfico mais provável:

- A) Taquicardia ventricular não sustentada monomórfica.
- B) Taquicardia ventricular polimórfica tipo Torsades de pointes.
- C) Fibrilação ventricular.
- D) Flutter atrial com condução variável.

QUESTÃO 11

Considerando o eletrocardiograma basal registrado na admissão, identifique a alteração mais provavelmente relacionada ao mecanismo dessa arritmia ventricular:

- A) Prolongamento do intervalo QT corrigido (QTc).
- B) Supradesnivelamento do segmento ST-T em derivações anteriores.
- C) Bloqueio de ramo esquerdo completo.
- D) Padrão de repolarização ventricular precoce em derivações inferiores.

QUESTÃO 12

Sabendo que o paciente se mantém com pressão arterial limítrofe, sem sinais de choque, e que a arritmia apresenta episódios recorrentes e autolimitados, indique o fármaco intravenoso de primeira escolha para tratamento dessa arritmia a fim de prevenir sua recorrência neste paciente:

- A) Gluconato de cálcio.
- B) Lidocaína.
- C) Amiodarona.
- D) Sulfato de magnésio.

Situação-Problema: Questões de 13 a 15

Homem, 58 anos de idade, obeso (IMC 32 kg/m²), tabagista cessado há 5 anos, em acompanhamento ambulatorial em serviço de cardiologia por hipertensão arterial sistêmica de difícil controle há cerca de 2 anos. Refere ronco intenso, sono não reparador e sonolência diurna, sem investigação prévia formal para apneia obstrutiva do sono.

Nos últimos meses, teve várias medidas casuais de pressão arterial em consultório acima de 160/90 mmHg, apesar de adesão relatada ao tratamento. Há cerca de três meses, o clínico geral havia otimizado a terapia anti-hipertensiva com ramipril 10 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia.

Na avaliação atual em consulta de cardiologia, apresenta pressão arterial de 180/90 mmHg em repouso, em posição sentada, aferida em duas ocasiões com intervalo de 5 minutos. Teste ergométrico e ecocardiograma transtorácico prévios não mostraram isquemia miocárdica induzível nem disfunção ventricular.

Exames laboratoriais disponíveis:

- Outubro/2024: creatinina 1,0 mg/dL; ureia 36 mg/dL; potássio 4,2 mEq/L; colesterol total 190 mg/dL; LDL-colesterol 138 mg/dL.
- Janeiro/2025 (três meses após início de ramipril 10 mg/dia): creatinina 2,9 mg/dL; ureia 65 mg/dL; potássio 5,1 mEq/L; colesterol total 204 mg/dL; LDL-colesterol 145 mg/dL.

QUESTÃO 13

Considerando a piora acentuada da função renal após a introdução do inibidor da enzima conversora da angiotensina e a suspeita de hipertensão renovascular, identifique o exame de imagem mais adequado, neste momento, como exame de triagem inicial não invasivo para investigação de estenose aterosclerótica de artérias renais:

- A) Angiotomografia torácica.
- B) Angiorressonância de artérias renais.
- C) Angiotomografia de artérias renais.
- D) Ultrassonografia de rins e vias urinárias com doppler.

QUESTÃO 14

O ramipril é suspenso e o paciente é reavaliado com otimização da hidratação. A creatinina retorna progressivamente a 1,1 mg/dL. Em consulta subsequente, a pressão arterial em consultório permanece em torno de 160/90 mmHg, porém o paciente relata valores mais baixos em aferições domiciliares esporádicas, sem registro sistematizado. Não há sinais de lesão aguda de órgão-alvo, e o exame físico permanece inalterado.

Para avaliar de forma acurada o controle dos níveis pressóricos sob tratamento e caracterizar o padrão pressórico de 24 horas, indique o método de monitorização mais adequado a ser utilizado neste paciente:

- A) Seriar função renal.
- B) Teste ergométrico.
- C) Monitorização ambulatorial da pressão arterial.
- D) Dosagem de microalbuminúria.

QUESTÃO 15

Após suspensão temporária do inibidor da ECA e investigação com ultrassonografia de rins e vias urinárias com doppler, não foi evidenciada estenose de artérias renais significativa. Com ajuste da hidratação, a creatinina permanece estável em 1,1 mg/dL e o potássio em 4,3 mEq/L.

O paciente mantém, entretanto, tosse seca persistente e incômoda, iniciada após o uso do IECA, sem outras causas aparentes (radiografia de tórax e ausculta pulmonar sem alterações agudas). A pressão arterial encontra-se adequadamente controlada após ajuste de doses, e decide-se substituir a classe do IECA, mantendo o mesmo alvo pressórico.

Considerando boa tolerabilidade, ausência de impacto metabólico significativo e evidência de redução de eventos cardiovasculares e de mortalidade em pacientes com hipertensão arterial, indique a classe de fármacos que representa a melhor alternativa para substituir o inibidor da enzima conversora da angiotensina nesse paciente:

- A) Betabloqueadores.
- B) Bloqueadores dos receptores de angiotensina.
- C) Diuréticos tiazídicos.
- D) Bloqueadores do canal de cálcio.

Situação Problema: Questões de 16 a 18

Mulher, 75 anos de idade, diabética, hipertensa, portadora de doença renal crônica não dialítica e doença coronariana crônica (revascularização miocárdica há 10 anos), com história de dispneia progressiva aos esforços e episódios de tontura há cerca de 2 anos.

Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 140 x 90 mmHg, ritmo cardíaco regular em dois tempos e sopro sistólico ejetivo em foco aórtico, grau III/VI, irradiado para carótidas.

- Ecocardiograma transtorácico:
- Área valvar aórtica indexada: 0,5 cm²/m².
- Gradiente médio transvalvar aórtico: 30 mmHg.
- Fração de ejeção do ventrículo esquerdo: 32%.

QUESTÃO 16

Com base nos dados ecocardiográficos, indique a classificação mais adequada da estenose aórtica desta paciente:

- A) Estenose aórtica grave.
- B) Estenose aórtica leve.
- C) Estenose aórtica paradoxal.
- D) Estenose aórtica moderada.

QUESTÃO 17

Para confirmar a gravidade da estenose aórtica e avaliar a reserva contrátil do ventrículo esquerdo nesse contexto de baixo fluxo e baixo gradiente, indique o exame de imagem mais adequado a ser solicitado:

- A) Ecocardiograma transtorácico com estresse físico.
- B) Ecocardiograma transtorácico com estresse farmacológico com dobutamina.
- C) Ecocardiograma transtorácico com estresse farmacológico com dipiridamol.
- D) Angiotomografia de aorta com escore de cálcio valvar aórtico.

QUESTÃO 18

Após discussão da equipe médica, definiu-se que a paciente apresenta valvopatia aórtica sintomática com alto risco para cirurgia de troca valvar convencional, expectativa de vida superior a 1 ano e anatomia adequada para abordagem percutânea.

Nesta situação, identifique o tratamento de escolha mais indicado para abordagem da valvopatia aórtica:

- A) Tratamento clínico otimizado.
- B) Transplante cardíaco.
- C) Implante transcater de valva aórtica (TAVI).
- D) Cirurgia de troca valvar aórtica convencional.

Situação Problema: Questões de 19 a 21

Homem, 23 anos de idade, previamente hígido, refere dispneia aos esforços mais intensos e história de sopro cardíaco desde a infância. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 160/80 mmHg e frequência cardíaca de 76 bpm. O murmúrio vesicular é bem distribuído, sem ruídos adventícios. O ritmo cardíaco é regular em dois tempos, com sopro sistólico em foco aórtico, grau II/VI, e sopro diastólico em foco aórtico, grau IV/VI, irradiado para borda esternal esquerda. Radiografia de tórax evidencia aumento do mediastino superior, sugestivo de dilatação importante da aorta ascendente.

QUESTÃO 19

Diante do quadro clínico descrito, indique a principal suspeita etiológica para a causa dos sopros em foco aórtico nesse paciente jovem:

- A) Valva aórtica bicúspide.
- B) Membrana subaórtica.
- C) Síndrome de Williams-Beuren.
- D) Miocardiopatia hipertrófica.

QUESTÃO 20

Considerando a presença de valvopatia aórtica e dilatação importante da aorta ascendente nesse adulto jovem, indique o tratamento cirúrgico mais adequado a ser instituído:

- A) Cirurgia de troca valvar.
- B) Tratamento clínico.
- C) Cirurgia de troca valvar com implante de tubo valvulado.
- D) Plastia da valva aórtica.

QUESTÃO 21

Em adultos jovens com cardiopatia congênita associada à doença da aorta torácica, é frequentemente necessário avaliar, em um único exame tomográfico, toda a aorta torácica e seus segmentos. Considerando uma importante malformação congênita da aorta e o exame de imagem mais adequado para essa avaliação detalhada, identifique a alternativa correta:

- A) Coarctação de aorta e ecocardiograma transtorácico.
- B) Dissecção de aorta e angiorressonância de aorta torácica.
- C) Coarctação de aorta e angiotomografia de aorta torácica.
- D) Dissecção de aorta e ecocardiograma transtorácico.

Situação Problema: Questões de 22 a 24

Homem, 72 anos de idade, hipertenso de longa data, dislipidêmico, ex-tabagista (40 maços/ano, cessado há 5 anos), com história familiar de doença arterial coronariana precoce, procura a emergência com queixa de dor torácica opressiva em região retroesternal, de forte intensidade, irradiada para o braço esquerdo, associada à sudorese fria, iniciada há cerca de 50 minutos enquanto caminhava. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de insuficiência cardíaca à admissão. O exame físico não mostra alterações significativas além de discreta taquicardia. O eletrocardiograma de 12 derivações realizado na entrada não apresenta alterações isquêmicas significativas. A dor persiste apesar de analgesia e nitrato, e o paciente é encaminhado ao serviço de hemodinâmica onde é submetido a angioplastia com implante de *stent* farmacológico em artéria coronária descendente anterior, com bom resultado angiográfico imediato.

QUESTÃO 22

Considerando o momento da admissão do paciente na emergência com dor torácica aguda, indique o exame seriado prioritário para definir a presença de supradesnivelamento do segmento ST e a necessidade de reperfusão imediata na síndrome coronariana aguda:

- A) Solicitar troponina seriada.
- B) Solicitar creatinofosfoquinase fração MB (CK-MB) seriadas.
- C) Solicitar eletrocardiograma seriado.
- D) Solicitar ecocardiograma transtorácico.

QUESTÃO 23

Após dois dias de internamento na Unidade Coronariana, durante a avaliação matinal, o paciente relata ter apresentado, durante a madrugada, novo episódio de dor torácica em aperto, de cerca de duas horas de duração, que cedeu espontaneamente. Um eletrocardiograma foi realizado no momento da dor, sem alterações isquêmicas significativas em relação ao traçado basal. No momento da avaliação pelo médico assistente, encontra-se assintomático há aproximadamente seis horas, em ritmo sinusal e com sinais vitais estáveis.

Considerando a evolução do paciente na enfermaria, indique a melhor conduta em relação ao novo episódio de dor torácica relatado:

- A) Realizar novo eletrocardiograma.
- B) Realizar nova dosagem de troponina.
- C) Realizar nova cineangiocoronariografia.
- D) Realizar cintilografia do miocárdio com estresse farmacológico.

QUESTÃO 24

Considere agora que a dor torácica iniciada durante a madrugada não tivesse cessado e se mantivesse intensa e ininterrupta até a visita do médico na manhã seguinte, apesar do tratamento instituído.

Nesse cenário, indique a principal suspeita diagnóstica em relação a esse novo quadro, considerando o contexto de pós-angioplastia coronariana recente com implante de *stent*:

- A) Infarto do miocárdio por trombose de *stent*.
- B) Infarto do miocárdio por reestenose.
- C) Angina por vasoespasmo.
- D) Infarto septal com formação de comunicação interventricular.

Situação Problema: Questões de 25 a 27

Homem, 63 anos de idade, caucasiano, obeso, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* tipo 2. Refere dispneia progressiva há cerca de quatro meses, astenia, dor articular e diminuição da libido. Em uso de valsartana 320 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia e empaglifozina 25 mg/dia. Ao exame físico, apresenta hiperpigmentação cutânea difusa, encontrando-se eupneico em repouso. Pressão arterial: 140/80 mmHg. Frequência cardíaca: 80 bpm. Murmúrio vesicular bem distribuído, com crepitações esparsas em terços inferiores de ambos hemitórax. Ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Abdome globoso à custa de panículo adiposo, fígado firme palpável a 2 cm do rebordo costal direito, sem outras alterações significativas. Extremidades sem edema, bem perfundidas. Exames laboratoriais: glicemia de jejum 154 mg/dL; hemoglobina glicada 7,3%; colesterol LDL 150 mg/dL; colesterol HDL 30 mg/dL; triglicerídeos 250 mg/dL; ácido úrico 9,0 mg/dL; AST 96 U/L; ALT 105 U/L; hemoglobina 13 g/dL.

QUESTÃO 25

Considerando o conjunto de manifestações clínicas (hiperpigmentação cutânea, diabetes *mellitus*, hipogonadismo, alterações hepáticas e queixa de dispneia) e a suspeita de sobrecarga sistêmica de ferro como causa de cardiomiopatia, indique o exame laboratorial mais apropriado para documentar a presença de sobrecarga sistêmica de ferro no paciente:

- A) Dosagem de cortisol sérico matinal e ACTH.
- B) Perfil tireoidiano (TSH e T4 livre).
- C) Dosagem de ferro sérico com cálculo da saturação de transferrina e ferritina sérica.
- D) Dosagem de ceruloplasmina sérica e cobre urinário de 24 horas.

QUESTÃO 26

Admitindo o diagnóstico de cardiomiopatia restritiva por sobrecarga de ferro como causa principal da dispneia, indique o padrão de função diastólica mais provável ao ecocardiograma transtorácico desse paciente:

- A) Padrão de enchimento diastólico normal.
- B) Disfunção diastólica leve por alteração de relaxamento (grau I).
- C) Disfunção diastólica pseudonormal (grau II).
- D) Padrão de enchimento diastólico restritivo (grau III/IV).

QUESTÃO 27

Considerando a queixa de dispneia e os achados de crepitações em bases pulmonares, indicando congestão pulmonar leve a moderada, identifique o fármaco de escolha para alívio sintomático inicial da dispneia, com foco na redução rápida da congestão pulmonar:

- A) Carvedilol.
- B) Furosemida.
- C) Losartana.
- D) Espironolactona.

Situação Problema: Questões de 28 a 30

Paciente, 55 anos de idade, diabético, portador de doença arterial coronariana conhecida, é atendido na emergência com história de dispneia há cerca de quatro semanas, iniciada após episódios de dor torácica para os quais não buscou atendimento na ocasião. Refere dispneia progressiva, atualmente em repouso, associada à dor torácica constrictiva. O eletrocardiograma mostra supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior extensa. Ao exame físico, encontra-se dispneico, com pressão arterial de 60 × 30 mmHg e frequência cardíaca de 136 bpm, rítmica. O murmúrio vesicular está bem distribuído, sem crepitações em dois terços inferiores de ambos hemitórax. O ritmo cardíaco é regular em dois tempos, com sopro sistólico intenso (grau V/VI) em foco mitral. Abdome sem alterações significativas. Extremidades frias, sem edema.

QUESTÃO 28

Considerando o quadro clínico e hemodinâmico apresentados, identifique o diagnóstico sindrômico mais provável deste paciente:

- A) Choque cardiogênico por disfunção grave do ventrículo esquerdo após infarto agudo do miocárdio.
- B) Choque séptico secundário à pneumonia comunitária.
- C) Choque cardiogênico por complicação mecânica de infarto agudo do miocárdio.
- D) Choque obstrutivo secundário a tromboembolismo pulmonar maciço.

QUESTÃO 29

Com base na suspeita de complicação mecânica do infarto agudo do miocárdio, indique o exame/procedimento mais adequado, neste momento, para investigação da causa do quadro de choque:

- A) Ecocardiograma transesofágico.
- B) Ecocardiograma transtorácico à beira-leito.
- C) Cateterismo cardíaco esquerdo com ventriculografia.
- D) Cateterismo cardíaco direito isolado para medida de pressões.

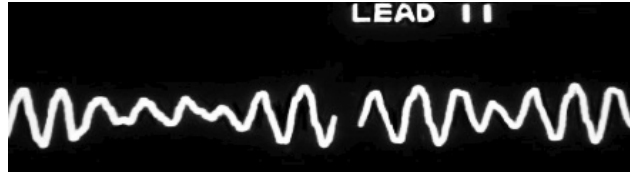
QUESTÃO 30

Considerando a hipotensão arterial grave associada a sinais de baixo débito periférico nesse contexto de choque cardiogênico, indique a combinação de fármacos vasoativos mais apropriada para o tratamento inicial da hipotensão, enquanto se aguarda a correção definitiva da causa mecânica:

- A) Noradrenalina associada à dobutamina em infusão contínua.
- B) Noradrenalina em infusão contínua isolada.
- C) Dopamina em dose intermediária em infusão contínua.
- D) Dobutamina em infusão contínua isolada.

Situação Problema: Questões de 31 a 33

Mulher, 65 anos de idade, com história de dispneia há cerca de um mês, evoluindo para dispneia em repouso nas últimas 24 horas. Refere uso de anlodipino, hidroclorotiazida e valsartana em doses máximas. Foi avaliada em UPA com dispneia em repouso e sonolência. À avaliação, apresenta pressão arterial de 250/120 mmHg. À ausculta pulmonar, evidenciam-se crepitações difusas em ambos os hemitórax e roncospes de transmissão.



QUESTÃO 31

Considerando o quadro clínico descrito, identifique a condição pulmonar aguda que melhor explica a insuficiência respiratória dessa paciente:

- A) Exacerbação aguda de doença pulmonar obstrutiva crônica.
- B) Pneumonia bacteriana comunitária multilobar.
- C) Tromboembolismo pulmonar agudo.
- D) Edema agudo de pulmão de origem cardiogênica.

QUESTÃO 32

Visando melhorar rapidamente a condição respiratória da paciente e, simultaneamente, promover redução controlada da pressão arterial nessa emergência hipertensiva com edema agudo de pulmão, indique a medicação intravenosa mais apropriada:

- A) Nitroglicerina intravenosa em infusão contínua.
- B) Nicardipina intravenosa em infusão contínua.
- C) Furosemida intravenosa em bolus isolada.
- D) Enalaprilato intravenoso em bolus.

QUESTÃO 33

Considerando que a paciente já faz uso de anlodipino, hidroclorotiazida e valsartana em doses máximas, identifique o tipo de medicação que deve ser introduzido como quarta droga para tratamento de hipertensão resistente, com potencial de prevenir novos episódios semelhantes:

- A) Betabloqueador não seletivo.
- B) Alfa-2 agonista central (como clonidina).
- C) Antagonista dos receptores mineralocorticoides (como espironolactona).
- D) Vasodilatador arterial direto (como hidralazina).

Situação-Problema: Questões de 34 a 36

Mulher, 36 anos de idade, negra, casada, procura atendimento em UPA por dispneia iniciada há cerca de 12 horas, pior aos pequenos esforços e com sensação de “aperto no peito” ao deitar. Refere antecedente de doença valvar reumática, em seguimento irregular, em uso de enalapril 20 mg/dia e atenolol 50 mg/dia. Ao exame físico, encontra-se em moderado desconforto respiratório, taquipneica, porém lúcida, vigil e afebril. Pressão arterial: 150/90 mmHg. Frequência cardíaca: 120 bpm. SatO₂: 91% em ar ambiente. Murmúrio vesicular bem distribuído, com crepitações finas em terço inferior de ambos os hemitórax. Ritmo cardíaco regular em dois tempos, com sopro sistólico holossistólico em foco mitral, de timbre “piante”, irradiado para a axila. Abdome e extremidades sem alterações significativas, sem edema.

Ecocardiograma transtorácico realizado na UPA:

- Diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo: 55 mm.
- Diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo: 35 mm.
- Volume indexado do átrio esquerdo: 30 mL/m² (limítrofe).
- Insuficiência mitral importante, com jato excêntrico dirigido para a parede lateral do átrio esquerdo.
- Fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada.

QUESTÃO 34

Considerando o quadro clínico e o achado de sopro holossistólico em foco mitral de timbre “piante”, indique o significado fisiopatológico mais provável desse sopro:

- Fluxo turbulento anterógrado do átrio esquerdo para o ventrículo esquerdo durante a diástole, caracterizando estenose mitral hemodinamicamente significativa.
- Fluxo regurgitante do ventrículo esquerdo para o átrio esquerdo durante a sístole, compatível com insuficiência mitral importante.
- Fluxo turbulento anterógrado do ventrículo esquerdo para a aorta durante a sístole, decorrente de estenose aórtica moderada a grave.
- Fluxo regurgitante do ventrículo direito para o átrio direito durante a sístole, caracterizando insuficiência tricúspide associada à hipertensão pulmonar.

QUESTÃO 35

Levando em conta a história de doença reumática, o aparecimento recente de dispneia e o aspecto “piante” do sopro mitral em paciente jovem, indique a principal etiologia responsável pela insuficiência mitral aguda nesse contexto:

- Ruptura aguda de cordoalha tendínea mitral em valva de etiologia reumática.
- Degeneração mixomatosa crônica com prolapso de valva mitral em paciente jovem.
- Ruptura de músculo papilar posteromedial secundária a infarto agudo do miocárdio inferior.
- Endocardite infecciosa com vegetações em cúspides da valva mitral em usuário de drogas injetáveis.

QUESTÃO 36

À luz do quadro atual, com taquicardia, dispneia, crepitações em bases pulmonares e ecocardiograma compatível com insuficiência mitral importante de instalação recente, indique a conduta terapêutica mais adequada neste momento.

equipe de cirurgia cardíaca para correção mitral:

- Internar a paciente em enfermaria clínica para otimização de betabloqueador e inibidor da ECA, mantendo observação por 48 horas antes de qualquer avaliação cirúrgica.
- Manter a paciente em observação na UPA por 24 horas com oxigenoterapia, broncodilatadores inalatórios e radiografia de tórax seriada, com alta prevista se houver melhora clínica.
- Encaminhar diretamente a paciente ao laboratório de hemodinâmica para cateterismo cardíaco diagnóstico, considerando a dor torácica atípica como manifestação de síndrome coronariana aguda.
- Internar a paciente em unidade coronariana, iniciar diurético de alça e vasodilatador venoso intravenosos, com suporte ventilatório conforme necessidade, e solicitar avaliação precoce da

Situação-Problema: Questões de 37 a 39

Mulher, 72 anos de idade, hipertensa há 20 anos e diabética há 10 anos, ex-tabagista (30 maços/ano, cessou há 8 anos), em seguimento ambulatorial irregular. Nega história prévia de acidente vascular cerebral (AVC), ataque isquêmico transitório (AIT) ou doença arterial periférica. Refere episódio de infarto agudo do miocárdio há 5 anos, tratado com angioplastia e implante de *stent* em artéria descendente anterior. Procura o Pronto-Atendimento por palpitações rápidas há cerca de 12 horas, associadas à dispnéia leve aos esforços habituais. Nega dor torácica atual, síncope ou déficit neurológico focal. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, corada, afebril, consciente e orientada. Pressão arterial: 130/80 mmHg. Frequência cardíaca: 128 bpm, com pulso irregular. SatO₂: 95% em ar ambiente. Ausculta cardíaca com ritmo irregular em dois tempos, sem sopros evidentes. Ausculta pulmonar sem ruídos adventícios. Extremidades sem edema. Eletrocardiograma de 12 derivações: ritmo irregularmente irregular, ausência de ondas P definidas, presença de ondas fibrilatórias de baixa amplitude, complexos QRS estreitos – compatível com fibrilação atrial de alta resposta ventricular. Exames laboratoriais iniciais: creatinina sérica 0,9 mg/dL; ureia 32 mg/dL; potássio 4,3 mEq/L; hemoglobina 13 g/dL. Ecocardiograma transtorácico prévio (há 6 meses): fração de ejeção do ventrículo esquerdo 55%; sem estenose mitral moderada/grave; discreta insuficiência mitral; átrio esquerdo levemente dilatado.

QUESTÃO 37

Considerando os fatores de risco clínicos dessa paciente, calcule o escore CHA₂DS₂-VASc para estratificação de risco tromboembólico e indique o valor correto:

- A) 2 pontos. B) 3 pontos. C) 4 pontos. D) 5 pontos.

QUESTÃO 38

Tendo em vista o escore CHA₂DS₂-VASc calculado e a ausência de estenose valvar mitral moderada/grave ou prótese valvar mecânica, indique a melhor conduta em relação à anticoagulação crônica desta paciente:

- A) Não iniciar anticoagulação; indicar apenas ácido acetilsalicílico em baixa dose.
B) Iniciar anticoagulante oral direto (DOAC) em dose plena, ajustada à função renal, como estratégia preferencial de anticoagulação crônica.
C) Iniciar dupla antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e clopidogrel, sem anticoagulação.
D) Iniciar varfarina com alvo de INR entre 1,5 e 2,0, sem necessidade de monitorização regular.

QUESTÃO 39

Considere agora que, na realização de novo ecocardiograma transtorácico durante a internação, seja identificado espessamento e fusão comissural de valva mitral compatível com etiologia reumática, com área valvar mitral estimada em 1,2 cm², além de gradiente médio de 10 mmHg em repouso, caracterizando estenose mitral moderada a importante.

Diante desse novo achado ecocardiográfico, indicando fibrilação atrial associada a estenose mitral reumática moderada/importante, identifique a opção que melhor representa a conduta adequada em relação à estratégia de anticoagulação a longo prazo:

- A) Manter anticoagulante oral direto em dose plena, pois o risco tromboembólico permanece elevado.
B) Suspender qualquer anticoagulação oral e utilizar apenas ácido acetilsalicílico em baixa dose.
C) Substituir o anticoagulante oral direto por varfarina, com alvo de INR entre 2,0 e 3,0, em uso contínuo.
D) Manter apenas dupla antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e clopidogrel, reservando a varfarina para casos de prótese valvar mecânica.

Situação-Problema: Questões de 40 a 42

Homem, 48 anos de idade, assintomático do ponto de vista cardiovascular, é encaminhado ao ambulatório de Cardiologia após check-up em que foi observado espessamento difuso de paredes do ventrículo esquerdo com leve disfunção diastólica, sem hipertensão arterial significativa, levantando a hipótese de cardiomiopatia por depósito. Nega etilismo ou uso de medicamentos. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, com discreta hiperpigmentação cutânea em áreas expostas ao sol e artralgia leve à palpação de segunda e terceira articulações metacarpofalangeanas. Fígado não palpável, ausência de estigmas de hepatopatia crônica. Exames laboratoriais mostram: AST 55 U/L, ALT 62 U/L, glicemia de jejum 115 mg/dL, ferritina 1.850 ng/mL e saturação de transferrina 85%. Sorologias para hepatites B e C negativas. Diante da suspeita de sobrecarga sistêmica de ferro como causa de cardiomiopatia, indica-se investigação complementar.

QUESTÃO 40

Considerando a suspeita de cardiomiopatia por sobrecarga sistêmica de ferro, indique o próximo passo mais adequado para confirmação etiológica da doença de base:

- A) Realizar ressonância magnética de abdome com quantificação de ferro hepático.
- B) Realizar teste genético para pesquisa de mutações no gene HFE.
- C) Solicitar biópsia hepática para graduar a fibrose e quantificar o ferro tecidual.
- D) Iniciar prova terapêutica com sangrias e reavaliar os exames em 3 meses.

QUESTÃO 41

O paciente tem um irmão de 45 anos de idade, assintomático, sem queixas cardiovasculares. Considerando o caráter genético da hemocromatose hereditária e o risco de cardiomiopatia por sobrecarga de ferro, indique a orientação correta a ser fornecida ao irmão:

- A) O irmão tem 100% de chance de ter a mesma doença, devendo iniciar flebotomias profiláticas.
- B) O risco é baixo, pois a doença tem baixa penetrância, não sendo necessário rastreamento familiar.
- C) O irmão tem 25% de chance de ter a doença, devendo ser rastreado com teste genético.
- D) O irmão deve apenas dosar a ferritina e o teste genético só é indicado se houver alterações.

QUESTÃO 42

Do ponto de vista cardiológico, indique a complicação que deve ser ativamente rastreada e acompanhada nesse paciente, considerando a evolução natural da hemocromatose não tratada:

- A) Doença renal crônica por nefrite intersticial.
- B) Hipertensão pulmonar secundária à disfunção endotelial.
- C) Polineuropatia periférica desmielinizante.
- D) Cardiomiopatia restritiva ou dilatada.

Situação Problema: Questões de 43 a 45

Mulher, 68 anos de idade, acompanhada em ambulatório de Cardiologia por hipertensão arterial sistêmica de longa data, em uso de losartana 100 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia há 10 anos. Não há história prévia de insuficiência cardíaca ou doença coronariana conhecida. É trazida ao Pronto-Socorro por familiares devido à confusão mental progressiva e sonolência há 3 dias. Relata que há 5 dias iniciou quadro de gastroenterite aguda com vômitos frequentes e diarreia aquosa, tendo reduzido, de forma importante, a ingestão alimentar e hídrica. Ao exame físico, apresenta-se em Glasgow 13, com mucosas secas, turgor cutâneo diminuído, hipotensão postural (PA 100/65 mmHg deitada, 80/50 mmHg em pé) e taquicardia (FC 115 bpm). Ausculta cardíaca sem sopros, sem sinais de congestão pulmonar; extremidades sem edema. Exames laboratoriais: sódio sérico 108 mEq/L, potássio 3,0 mEq/L, cloro 72 mEq/L, ureia 110 mg/dL, creatinina 1,9 mg/dL, osmolaridade sérica 230 mOsm/kg, sódio urinário 48 mEq/L, osmolaridade urinária 420 mOsm/kg.

QUESTÃO 43

Do ponto de vista fisiopatológico, identifique a melhor interpretação para os achados urinários desta paciente, considerando o uso crônico de tiazídico em contexto de hipovolemia:

- A) O sódio urinário elevado reflete a ação persistente da hidroclorotiazida, impedindo a retenção renal adequada de sódio apesar da hipovolemia.
- B) O sódio urinário elevado (> 40 mEq/L) indica perda renal primária de sódio, compatível com nefropatia perdedora de sal.
- C) A osmolaridade urinária elevada (> 300 mOsm/kg) indica função renal preservada com resposta apropriada de concentração urinária.
- D) Os achados são compatíveis com SIADH, pois a osmolaridade urinária está inapropriadamente elevada em relação à osmolaridade sérica.

QUESTÃO 44

Considerando a gravidade da hiponatremia ($\text{Na}^+ = 108$ mEq/L) associada à alteração do nível de consciência, indique a estratégia de correção inicial mais apropriada para esta paciente no cenário de emergência:

- A) Infusão de solução salina hipertônica a 3% em bolus de 100 mL em 20 minutos, podendo ser repetido a depender da resposta clínica e laboratorial.
- B) Infusão contínua de solução salina a 0,9% com reposição volêmica vigorosa, visando normalizar o sódio em 24 horas.
- C) Infusão de solução salina a 3% em velocidade de 0,5–1,0 mEq/L/h, com meta de elevação de até 4–6 mEq/L em 24 horas.
- D) Restrição hídrica rigorosa (< 500 mL/dia) associada a furosemida para induzir diurese aquarética e elevar o sódio.

QUESTÃO 45

Após estabilização e correção gradual da hiponatremia, a paciente retorna ao seguimento em ambulatório de Cardiologia para reavaliação do esquema anti-hipertensivo. Considerando o risco de recorrência de hiponatremia induzida por tiazídico em idosa hipertensa, indique a recomendação mais apropriada para o manejo anti-hipertensivo a longo prazo:

- A) Manter a hidroclorotiazida em dose reduzida (12,5 mg/dia) com monitorização mensal de eletrólitos.
- B) Suspender a hidroclorotiazida e ajustar o esquema anti-hipertensivo com outras classes de medicamentos.
- C) Substituir a hidroclorotiazida por clortalidona, anti-hipertensivo com menor risco de hiponatremia.
- D) Manter a hidroclorotiazida, mas reiniciar apenas após a resolução do quadro de gastroenterite aguda.

| Situações-Problema | Pontuações | | | |
|---------------------|------------|-----|-----|-------|
| | Q.1 | Q.2 | Q.3 | Total |
| Questões de 1 a 3 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 1 |
| Questões de 4 a 6 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 1 |
| Questões de 7 a 9 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 1 |
| Questões de 10 a 12 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 1 |
| Questões de 13 a 15 | 0,4 | 0,4 | 0,2 | 1 |
| Questões de 16 a 18 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 1 |
| Questões de 19 a 21 | 0,4 | 0,4 | 0,2 | 1 |
| Questões de 22 a 24 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 1 |
| Questões de 25 a 27 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 1 |
| Questões de 28 a 30 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 1 |
| Questões de 31 a 33 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 1 |
| Questões de 34 a 36 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 1 |
| Questões de 37 a 39 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 1 |
| Questões de 40 a 42 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 1 |
| Questões de 43 a 45 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 1 |



Todos os direitos reservados. Proibida a publicação ou reprodução, ainda que parcial, sem a permissão expressa da Strix Educação.



Este Caderno de Provas foi impresso em papel de florestas plantadas e 100% renováveis

