



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025

Grupo J: Pré-Requisito: Cardiologia

Especialidade: Hemodinâmica.

NOME COMPLETO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BOLETIM DE QUESTÕES

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--

LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTES INSTRUÇÕES

- Este boletim de questões é constituído de:
 - **50 questões objetivas.**
- Confira se, além desse boletim de questões, você recebeu o cartão-resposta destinado à marcação das respostas das 50 questões objetivas.
- No **CARTÃO-RESPOSTA**
 - Confira seu nome e número de inscrição e especialidade que você se inscreveu na parte superior do **CARTÃO-RESPOSTA** que você recebeu.
 - No caso de não coincidir seu nome e número de inscrição, devolva-o ao fiscal e peça-lhe o seu. Se o seu cartão não for encontrado, solicite um cartão virgem, o que não prejudicará a correção de sua prova.
 - Verifique se o Boletim de Questões, está legível e com o número de páginas correto. Em caso de divergência, comunique ao fiscal de sua sala para que este providencie a troca do Boletim de Questões. **Confira**, também, na **Capa do Boletim de Questões** e no rodapé das páginas internas, o nome do pré-requisito para a especialidade pleiteada.
 - Após a conferência, assine seu nome no espaço correspondente do **CARTÃO-RESPOSTA**, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade, utilizando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
 - Para cada uma das questões existem 5 (cinco) alternativas, classificadas com as letras **a, b, c, d, e**. Só uma responde corretamente ao quesito proposto. Você deve marcar no Cartão-Resposta apenas uma letra. **Marcando mais de uma, você anulará a questão**, mesmo que uma das marcadas corresponda à alternativa correta.
 - O **CARTÃO-RESPOSTA não pode** ser dobrado, nem amassado, nem rasgado.

LEMBRE-SE

- A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **8 (oito) horas** e terminando às **12 (doze) horas**.
- É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

ATENÇÃO

- Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:
 - Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.
 - Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcá-la no Cartão-Resposta definitivamente.
 - Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.
 - Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.

Marque certo o seu cartão como indicado:
CERTO

 - Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.
 - O **gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.**
- Releia estas instruções antes de entregar a prova.
- Assine na lista de presença, na linha correspondente, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

BOA PROVA

1. É o único betabloqueador cardiosseletivo:
 - a carvedilol
 - b nebivolol
 - c labetalol
 - d metoprolol
 - e propranolol
2. Entre os antianginosos a seguir, tem efeito reflexo de aumento sobre a frequência cardíaca:
 - a anlodipino
 - b bisoprolol
 - c trimetazidina
 - d diltiazem
 - e mononitrato de isossorbida
3. Entre os agentes anti-hipertensivos abaixo, aquele (a) que, quando usado em pacientes com insuficiência cardíaca com disfunção sistólica, tem efeito benéfico sobre a sobrevida (reduz a mortalidade) é:
 - a diltiazem
 - b captopril
 - c anlodipino
 - d nifedipina
 - e clonidina
4. É esperado efeito NETURO sobre a frequência cardíaca da seguinte medicação:
 - a nifedipino
 - b hidralazina
 - c digoxina
 - d trimetazidina
 - e metoprolol
5. O mecanismo de término de uma taquicardia supraventricular por metoprolol endovenoso é:
 - a bloqueio da condução pelo nó atrioventricular.
 - b bloqueio da condução pela via acessória.
 - c redução da formação do impulso no nós sinusal.
 - d bloqueio da condução sinoatrial.
 - e bloqueio do sistema His Purkinje.
6. Pela atual Diretriz Brasileira de Medidas de PA fora do consultório, é considerado ponto de corte a partir do qual se consideram valores anormais na média de PA das 24 horas pela MAPA (em mmHg, sistólica e diastólica respectivamente):
 - a 145/95
 - b 140/90
 - c 130/85
 - d 130/80
 - e 125/85
7. Das condições a seguir, aquela que **NÃO** é considerada como suspeita de tratar-se de hipertensão do avental branco é:
 - a Hipertensão estágio 3.
 - b Hipertensão arterial sistólica isolada na medida de consultório.
 - c PA > 140/90 mmHg na ausência de fator de risco cardiovascular.
 - d PA > 140/90 mmHg na ausência de lesão de órgão alvo.
 - e Hipertensão estágio 1.
8. Espera-se que a adenosina endovenosa produza o término das seguintes taquiarritmias, **EXCETO**:
 - a Taquicardia mediada por reentrada nodal, típica.
 - b Taquicardia mediada por reentrada nodal, atípica.
 - c Flutter atrial típico.
 - d taquicardia supraventricular mediada por via acessória, ortodrômica.
 - e taquicardia supraventricular mediada por via acessória, antidrômica.
9. Para um homem de 50 anos de idade, hipertenso, com histórico de angina instável há 2 anos, tendo sido tratado com implante de stent coronariano em artéria descendente anterior e seguindo com terapia clínica, deve-se ter como meta de nível sanguíneo de LDL-colesterol:
 - a < 130 mg/dL
 - b < 100 mg/dL
 - c < 70 mg/dL
 - d < 50 mg/dL
 - e < 30 mg/dL

10. Acerca da utilização de biomarcadores para auxiliar o diagnóstico nas síndromes coronarianas agudas sem supradesnivelamento do segmento ST, analise as afirmativas abaixo.

- I. A troponina é o único biomarcador com indicação classe I (consensual) nessa situação.
- II. A dosagem de CK-MB massa e troponina são os únicos biomarcadores com indicação classe I (consensual) nessa situação.
- III. A dosagem de mioglobina está indicada na suspeita de necrose e ausência de troponina ou CK-MB disponíveis.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a I
- b I e II
- c I e III
- d II e III
- e I, II e III

11. No Bloqueio Divisional Anterossuperior Esquerdo (BDASE) ao eletrocardiograma, têm obrigatoriamente os complexos QRS predominantemente negativos as seguintes derivações:

- a D1 e aVL
- b D2, D3 e aVF
- c D1 e AVF
- d D2, D3 e AVR
- e aVL e aVF

12. No traçado a seguir (reprodução de eletrocardiograma convencional, velocidade de 25 mm/s), identifique:



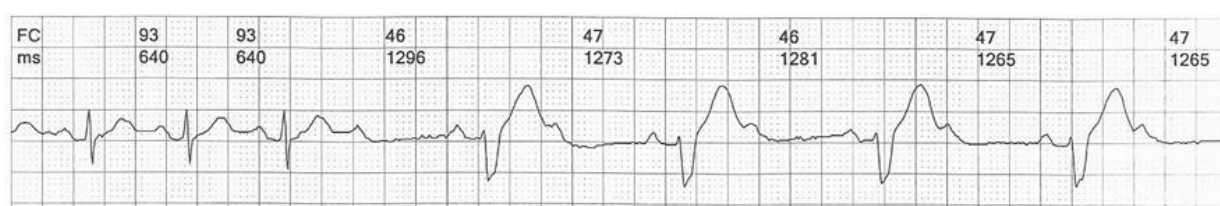
- a condução AV normal.
- b condução AV rápida e anormal.
- c sobrecarga ventricular direita.
- d alteração de repolarização ventricular secundária a bloqueio de ramo.
- e alteração de repolarização ventricular secundária à sobrecarga de câmara cardíaca.

13. Analisando o traçado a seguir (reprodução de derivação única de ECG contínuo, à velocidade convencional de 25 mm/s), é compatível com:



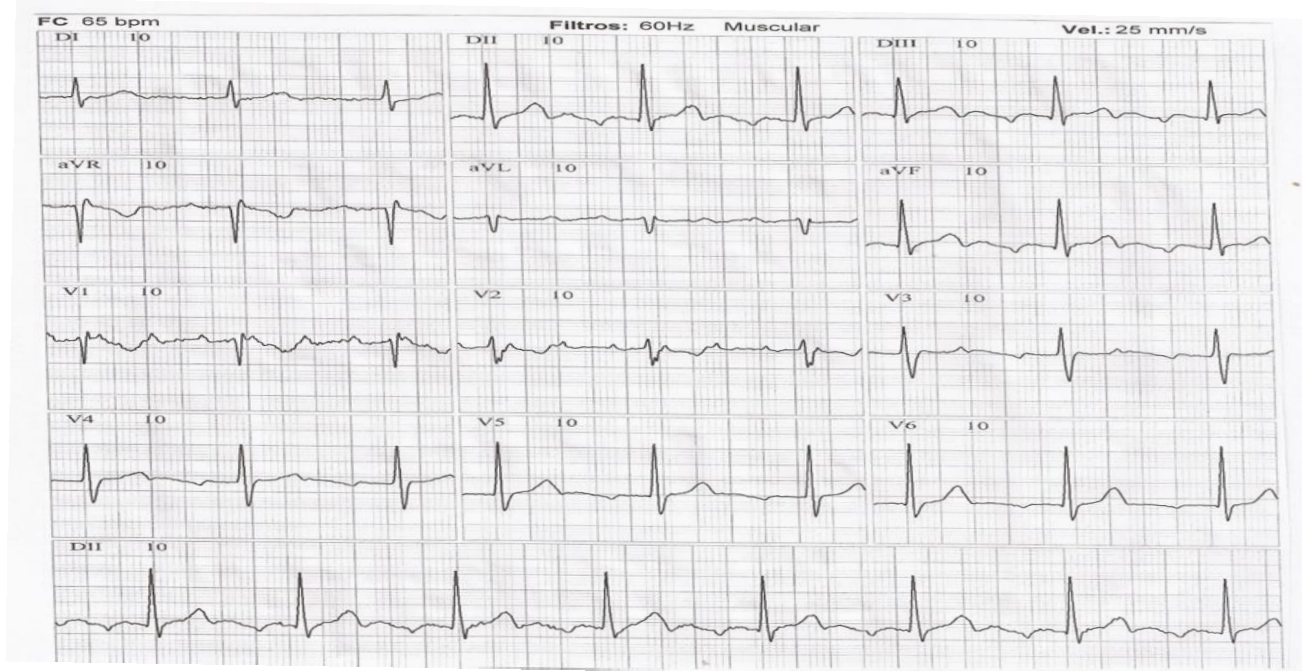
- a) condução atrioventricular alterada por provável distúrbio pré hissiano (nodal).
- b) condução atrioventricular normal e bradicardia sinusal.
- c) condução atrioventricular alterada por provável distúrbio pós hissiano.
- d) Condução AV com distúrbio que exige implante de marcapasso definitivo.
- e) bloqueio atrioventricular de 2º grau mobtiz tipo II .

14. Analisando o traçado a seguir (reprodução de derivação única de ECG contínuo, à velocidade convencional de 25 mm/s), é compatível com:



- a) condução atrioventricular alterada por provável distúrbio pré hissiano (nodal).
- b) condução atrioventricular normal e bradicardia sinusal.
- c) condução atrioventricular alterada por provável distúrbio pós hissiano.
- d) bloqueio atrioventricular de 2º grau mobtiz tipo I.
- e) bloqueio atrioventricular de 2º grau mobtiz tipo II.

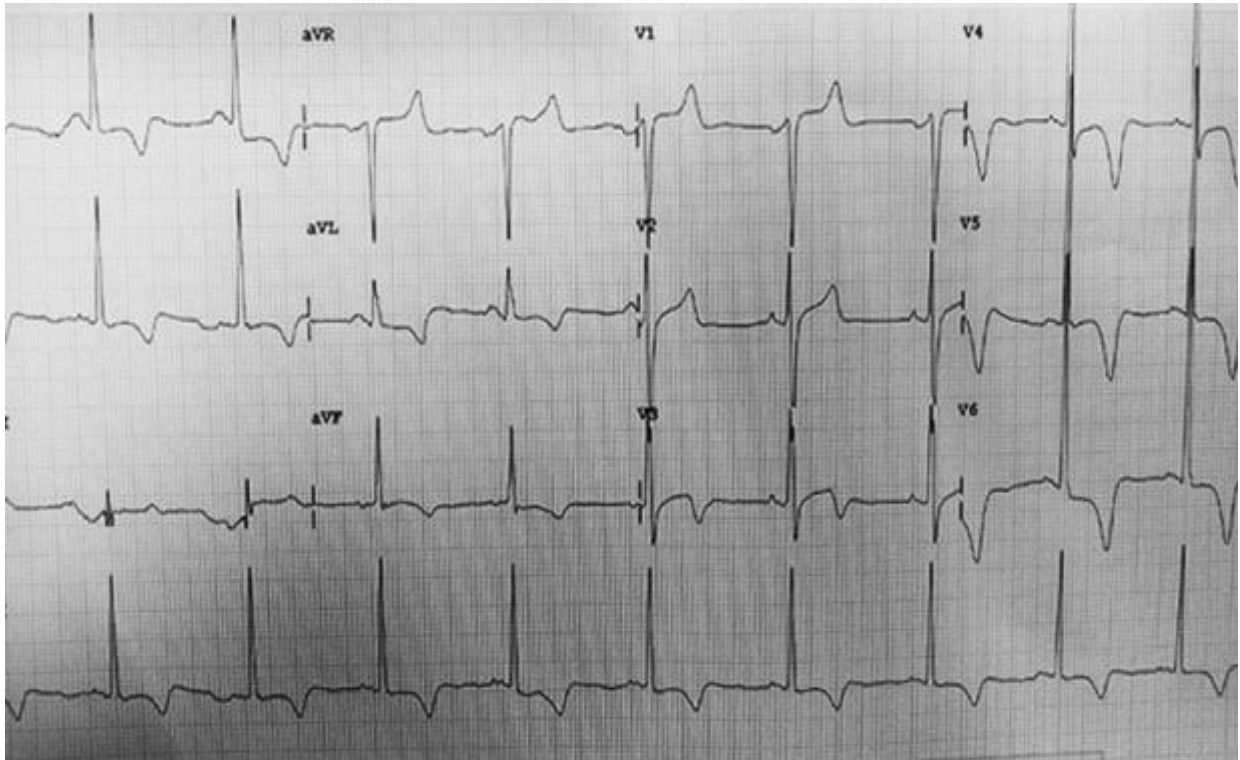
15. No traçado a seguir (reprodução de eletrocardiograma convencional, velocidade de 25 mm/s), identifica-se:



- a) uma taquiarritmia atrial.
- b) uma taquicardia ventricular.
- c) ritmo sinusal com bloqueio atrioventricular de 2º grau.
- d) ritmo sinusal sem alteração arritmica.
- e) dissociação atrioventricular.

- 16.** A partir das afirmações a seguir acerca da transmissão da Doença de Chagas, causa relevante de cardiopatia em nosso meio, considere as seguintes afirmações e escolha a opção correta:
- pode ocorrer pela ingestão de alimentos ou bebidas contaminadas com triatomíneos ou seus dejetos.
 - pode ocorrer por via transplacentária, da mãe infectada para seu feto ou recém nascido, durante a gestação ou o parto.
 - pode ocorrer por transfusão de sangue ou hemocomponentes de pessoas candidatas à doação, infectadas por T. cruzi.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- I, II e III
 - I e II
 - I e III
 - I
 - III
- 17.** Sobre as alterações eletrocardiográficas na doença de Chagas, **NÃO** é correto afirmar que:
- o bloqueio de ramo direito é o distúrbio de condução mais comum.
 - o bloqueio de ramo esquerdo é frequentemente observado.
 - Os BAV são comuns e podem ser a primeira manifestação da doença.
 - A disfunção do nó sinusal frequentemente se expressa por bradicardia e pode ocasionar episódios de bloqueio sinoatrial e paradas sinusais.
 - A fibrilação atrial constitui alteração mais tardia.
- 18.** De acordo com a Diretriz Brasileira de Ergometria, para o diagnóstico de doença arterial coronariana, algumas medicações devem ser suspensas, sob orientação do médico assistente, antes da realização do teste ergométrico, por interferirem em alguns parâmetros de análise. No caso da amiodarona, o tempo recomendado de suspensão antes da realização do exame é de:
- 48 horas
 - 5 dias
 - 10 dias
 - 15 dias
 - 30 dias
- 19.** Sobre a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), à ecocardiografia, em pacientes com cardiomiopatia hipertrófica, é correto afirmar que:
- em geral está diminuída.
 - FEVE < 0,50 indica pior prognóstico.
 - FEVE aumentada praticamente descarta a cardiomiopatia hipertrófica.
 - sua análise pelo ecocardiograma convencional está prejudicada nessa condição clínica.
 - aproximadamente 50% dos pacientes com essa condição têm FEVE diminuída.
- 20.** A periodicidade sugerida para o rastreio por ecocardiograma trans torácico de pacientes adultos assintomáticos, familiares de casos confirmados de cardiomiopatia hipertrófica é:
- a cada 6 meses
 - anual
 - a cada 2 anos
 - a cada 3 a 5 anos
 - a cada 8 a 10 anos

- 21.** Paciente, mulher, 45 anos, hipertensa não controlada, já com o diagnóstico prévio há cerca de 5 anos, sem queixas clínicas, deu entrada no seu consultório, para consulta de retorno, trazendo os exames que você havia solicitado, previamente. A mesma negava outras comorbidades associadas. Em uso prévio de Losartana 50 mg 12/12h. No exame físico: PA 140x90 mmHg Fc 80 bpm. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Eletrocardiograma trazido pela paciente:

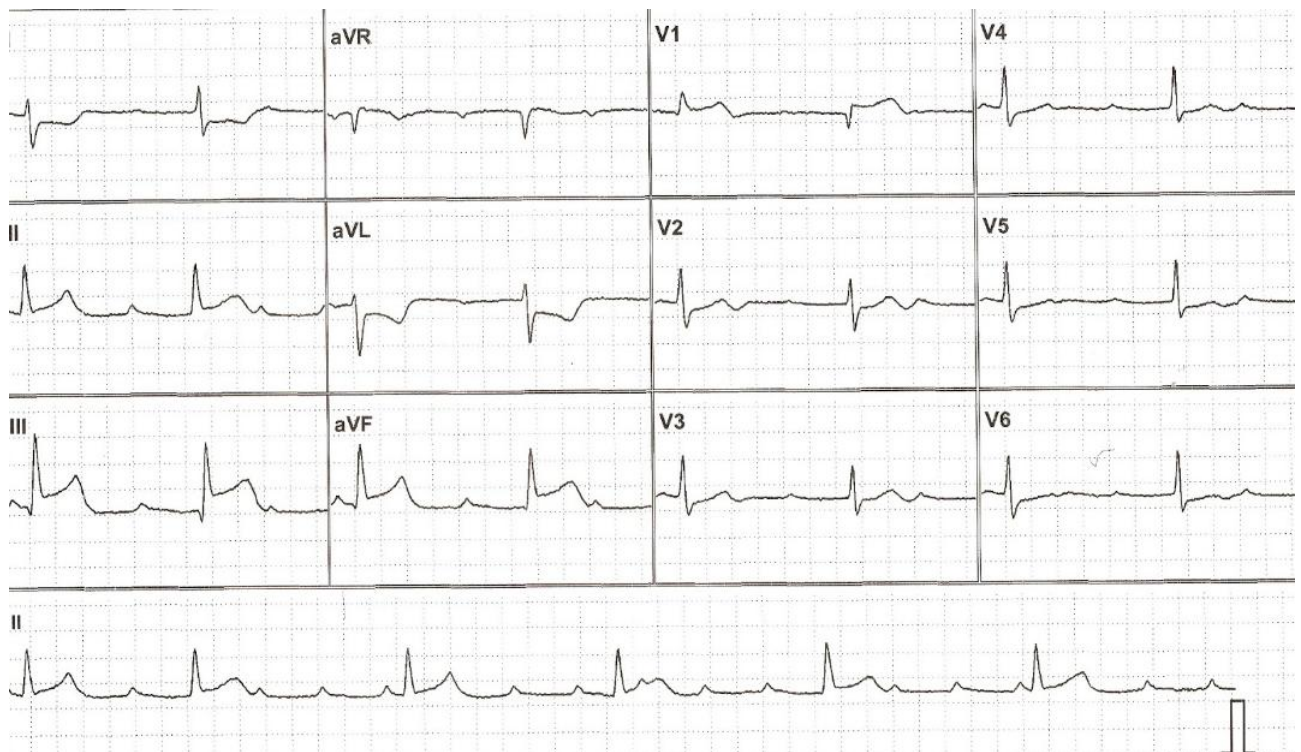


Fonte: <https://angomed.com/porta/> de actualidades médicas

Levando-se em conta o caso clínico acima, o risco cardiovascular dessa paciente e melhor decisão para o tratamento de hipertensão é:

- a) Risco baixo, manter Losartana 50 mg 12/12h.
- b) Risco baixo, trocar Losartana por Anlodipino 10 mg/dia.
- c) Risco moderado, associar um Bloqueador do receptor de angiotensina II (BRA) ou Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) + Bloqueador dos canais de cálcio diidropirídínicos.
- d) Risco Alto, associar um Bloqueador do receptor de angiotensina II (BRA) ou Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) + Bloqueador dos canais de cálcio diidropirídínicos (BCC).
- e) Risco alto, associar um Bloqueador do receptor de angiotensina II (BRA) ou Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) + Betabloqueador.

22. Paciente, sexo masculino, 60 anos, dá entrada na Unidade de Pronto Atendimento, a qual você estava de plantão, com queixa de precordialgia típica, em aperto, iniciada há cerca de 2 horas. AMP: HAS, DM2, Acidente vascular hemorrágico há 10 anos. Em uso: Atenol 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg/dia, Losartana 50 mg 12/12h. Exame físico: Eupneico em ar ambiente, Sat O² 98%. Ausculta cardíaca: bulhas cardíacas normofonéticas 2 tempos, sem sopros. Ausculta Pulmonar: Murmúrio Vesicular Presente Bilateralmente, sem ruídos adventícios. Sem edemas, Tempo de enchimento capilar > 3 segundos. Realizado eletrocardiograma em até 10 minutos:



Fonte: <https://tracosdeecg.blogspot.com/2016/08/como-diferenciar-sca-com-supra-de-st-da.html>

Nesse local que você trabalha, não dispõe de serviço de hemodinâmica, e para chegar ao hospital de referência cardiológica, para realização de tal exame, demora-se cerca de 2 horas e meia. A conduta que deve ser tomada nesse contexto, a fim de reduzir mortalidade é:

- a) deve-se realizar trombólise imediata, uma vez que o paciente se encontra na janela terapêutica, e o tempo para se chegar no serviço de hemodinâmica é maior que 120 minutos.
- b) deve-se realizar trombólise imediata, uma vez que o paciente se encontra na janela terapêutica, e o tempo para se chegar no serviço de hemodinâmica é maior que 90 minutos.
- c) deve-se realizar a transferência do paciente, para o local onde possui suporte de hemodinâmica.
- d) deve-se tratar com AAS, Clopidogrel, estatina, IECA, heparina de baixo peso molecular e beta-bloqueador e dar alta médica.
- e) deve-se realizar trombólise imediata, uma vez que o paciente se encontra na janela terapêutica, e o tempo para se chegar no serviço de hemodinâmica é maior que 150 minutos.

23. Paciente, 30 anos, residente de Cametá-PA, ribeirão, cujo a base alimentar consiste de açai, diariamente. Apresentou há 2 anos, diagnóstico confirmado de doença de Chagas agudo. Começou a fazer seguimento clínico de rotina, desde então, sendo evidenciado sorologia positiva para Chagas, por dois métodos sorológicos diferente. No momento da consulta, o mesmo encontra-se assintomático. NYHA I. E nega sintomas prévios de dispneia. Traz resultado de exames com os seguintes achados:

Eletrocardiograma: Ritmo sinusal, alteração difusa e inespecífica da repolarização ventricular e baixa voltagem.

Radiografia de Tórax: cardiomegalia, sem congestão.

Ecocardiograma: FE 41% hipocinesia ventricular difusa.

Holter 24 horas: Ritmo sinusal em todo o período. Extrassístoles ventriculares em salvas.

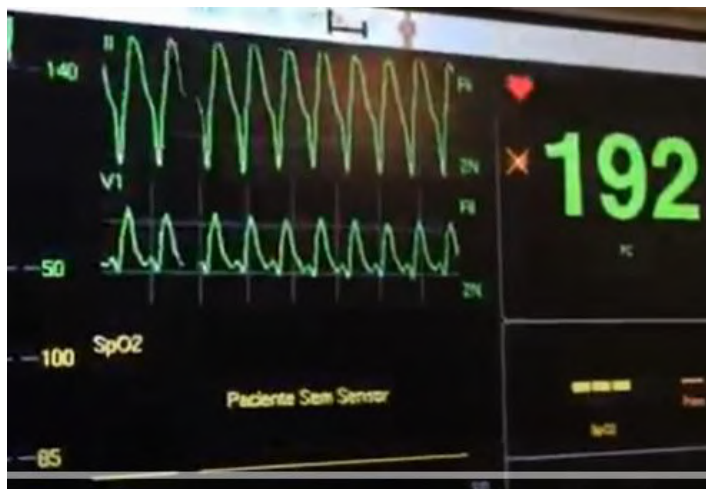
Dessa forma, segundo a Diretriz da SBC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas-2023, a classificação da doença de Chagas crônica em estágios evolutivos, desse paciente é:

- Ⓐ Estágio A
- Ⓑ Estágio B2
- Ⓒ Estágio B1
- Ⓓ Estágio C
- Ⓔ Estágio D

24. Mulher, 75 anos, hipertensa, diabética e tabagista. Apresentou Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST anterior. Sendo realizado revascularização via angioplastia com sucesso. Exame físico: Eupneico em ar ambiente, Sat O² 98%, NYHA I. Ausculta cardíaca: bulhas cardíacas normofonéticas 2 tempos, sem sopros. Ausculta Pulmonar: Murmúrio Vesicular Presente Bilateralmente, sem ruídos adventícios. Sem edemas, tempo de enchimento capilar > 3 segundos. Ecocardiograma videnciando Fração de Ejeção (FE): 39%, hipocinesia de parede anterior. Dessa forma, o melhor esquema medicamentoso, para prescrever à paciente, segundo a V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST, é:

- Ⓐ Enalapril, Carvedilol, Espironolactona, Rosuvastatina 20 mg, AAS 100 mg/dia, Clopidogrel 75 mg, esquema de insulinização, enquanto estiver internada.
- Ⓑ Enalapril, carvedilol, Rosuvastatina 20 mg, AAS 100 mg/dia, Clopidogrel 75 mg, esquema de insulinização, enquanto estiver internada.
- Ⓒ Enalapril, atenolol, espironolactona, Rosuvastatina 20 mg, AAS 100 mg, esquema de insulinização, enquanto estiver internada.
- Ⓓ Hidroclorotiazida, carvedilol, espironolactona, Rosuvastatina 20 mg, AAS 100 mg/dia, Clopidogrel 75 mg, esquema de insulinização, enquanto estiver internada.
- Ⓔ Apenas AAS 100 mg, Clopidogrel 75 mg e Rosuvastatina 20 mg é o suficiente, uma vez que o paciente já foi revascularizado.

25. Paciente, sexo masculino, 65 anos, hipertenso, diabético e dislipidêmico. Chega na emergência, com quadro clínico de precordialgia em aperto, com irradiação para mento, há 4 horas. Heart score 5. Eletrocardiograma de admissão com ritmo sinusal, alteração difusa e inespecífica de repolarização ventricular. Troponina convencional positiva. De repente, paciente com pulso, começou a apresentar o seguinte traçado do monitor.



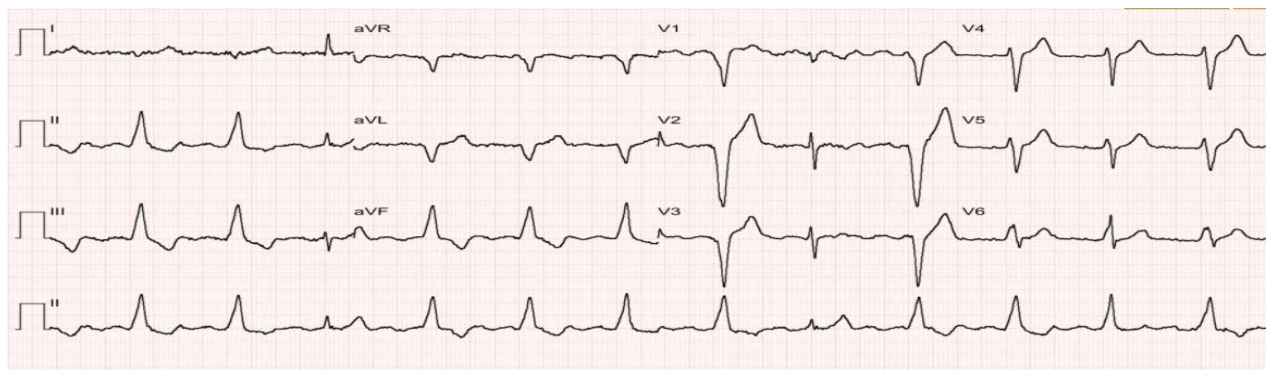
Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Assinale a alternativa correta.

- a) Por se tratar de um quadro de Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST, deve-se realizar AAS 300 mg, Clopidogrel 300 mg (ainda na emergência quando o cateterismo cardíaco for feito em mais de 24 horas), estatina de alta potência, IECA, beta-bloqueador oral nas primeiras 24h, heparina de baixo peso molecular subcutânea. E realização de cateterismo entre 24-72 horas.
- b) Deve-se realizar cardioversão elétrica sincronizada, e por se tratar de um quadro de Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST, deve-se realizar AAS 300 mg, heparina não fracionada, não pré tratar com o segundo antiagregante plaquetário e por se tratar de um paciente de muito alto risco, devido Taquicardia ventricular no monitor (critério de instabilidade elétrica), deve-se realizar o cateterismo cardíaco em até 2 horas.
- c) Por se tratar de um quadro de Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST, deve-se realizar AAS 300 mg, Clopidogrel 600 mg (ainda na emergência quando o cateterismo cardíaco for feito em mais de 24 horas), estatina de alta potência, IECA, beta-bloqueador oral nas primeiras 24h, heparina de baixo peso molecular subcutânea. E realização de cateterismo entre 24-72 horas.
- d) Por se tratar de um quadro de Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST, deve-se realizar AAS 300 mg, heparina não fracionada, não pré tratar com o segundo antiagregante plaquetário e por se tratar de um paciente de muito alto risco, devido Fibrilação ventricular no monitor (critério de instabilidade elétrica), deve-se realizar o cateterismo cardíaco em até 2 horas.
- e) Deve-se realizar amiodarona EV e por se tratar de um quadro de Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST, deve-se realizar AAS 300 mg, heparina de baixo peso molecular, não pré tratar com o segundo antiagregante plaquetário e por se tratar de um paciente de muito alto risco, devido Taquicardia ventricular no monitor (critério de instabilidade elétrica), deve-se realizar o cateterismo cardíaco em até 24 horas.
26. Paciente, 55 anos, hipertenso, diabético e tabagista, foi diagnosticado com quadro de Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST há 5 dias. Realizou cateterismo cardíaco, que demonstrou lesão de 80% em Descendente anterior proximal (DA), 70% em terço médio da circunflexa (CX) e 80% em terço médio da primeira marginal (de aspecto fino). Colocado Stent farmacológico em DA e CX, porém, não sendo possível revascularizar a primeira marginal, devido leito fino. Ao discutir com a equipe de cardiologistas clínicos, foi optado por manter o AAS e fazer a troca de clopidogrel por Ticagrelor. Nesse contexto, a melhor conduta é:
- a) trocar clopidogrel 75 mg, por Ticagrelor 90 mg 12/12h, sem necessidade de dose de ataque, antes.
- b) para trocar o clopidogrel 75 mg por Ticagrelor 90 mg 12/12h, deve-se primeiro fazer um ataque de 300 mg de clopidogrel, independente do tempo ou última dose do clopidogrel.
- c) para trocar o clopidogrel 75 mg por Ticagrelor 90 mg 12/12h, deve-se primeiro fazer um ataque de 180 mg de Ticagrelor, independente do tempo ou última dose do clopidogrel.
- d) para trocar o clopidogrel 75 mg por Ticagrelor 90 mg 12/12h, deve-se primeiro fazer um ataque de 600 mg de clopidogrel, porém, após 24 horas da última dose do clopidogrel.
- e) para trocar o clopidogrel 75 mg por Ticagrelor 90 mg 12/12h, deve-se primeiro fazer um ataque de 180 mg de Ticagrelor, porém, após 24 horas da última dose do clopidogrel.

- 27.** "A doença de chagas no século XXI mantém padrão epidemiológico de endemicidade em 21 países da região da América Latina, com aproximadamente 70 milhões de pessoas sob risco de exposição à infecção por *T. cruzi*" Marin-Neto, Rassi Jr et al. Diretriz da SBC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas – 2023. O tratamento etiológico do *Trypanosoma Cruzi* é indicado em diversos contextos, porém, devemos nos atentar para as contra-indicações. A alternativa que corresponde a uma fraca recomendação ao tratamento etiológico é:
- a) Megaesôfago com disfagia.
 - b) Doença na fase aguda.
 - c) Fase crônica em crianças.
 - d) Reativação.
 - e) Contaminação acidental.
- 28.** Paciente, 48 anos, sexo masculino, pardo, dá entrada no seu consultório para seguimento de comorbidades. De antecedentes, ele é hipertenso, diagnosticado há 5 anos. Refere que há cerca de 6 meses teve sua terapia medicamentosa modificada devido descompensação pressórica. O colega da UBS iniciou a seguinte terapia medicamentosa: Ramipril 10 mg, Nifedipino 20 mg 8/8h, Hidroclorotiazida 25 mg/dia, Espironolactona 25 mg/dia. Notou, que a partir de então, começou a apresentar hipertrofia gengival, sinal esse que está lhe incomodando muito e que correlaciona com a troca da sua terapia. A medicação que pode ter causado tal efeito colateral no paciente é:
- a) Espironolactona.
 - b) Ramipril.
 - c) Hidroclorotiazida.
 - d) Nifedipino.
 - e) A associação do Ramipril com a Hidroclorotiazida.
- 29.** Quanto a hipertensão secundária, marque a alternativa correta.
- a) O diagnóstico de feocromocitoma ou paraganglioma não necessita de comprovação do excesso de liberação de catecolaminas e a documentação anatômica do tumor.
 - b) A Apneia obstrutiva do sono em hipertensos resistentes, apresenta baixa prevalência e é pouco associada à HA secundária.
 - c) Em Hiperaldosteronismo Primário por hiperplasia, o tratamento é realizado com antagonistas do sistema renina angiotensina aldosterona.
 - d) A investigação laboratorial do hiperparatireoidismo é feita pela dosagem de calcemia (cálcio total e/ou iônico), fósforo, PTH e cálcio total em urina de 24h. É importante dosar e repor vitamina D (principalmente se < 20 ng/dL) para excluir hiperparatireoidismo secundário a deficiência de vitamina D do hiperparatireoidismo primário normocalcêmico.
 - e) A síndrome de Cushing iatrogênica (pelo uso de corticoide exógeno) é relativamente rara, ao contrário da síndrome de Cushing endógena que se mostra mais comum.

- 30.** Mulher, 60 anos, da entrada na emergência com queixa de precordialgia em caráter "rasgando", classificada em 10 (em uma escala de 1 a 10), iniciada subitamente, há 1 hora. Dor essa que irradia para dorso. AMP: Síndrome de Marfan e hipertensa. AMF: desconhece. Exame físico: Regular estado geral, Glasgow 15. Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente bilateral sem ruídos adventícios. Ausculta Cardíaca: Bulhas cardíacas normofonéticas 2 tempos com sopro diastólico aórtico. PA 220x120 MMHG, Sem edemas. Rx de Tórax: alargamento de mediastino, Troponina: positiva Eletrocardiograma: Sinusal, taquicardica Fc 120bpm. A conduta medicamentosa imediata mediante essa paciente em questão e a meta pressórica e de frequência cardíaca desejada como resposta terapêutica são:
- Ⓐ Nitroglicerina EV, AAS 300 mg, Clopidogrel 300 mg, Enoxaparina 1mg/kg 12/12h. Meta de Fc<70 bpm e meta de PA sistólica < 130 mmHg na primeira hora.
 - Ⓑ Morfina para controle algico, primeiro Metoprolol EV, após isso, Nitroprussiato de sódio. Meta de Fc<60 bpm e Meta de PA sistólica < 120mmHg na primeira hora.
 - Ⓒ Morfina para controle algico, primeiro Nitroprussiato de Sódio para obter a meta pressórica o mais rápido possível, após isso, Metoprolol EV. Meta de Fc<60 bpm e Meta de PA sistólica < 120mmHg na primeira hora.
 - Ⓓ Morfina para controle algico, primeiro Nitroprussiato de Sódio. Meta de Fc<60 bpm e Meta de PA sistólica redução de 25% na primeira hora.
 - Ⓔ Morfina para controle algico, primeiro Hidralazina Endovenosa. Meta de Fc<60 bpm e Meta de PA sistólica redução de 25% na primeira hora.
- 31.** "O Infarto Agudo do Miocárdio é a maior causa de mortes no país. Estima-se que, no Brasil, ocorram de 300 mil a 400 mil casos anuais de infarto e que a cada 5 a 7 casos, ocorra um óbito. Para diminuir o risco de morte, o atendimento de urgência e emergência, nos primeiros minutos, é fundamental para salvar uma vida." (Ministério da Saúde). Levando em consideração as informações do texto assinale a alternativa correta.
- Ⓐ A fase pré-hospitalar é caracterizada por ser demorada, especialmente em pacientes idosos.
 - Ⓑ A valorização, pelo paciente, dos sintomas de dor torácica como sendo de infarto (ao considerar que infarto é sempre um quadro de elevada gravidade), faz com que os atendimentos ao infarto sejam rápidos.
 - Ⓒ Na prática clínica, cerca de 40% desses pacientes chegam ao setor de emergência com até 4 horas após o início dos sintomas.
 - Ⓓ São características de risco para manifestação atípica de infarto agudo do miocárdio: Hipertensão, Doença Renal Crônica e pacientes jovens.
 - Ⓔ Estudos de fibrinólise pré-hospitalar realizados em diferentes países demonstraram que esse procedimento não é factível apesar de reduzir o tempo para administração do fibrinolítico.
- 32.** Quanto ao tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, especificamente sobre o tratamento farmacológico intra-hospitalar, a alternativa que corresponde as indicações na V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com Supradesnível do Segmento ST é:
- Ⓐ pacientes utilizando, rotineiramente, anti-inflamatórios não hormonais, tanto COX-2 seletivos como não seletivos, podem manter esses agentes na admissão.
 - Ⓑ o uso de anticoagulantes orais no Pós IAM, não está indicada, pois não foi associada a redução de taxas de reinfarto e AVC.
 - Ⓒ estudos histoquímicos em pacientes que tiveram morte súbita durante a evolução de IAM demonstraram que houve redução do magnésio intracelular miocárdico. Por isso a reposição pode ser uma opção em pacientes com risco de choque.
 - Ⓓ o uso do nitrato no infarto é indicado, pois o estudo GISSI-3 analisou a mortalidade em 6 semanas do uso de nitroglicerina IV seguida do uso de nitrato transdérmico e demonstrou benefício na redução de mortalidade.
 - Ⓔ os betabloqueadores, melhoram a perfusão miocárdica (aumentam o fluxo subendocárdico e o fluxo das colaterais), e tais ações são responsáveis por reduzir as taxas de ruptura miocárdica, limitar o tamanho do infarto e melhorar a função cardíaca.

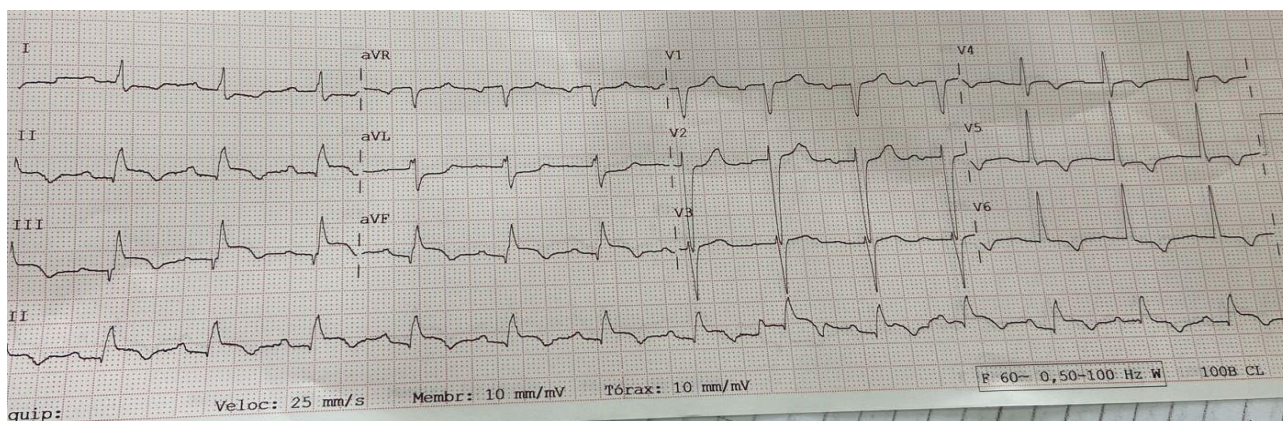
33. Você está em atendimento em uma UPA localizada há 300km de uma grande cidade, quando atende um paciente de 59 anos, com quadro de dor precordial iniciada há 7 horas, associada a sudorese fria e diaforese. Ao exame físico apresenta ainda Pressão arterial 90 x 70mmHg, FC 72bpm, glicemia capilar 180mg/dl, ausculta cardíaca bulhas hipofonéticas e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos patológicos, SatO₂ em oxímetro digital = 96%. Realizou o ECG a seguir em menos de 10 minutos.



Fonte Acervo Pessoal

A melhor conduta levando em consideração os dados do caso clínico e o ECG acima é:

- iniciar oxigênio terapia com cateter de O₂, AAS, Clopidogrel, Nitrato Sublingual e aguardar o resultado de marcadores de necrose miocárdica.
 - realizar Trombólise com Fibrinolítico IV em menos de 30 minutos após a admissão do paciente.
 - é considerado contra indicação absoluta infusão de fibrinolíticos em paciente com risco de Parada Cardiorrespiratória (PCR).
 - realizar a transferência para Hospital com serviço de hemodinâmica 24h para realização de angioplastia Primária.
 - monitorização, noradrenalina, oxigenioterapia, AAS, clopidogrel e realizar transferência assim que possível para realização de cateterismo coronariano em até 24h após início dos sintomas.
34. Paciente chega a sala de emergência, em um hospital de referência em atendimento de emergências cardiológicas, após avaliação da triagem, com quadro de desconforto torácico inespecífico, iniciado há 3h. Diabético e hipertenso, diz ter parado as medicações para diabetes há 3 dias, pois a glicemia estava normal.

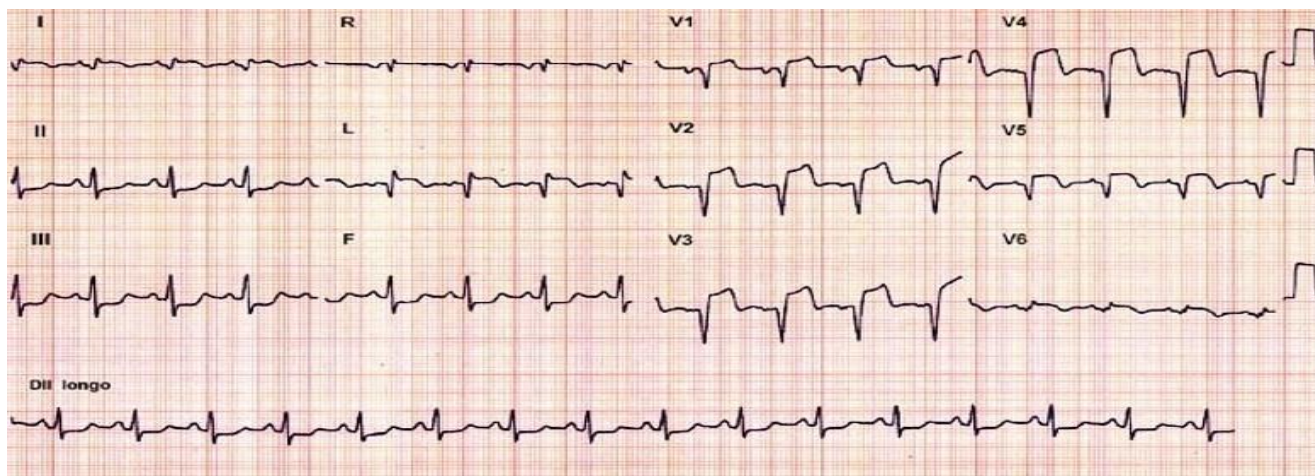


Fonte: Acervo Pessoal

Qual das alternativas abaixo traz uma conduta mais adequada ao caso? Ventrículo Direito (VD), Ventrículo Esquerdo (VE).

- deve ser realizado novo ECG com V3R e V4R, para confirmar infarto de VD, pois evidências sugerem mortalidade de 6% para pacientes com IAM inferior isolado e de 31% para pacientes com IAM inferior complicado sem acometimento de VD.
- a perfusão coronária do VD ocorre isoladamente na diástole. O VD apresenta relação menos favorável entre oferta/demanda de oxigênio que o VE, pelo maior fluxo colateral proveniente do sistema esquerdo.
- fatores que aumentam a pré-carga, podem melhorar o débito do VD, mas aumentam o risco de fibrilação atrial.
- turgência de veias jugulares isolada ou a presença do sinal de Kussmaul são sensíveis e específicas para a isquemia do VD em pacientes com infarto inferior.
- achados que ajudam a excluir infarto de VD são: maior elevação do segmento ST na derivação DIII do que em DII, presença de Bloqueio de Ramo Direito (BRD) e BAV de segundo e terceiro grau.

35. Paciente chega ao serviço de urgência cardiológica vindo de cidade do interior com 24h de viagem, apresentando sonolência. Ao exame físico apresentando pulsos finos, frequência cardíaca 115bpm, PA: 87 x 56 mmHg, ausculta cardíaca com bulhas discretamente hipofonéticas ritmo regular sem sopro, frequência respiratória 22 irpm, ausculta pulmonar sem estertores, ausência de turgência jugular, enchimento capilar 6 segundos e o ECG a seguir:



Marque a alternativa que melhor se adequa a conduta para o caso acima.

- a) A melhor conduta é iniciar dopamina, fazer furosemida 1mg/kg, ofertar O₂.
- b) Iniciar betabloqueador, furosemida 1mg/kg e ventilação não invasiva.
- c) Fazer ressuscitação volêmica titulada, com 250ml de SF 0,9% e reavaliação após cada intervenção.
- d) Iniciar Noradrenalina, IECA, AAS, clopidogrel, enoxaparina, furosemida e O₂.
- e) Iniciar Dobutamina, noradrenalina suspender IECA, Betabloqueador.

36. Quanto ao diagnóstico, tratamento e diagnóstico diferencial das Síndromes Coronarianas sem Supra, é correto afirmar que:

- a) os pacientes com MINOCA, apesar da elevação da troponina em curva, os pacientes apresentam mortalidade menor que no IAM sem supra.
- b) os critérios diagnósticos para MINOCA são: IAM, documentação angiográfica com ausência total de DAC e nenhuma causa clinicamente evidente não coronariana que justifique a apresentação aguda.
- c) o restabelecimento da perfusão é responsável por interrupção imediata de lesão miocárdica, principalmente em situações de oclusão total da coronária.
- d) os idosos na SCASSST, em vez de dor, frequentemente apresentam os chamados "equivalentes isquêmicos", como dispneia, mal-estar, confusão mental, síncope ou edema pulmonar.
- e) o ECG deve ser repetido nos casos não diagnósticos, pelo menos uma vez, em até 6h.

37. Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021, analise as afirmativas abaixo.

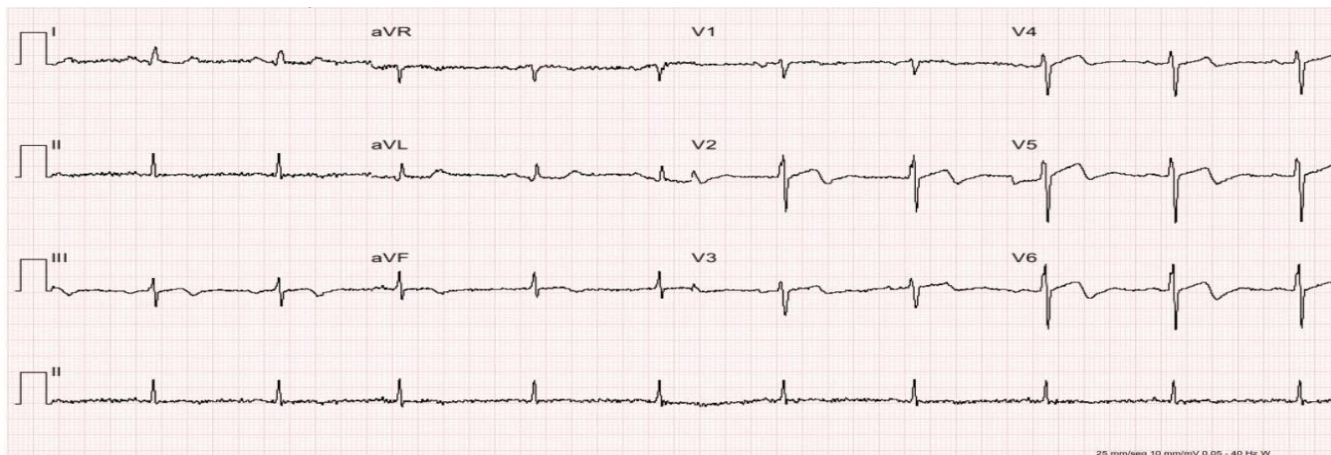
- I. Já foi demonstrado que, em hospitais de zona rural, enfermeiros emergencistas apresentaram alto nível de acurácia, reduzindo tempo de espera e tempo de permanência sem comprometer a segurança dos pacientes.
- II. O escore HEART avalia o risco de um evento cardíaco maior (infarto, necessidade ou revascularização ou morte) em 6 semanas, após sua apresentação inicial em pacientes atendidos com dor torácica.
- III. O escore GRACE original fornece uma estimativa de óbito intra-hospitalar ou óbito e IAM em 6 meses após a alta e, posteriormente, o escore também foi validado para estimativa de risco de 1 e 3 anos.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I
- b) I e III
- c) II e III
- d) I e II
- e) I, II e III

Leia o caso clínico abaixo, para responder as questões 38 e 39.

Você é acionado para atender um paciente de 70 anos, com queixa de dor precordial em aperto e dispneia. A dor iniciou há aproximadamente 24h mas com piora na última hora. Ao exame físico foi observado, presença de B3, hipotensão e estertores crepantes em base bilateralmente, Sat periférica de O₂ 89%, pressão arterial 87 x 55 mmHg. O ECG foi realizado em 10 minutos.



Fonte: Acervo pessoal

38. A conduta necessária a ser tomada no caso acima é:

- a) administrar AAS 300mg, Heparina, Ventilação Invasiva, Noradrenalina e encaminhar para cineangiocoronariografia em até 2h.
- b) administrar AAS 300mg, Clopidogrel 300mg, Heparina e ventilação não invasiva, furosemida IV, Noradrenalina IV, e programar cateterismo para próximas 24h.
- c) administrar AAS 300mg, Clopidogrel 300mg, Heparina e não retardar Oxigenioterapia por Cateter (grande impacto de redução de mortalidade), furosemida IV, Noradrenalina e programar cateterismo nas próximas 24h.
- d) administrar AAS 300mg, Heparina, Ventilação Invasiva, Noradrenalina e encaminhar para cineangiocoronariografia em até 24h.
- e) administrar AAS 300mg, Clopidogrel 600mg, Heparina e ventilação não invasiva, furosemida IV, Noradrenalina IV, e programar cateterismo para próximas 2h.

39. Ainda com relação ao caso clínico acima assinale a alternativa correta.

- a) A morfina não poderia ser utilizada, com objetivo de redução da dor anginosa, pois foi associada a redução de ação dos antiagregantes P2Y12.
- b) Pacientes que fizeram uso de tadalafila e sildenafil não podem usar nitrato nas próximas 48h.
- c) O tratamento com nitrato intravenoso deverá ser suspenso em até 24h da última dor anginosa.
- d) Caso o paciente apresente fibrilação atrial, poderia ser utilizado a edoxabana + DAPT por 12 meses.
- e) Em pacientes com angina instável, sem instabilidade hemodinâmica, o uso de betabloqueador é o antianginoso de escolha, mas sem redução de mortalidade.

40. Quanto ao planejamento e condutas de alta e pós alta hospitalar no paciente com infarto agudo do miocárdio assinale a alternativa correta.

- a) O paciente após a alta hospitalar pode retornar imediatamente as suas atividades laborais, de exercícios físicos e sexual. Essas atividades devem ser estimuladas pois é comum o desenvolvimento de depressão pós infarto.
- b) A cessação do tabagismo deve ser estimulada, podendo-se iniciar a bupropiona no paciente ainda internado, pois nesse tipo de situação clínica foi associada a redução de mortalidade.
- c) Nos pacientes submetidos ao teste ergométrico, que apresentem alteração eletrocardiográfica ou sintomas sugestivos de isquemia ao esforço, o limite deve estar, em geral, em 10 batimentos a menos que o de início do sintoma ou da alteração de ST.
- d) Em pacientes admitidos com SCA nos quais foi administrado clopidogrel e que se deseja trocar para ticagrelor nos primeiros 30 dias, não é necessária ser feita dose de ataque de 180mg deste, independentemente do momento e da dose do clopidogrel administrada.
- e) O uso de monoterapia com ticagrelor pode ser realizada com ticagrelor, após 30 dias do evento.

Leia a manchete abaixo para responder a questão 41.



Manejo da hipertensão • Notícia

12 por 7 é "pré-hipertensão"? Diretriz europeia traz novo parâmetro para pressão elevada; especialistas comentam

Atualizações apresentadas no documento não são consenso entre os profissionais. Padrão brasileiro classifica como normal a medida inferior a 13 por 8, mas pode ser alterado no próximo ano

24/10/2024 - 16h53min

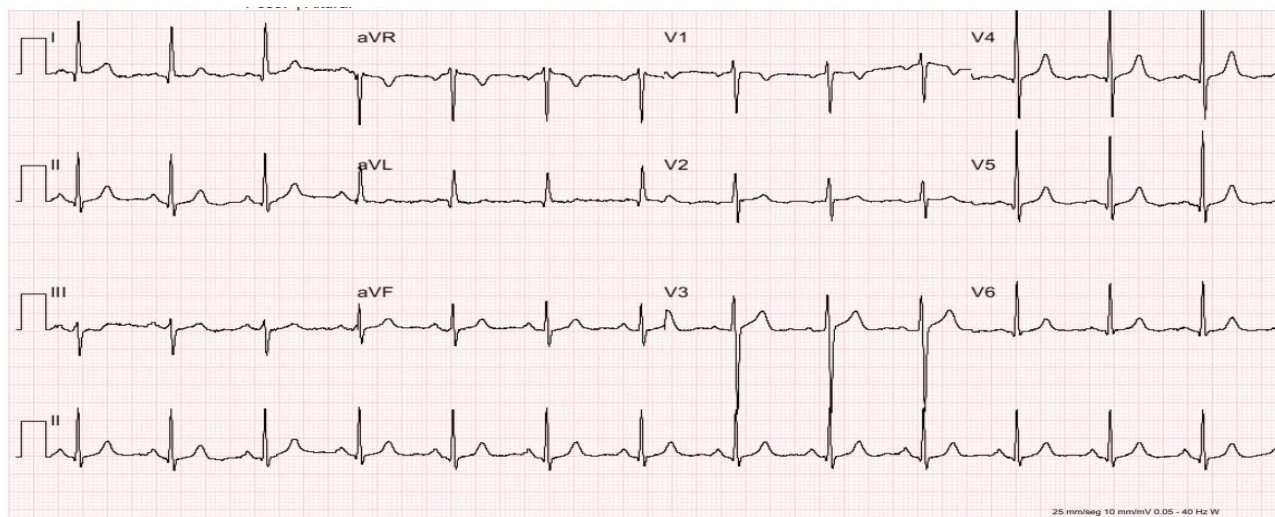


JHULLY COSTA
Enviar email

41. Recentemente os pacientes têm ficado preocupados com a veiculação na mídia dos novos valores de pressão arterial elevada adotados pela Sociedade Europeia de Cardiologia. Levando em consideração as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020 assinale a alternativa correta.

- a) Pressão arterial normal, entre PAS 120mmHg e 129 mmHg são capazes de gerar proteção cardiovascular.
- b) A pressão central (aórtica, carotídea) não corresponde à pressão periférica (braquial), devido à amplificação de pulso que ocorre da aorta para a periferia e é mais relevante para a patogênese das doenças CV que a pressão periférica.
- c) A velocidade de onda de pulso, pode contribuir com a estratificação de risco de pacientes hipertensos, quando encontrados aumentos de 2m/s ou mais.
- d) Nos pacientes hipertensos, a vasoconstrição estimulada pelos peptídeos, como as angiotensinas de 1-7, está exacerbada levando a aumento da resistência vascular.
- e) Deve se ter cuidado com pressões arteriais muito reduzidas (menores que 100 x 75mmHg), pois foram associadas a aumento de eventos cardiovasculares.

42. Mulher de 43 anos, sem antecedentes, procura o cardiologista para avaliação de prevenção. No consultório apresenta PA 138 x 85 no braço direito e 130 x 80 no braço esquerdo, realiza o ECG no consultório. A conduta a ser tomada neste caso é:



- a) a paciente deve realizar MAPA ou MRPA, que se demonstrarem os mesmos níveis pressóricos de consultório, deve ser orientado mudança no estilo de vida e reavaliação com 3 meses.
- b) há necessidade de realização dos exames obrigatórios em hipertensão arterial sendo eles: Análise de Urina, Sódio plasmático, Potássio plasmático, Ureia plasmática, Creatinina plasmática, glicemia de jejum, estimativa da filtração glomerular, colesterol total, HDL e triglicerídeos, ácido úrico plasmático.
- c) MAPA ou MRPA devem ser solicitados, para excluir hipertensão mascarada, e então guiar a decisão do tratamento farmacológico.
- d) a realização de ecocardiograma é de extrema importância para definição da estratégia de tratamento.
- e) iniciar o tratamento com monoterapia, está de acordo com as Diretrizes, e complementar a pesquisa por lesões de órgãos alvo.

- 43.** No tratamento da hipertensão a participação da equipe multiprofissional é extremamente importante. Sobre este assunto assinale a alternativa correta.
- a** A enfermagem é vedada realizar consulta de enfermagem e procedimentos, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão.
 - b** A orientação nutricional deve ser centrada nas mudanças de impacto na diminuição da PA: perda de peso, aumento do consumo de frutas e vegetais e parada do consumo de sódio.
 - c** Deve-se considerar que o processo educativo e as mudanças de atitudes apesar de rapidamente aceitos, para o alcance das metas a uniformização da linguagem e a prática de uma comunicação clara, objetiva e equilibrada se faz necessário.
 - d** Atividades pontuais, como Campanhas de Prevenção e Combate à Hipertensão, são estratégias eficientes e importantes para que os pacientes recebam informações de saúde. Os profissionais de educação física e fisioterapia têm atuação importante nesse contexto.
 - e** No contexto da atenção primária ao hipertenso, compete ao médico realizar: diagnóstico, estratificação de risco, conduta terapêutica não farmacológica e farmacológica, pelo menos duas vezes por ano.
- 44.** Com relação a escolha do tratamento farmacológico, assinale a alternativa correta:
- a** Atenolol foi associado a um aumento de risco de AVE em 26% e a mortalidade geral em 8%, ambos estatisticamente significantes.
 - b** Os BB não podem ser prescritos para mulheres em idade fértil.
 - c** Em casos selecionados é desejável fármaco anti-hipertensivo manipulado.
 - d** Em caso de não atingimento da meta, dobrar a dose do diurético é a melhor estratégia.
 - e** Usar bloqueador de canal de cálcio em pacientes com DAC é recomendada, a menos que o paciente apresente angina refratária.
- 45.** Durante consulta ambulatorial, paciente sexo masculino, 75 anos, relata ter procurado atendimento em serviço de urgência para tratamento de crise hipertensiva (180 x 100mmHg). Onde foi prontamente atendido com uso de furosemida e clonidina IV, obtendo-se pressão arterial 110 x 70 em aproximadamente 1h e sendo liberado logo em seguida. A melhor conduta neste caso é:
- a** nas crises hipertensivas deve ser avaliada a possível lesão de órgão alvo aguda, o que caracteriza uma emergência hipertensiva, que de forma geral recomenda-se uma redução para níveis menores que 140 x 90 mmHg na primeira hora.
 - b** caso o paciente estivesse em vigência de acidente vascular cerebral isquêmico a redução inicial da PA em 15% pode ser aplicada nos casos de PA muito elevada (\geq 220/120 mm Hg).
 - c** a encefalopatia hipertensiva é uma EH neurológica caracterizada por sinais e/ou sintomas de edema cerebral secundário à elevação súbita e/ou mantida da PA, O objetivo do tratamento consiste em diminuir a PA de forma rápida e intensa porque manutenções da elevação podem provocar hipoperfusão cerebral e perda do mecanismo de autorregulação cerebral.
 - d** em casos associados a Hemorragia craniana, a elevação da PA aumenta o risco de expansão do hematoma e o risco de morte, além de piorar o prognóstico da recuperação neurológica, por reduzir a PA abaixo de 140 mmHg nas primeiras horas apresenta benefícios para diminuir mortalidade ou incapacidade grave.
 - e** a EH com EAP deve ser preferencialmente controlada em UTI, com medicação IV, monitoramento e diminuição imediata da PA. O uso de diurético de alça também diminui a sobrecarga de volume e, conseqüentemente, a PA.

- 46.** Apesar da descoberta por Carlos Ribeiro Justiniano Chagas em 1909, da patologia causada pelo protozoário parasita *T. cruzi*, a doença ainda é muito relevante no meio médico. Sobre este assunto assinale a alternativa correta.
- a** A doença de Chagas em 2022 deixou de integrar o grupo de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Segue no século XXI acometendo principalmente pessoas com maior vulnerabilidade social.
 - b** A transmissão também pode ocorrer por diversos meios, como contaminação oral e picada do barbeiro. Apesar de dados sobre transmissões em transfusões não há relatos de contaminação com compartilhamento de agulhas/seringas contaminadas por pessoas em uso de drogas ilícitas.
 - c** A sua fase aguda, pode durar dias e semanas, geralmente com expressão clínica leve ou assintomática, e uma fase crônica. Estima-se que 30-40% das pessoas infectadas não tratadas desenvolvem síndromes clínicas graves na fase crônica, às vezes fatais, ao longo de suas vidas.
 - d** A infecção por COVID em pacientes portadores de Chagas, não possui diferenças significativas na apresentação clínica e nos desfechos de casos comparação a controles.
 - e** Quanto as principais hipóteses patogênicas da cardiopatia crônica estão danos diretos aos tecidos induzidos por parasita e distúrbios microvasculares, mas diferentemente do acometimento gastro intestinal não apresentam danos indiretos inflamatórios/imunológicos aos tecidos e distúrbios neurogênicos.
- 47.** São aspectos da Cardiopatia Chagásica Crônica (CCDC):
- a** as observações necroscópicas sugerem fortemente a participação da isquemia microvascular na gênese dos focos inflamatórios e da miocitólise, que levam a fibrose reparadora e que são as características histopatológicas fundamentais da CCDC.
 - b** a fibrose miocárdica regional, que leva à progressão da disfunção sistólica do VE na CCDC é secundária a lesão macrovascular do miocárdio.
 - c** a denervação autonômica cardíaca é característica secundária da CCDC e foi descrita pela primeira vez em estudos de autópsia em humanos mostrando intenso despovoamento neuronal intramural, superior ao observado em qualquer outra doença cardiovascular.
 - d** já o dano cardíaco na CCDC pode resultar das alterações fundamentais de inflamação ou necrose ou fibrose, que o *T. cruzi* provoca, indiretamente, no tecido especializado de condução, no miocárdio contrátil e no sistema autonômico intramural.
 - e** na fase crônica, apenas uma pequena parte dos indivíduos não apresentam sintomas e os exames complementares de rotina, relacionados ao coração geralmente demonstram alterações.

- 48.** Uma das situações mais importantes e que apresenta com maior falha prática clínica é o diagnóstico sorológico da Doença de Chagas (DC). Com base nisso assinale a alternativa correta.
- a** A OMS determina que um teste positivo, tais como Imunofluorescência Indireta (IFI), Hemaglutinação Indireta (HAI), Ensaio Imunoenzimático (ELISA) é o padrão ouro para diagnóstico de DC.
 - b** Dois testes positivos (reagentes) indicam que o paciente é soropositivo, ou seja, que o paciente apresenta anticorpos anti-T. cruzi por duas metodologias diferentes, o que significa que é infectado pelo T. cruzi.
 - c** A queda progressiva da concentração de anticorpos maternos no recém-nascido infectado, em torno do 3º mês de idade, pode corresponder com resultado indeterminado.
 - d** Os casos indeterminados são frequentes, o médico, após avaliar os dados epidemiológicos e clínicos, pode adotar as seguintes atitudes: avaliar se o paciente foi submetido a tratamento específico anteriormente e verificar se houve antecedentes de leishmaniose tegumentar ou de outras doenças, em particular, as autoimunes.
 - e** Na fase aguda, o diagnóstico laboratorial é realizado pela pesquisa pelo método Elisa do parasito ou Eletroquimioluminescência (ECLIA) em plataforma automatizada, assim como testes rápidos.
- 49.** Paciente assintomático, sexo masculino, 65 anos, em acompanhamento ambulatorial, de paciente que apresentou doença de chagas e evoluiu com a forma indeterminada, o paciente volta com exame de Holter, demonstrando QRS de baixa amplitude, com função segmentar discretamente alterada pelo ecocardiograma e fração de ejeção 49% por SIMPSON. O paciente muito ansioso com os resultados do exame quer saber o significado clínico dessas alterações. A alternativa que melhor explica o que o paciente deve entender é:
- a** o paciente evoluiu da forma indeterminada para cardiopatia chagásica, o que pode ocorrer em até 30% dos casos. Apresenta Risco intermediário.
 - b** o paciente não precisa se preocupar, pois o ecocardiograma não evidenciou presença de aneurismas ventriculares apresentam-se de forma variável, desde tamanho diminuto, com conformação digitiforme (em "dedo de luva"), até grandes aneurismas apicais ("saculares"), que são o diagnóstico ecocardiográfico da cardiopatia chagásica.
 - c** como o paciente não apresenta presença de classe funcional III ou IV da NYHA que, per se, identifica casos de alto risco, uma vez que praticamente todos esses pacientes apresentam disfunção ventricular sistólica ao ECO e TVNS ao Holter, ele não deve ficar preocupado.
 - d** a dissincronia ventricular coloca o paciente em alto risco, sendo mais relevante que o escore de RASSI.
 - e** felizmente, estão quase totalmente esclarecidos os fatores que levam cerca de 30% dos indivíduos na FIDC a desenvolverem CCDC. Tais como: idade; sexo masculino; origem geográfica; intensidade da carga parasitária. Não foram provados aspectos genéticos do hospedeiro.

50. Com relação a arritmia ventricular no paciente com Cardiopatia Crônica da Doença de Chagas, analise as afirmativas que correspondem as evidências presentes na Diretriz da SBPC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas – 2023, e marque a alternativa correta.

- I. A TVNS acomete 42% dos pacientes com CCDC sem IC e 89% daqueles com IC, uma prevalência semelhante a cardiopatia isquêmica.
- II. Quando a TVNS está associada à disfunção ventricular esquerda (global ou segmentar), achado relativamente comum na CCDC, aumenta o risco de óbito em 15 vezes se comparada a pacientes sem TVNS e com função ventricular normal.
- III. O tratamento de escolha para a TVNS, no cenário do paciente com fração de ejeção reduzida, tem indicação preferencial de um betabloqueador seletivo (succinato de metoprolol, carvedilol ou bisoprolol) associado ou não à amiodarona, decisão que deverá ser individualizada e compartilhada com o paciente.
- IV. A indicação de CDI para prevenção primária de morte súbita cardíaca é fração de ejeção menor que 35% e/ou TVNS com síncope ou pré-síncope de provável etiologia cardíaca e indução de TVS hemodinamicamente instável ao EEF.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a I e IV
- b II e III
- c II e IV
- d I e III
- e I, II, III e IV



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025

Grupo J: Pré-Requisito: Cardiologia

Especialidade: Hemodinâmica.

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	