



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026

NOME COMPLETO

BOLETIM DE QUESTÕES

Nº DE INSCRIÇÃO

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

LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTE 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.

EMBRPE-SE

- LEMBRE-SE**

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

BOA PROVA

PROGRAD – Pró-Reitoria de Graduação
DAA – Diretoria de Acesso e Avaliação

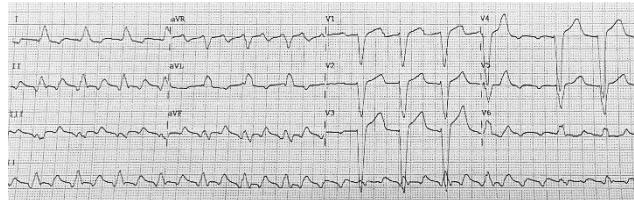
Belém – Pará
Janeiro de 2026

1. O mecanismo de término de uma taquicardia supraventricular reentrante por verapamil endovenoso é:
 - a) bloqueio da condução pela via acessória.
 - b) redução da formação do impulso no nó sinusal.
 - c) bloqueio da condução sinoatrial.
 - d) bloqueio do sistema His Purkinje.
 - e) bloqueio da condução pelo nó atrioventricular.
2. Espera-se, regra geral, que a adenosina endovenosa produza o término da seguinte taquiarritmia:
 - a) taquicardia mediada por reentrada nodal
 - b) taquicardia atrial
 - c) flutter atrial
 - d) fibrilação atrial
 - e) taquicardia ventricular polimórfica
3. Pode-se dizer atualmente que o nível de pressão arterial sustentado, a partir do qual se considera hipertensão arterial sistêmica, é, em mmHg, respectivamente para pressão arterial sistólica e diastólica:
 - a) 120/80
 - b) 130/80
 - c) 135/85
 - d) 140/90
 - e) 150/85
4. No Bloqueio Divisional Posteroinferior esquerdo (BDPI), ao eletrocardiograma, os complexos QRS são predominantemente negativos nas seguintes derivações:
 - a) D1 e aVL
 - b) D2, D3 e aVF
 - c) D1 e AVF
 - d) D2, D3 e AVR
 - e) aVL e aVF
5. A associação de sobrecarga atrial esquerda com sobrecarga ventricular direita é classicamente observada, entre as opções a seguir, na seguinte valvulopatia:
 - a) insuficiência mitral
 - b) estenose mitral
 - c) insuficiência tricúspide
 - d) insuficiência aórtica
 - e) estenose aórtica

6. Constitui critério consensual (classe 1), isoladamente e independentemente da idade em que ocorre, para indicação de Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI) em paciente com cardiomiopatia hipertrófica:
 - a) história familiar de morte súbita.
 - b) presença de realce tardio > 15% à ressonância magnética do coração.
 - c) taquicardia ventricular sustentada.
 - d) aneurisma apical.
 - e) fração de ejeção do ventrículo esquerdo < 0,50.

Para responder às questões de 7 a 10, considerar os 4 traçados a seguir (reprodução de eletrocardiograma convencional de 12 derivações, à velocidade de 25 mm/s).

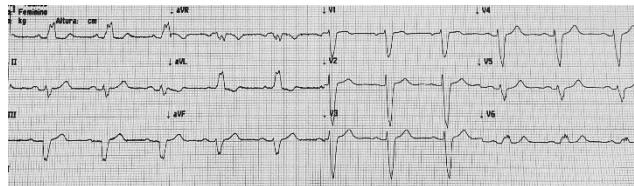
1º traçado



7. Sobre o 1º traçado, é correto afirmar que:

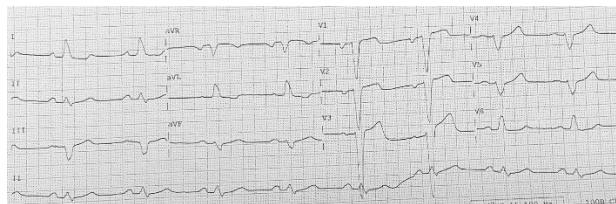
- a) Existe preexcitação ventricular.
- b) Existe bloqueio divisional anterossuperior esquerdo (BDASE).
- c) Existe uma taquiarritmia de origem atrial.
- d) Existe bloqueio divisional posteroinferior esquerdo (BDPI).
- e) O traçado é normal.

2º traçado



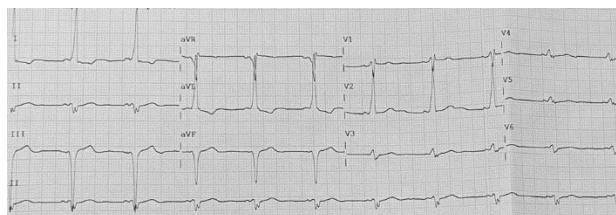
8. Sobre o 2º traçado, é correto afirmar que:

- a) Existe preexcitação ventricular.
- b) Existe bloqueio divisional anterossuperior esquerdo (BDASE).
- c) Existe uma taquiarritmia de origem atrial.
- d) Existe bloqueio divisional posteroinferior esquerdo (BDPI).
- e) O traçado é normal.

3º traçado

9. Sobre o 3º traçado é correto afirmar que:

- a** Existe bloqueio de ramo esquerdo e sobrecarga atrial esquerda.
- b** Existe bloqueio de ramo direito e sobrecarga atrial esquerda.
- c** O ritmo não é sinusal.
- d** Existe preexcitação ventricular.
- e** O traçado é normal.

4º traçado

10. Sobre o 4º traçado é correto afirmar que:

- a** Existe bloqueio de ramo esquerdo.
- b** Existe bloqueio de ramo direito.
- c** O ritmo não é sinusal.
- d** Existe preexcitação ventricular.
- e** O traçado é normal.

11. Um homem de 48 anos, natural do interior do Pará, com histórico de residência em área endêmica para Doença de Chagas, apresenta fadiga progressiva, palpitações e episódios de tontura. O ECG mostra bloqueio de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo. A radiografia de tórax revela cardiomegalia, e o ecocardiograma evidencia dilatação global do ventrículo esquerdo com fração de ejeção de 38%. De acordo com a Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas – 2023, e sobre diagnóstico e tratamento da Cardiomiopatia da Doença de Chagas, assinale a alternativa correta.

- a** O tratamento antiparasitário com benzonidazol está indicado para todos os pacientes com forma cardíaca estabelecida, independentemente da idade e da gravidade.
- b** O uso de betabloqueadores e inibidores da ECA ou BRA segue as mesmas recomendações da insuficiência cardíaca de outras etiologias, sendo fortemente recomendado quando há disfunção sistólica.
- c** O implante de cardidesfibrilador implantável (CDI) é contraindicado, pois as arritmias na Doença de Chagas raramente estão associadas à morte súbita.
- d** O uso de amiodarona profilática é indicado rotineiramente em todos os pacientes com bloqueios de ramo e disfunção ventricular, mesmo na ausência de arritmias complexas.
- e** O tratamento antiparasitário está indicado apenas para pacientes com sorologia negativa e forma indeterminada da doença.

12. Um homem de 35 anos, natural do Maranhão, é encaminhado após exame sorológico positivo para Trypanosoma cruzi. Ele é assintomático, com ECG e ecocardiograma normais. Segundo a Diretriz SBC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas – 2023, a forma clínica da Doença de Chagas e a conduta adequada neste caso são:

- a** forma cardíaca leve – iniciar betabloqueador e IECA preventivos.
- b** forma digestiva – solicitar colonoscopia e tomografia abdominal.
- c** forma indeterminada – realizar acompanhamento clínico anual e considerar tratamento antiparasitário.
- d** forma cardíaca crônica – solicitar Holter e ressonância de rotina.
- e** forma mista – encaminhar para implante de marcapasso profilático.

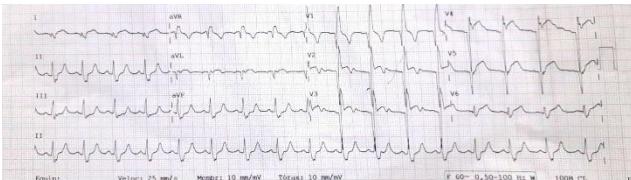
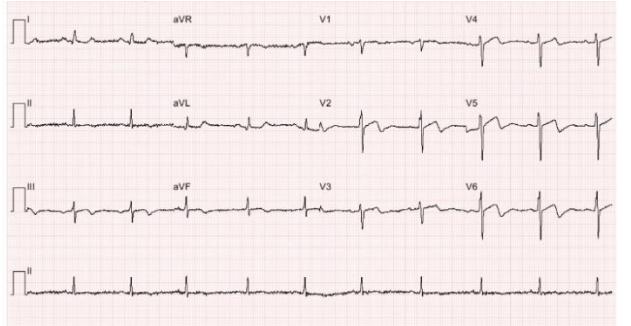
- 13.** Mulher de 52 anos com Doença de Chagas apresenta palpitações e síncope. ECG mostra taquicardia ventricular sustentada, e o ecocardiograma evidencia fração de ejeção de 35%. De acordo com a Diretriz SBC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas – 2023, a melhor conduta terapêutica é:
- a** amiodarona oral e acompanhamento ambulatorial.
 - b** implante de CDI para prevenção secundária de morte súbita.
 - c** marcapasso definitivo devido ao risco de bloqueios.
 - d** suspender betabloqueadores e usar digoxina.
 - e** ablar foco arritmogênico e retirar toda medicação antiarritmica.
- 14.** Uma mulher de 60 anos com Doença de Chagas e FE de 30% apresenta histórico de AVC isquêmico há 3 meses. ECG mostra ritmo sinusal, sem fibrilação atrial. Segundo a Diretriz SBC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas – 2023, a conduta mais adequada em relação à anticoagulação é:
- a** não indicar anticoagulação, pois não há FA.
 - b** usar apenas aspirina em baixa dose.
 - c** indicar anticoagulação oral, pois há disfunção ventricular grave e evento embólico prévio.
 - d** iniciar anticoagulação apenas se houver trombo detectado no eco.
 - e** usar heparina profilática por 14 dias.
- 15.** Homem de 55 anos com ICFer (FE 25%), ritmo sinusal e BRE com QRS 160 ms. Apesar de tratamento otimizado, mantém sintomas (CF III). Conforme a Diretriz SBC de Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica 2018, a indicação mais apropriada é:
- a** Implante de CDI isolado.
 - b** Terapia de Ressincronização Cardíaca (TRC).
 - c** Substituição por sacubitril/valsartana.
 - d** Uso de nitrato e hidralazina.
 - e** Reabilitação cardíaca apenas.
- 16.** Um homem de 70 anos, portador de IC crônica (FE 30%), chega à emergência com dispneia intensa, crepitações difusas e pressão arterial de 170/100 mmHg. Sem sinais de hipoperfusão. De acordo com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica – 2018, esse quadro se enquadra em qual perfil clínico-hemodinâmico?
- a** Perfil A – quente e seco.
 - b** Perfil C – frio e úmido.
 - c** Perfil B – quente e úmido.
 - d** Perfil L – frio e seco.
 - e** Perfil D – baixo débito.
- 17.** Paciente com IC aguda descompensada, FE 20%, pressão 85/60 mmHg, sem congestão significativa. Em uso de dobutamina com pouca resposta hemodinâmica. Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda e Crônica – 2018, a melhor alternativa terapêutica neste caso é:
- a** associar milrinona (inibidor da fosfodiesterase) sob monitorização.
 - b** suspender inotrópico e administrar nitrato.
 - c** iniciar betabloqueador intravenoso.
 - d** administrar diurético de alça em altas doses.
 - e** aumentar a dose de IECA oral.
- 18.** Um paciente de 63 anos com PA 156/96 mmHg, diabetes mellitus tipo 2 e sem outras comorbidades inicia tratamento para hipertensão. Conforme a Diretriz Brasileira de 2020, o esquema farmacológico inicial mais adequado é:
- a** monoterapia com betabloqueador.
 - b** associação de dois anti-hipertensivos de classes diferentes, em baixa dose.
 - c** uso de alfabloqueador isolado.
 - d** iniciar três medicamentos de classes diferentes.
 - e** suspender medicamentos e reavaliar em 6 meses.
- 19.** Um homem de 58 anos, com histórico de hipertensão, chega à emergência com PA 220/120 mmHg, cefaleia intensa e alteração visual súbita. O fundo de olho mostra exsudatos e papiledema. De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão 2020, a conduta mais adequada neste caso é:
- a** reduzir a pressão arterial rapidamente para níveis normais com captoril oral.
 - b** administrar diurético de alça e liberar o paciente após melhora.
 - c** reduzir a pressão arterial de forma controlada, com anti-hipertensivos intravenosos.
 - d** aguardar 24 horas e repetir a aferição antes de qualquer conduta.
 - e** iniciar três anti-hipertensivos orais simultaneamente.

- 20.** Um homem de 50 anos, chega ao consultório afirmando ter DRC estágio 3. Apresenta PA 150/92 mmHg. E em exames anteriores, evidencia proteinúria. Ele usa IECA há 2 meses, com potássio e creatinina estáveis. Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2020, a meta pressórica e a classe medicamentosa prioritária é:
- Ⓐ Meta <130/80 mmHg, preferindo IECA ou BRA.
 - Ⓑ Meta <120/70 mmHg, com betabloqueadores.
 - Ⓒ Meta <140/90 mmHg, com diurético isolado.
 - Ⓓ Meta <150/95 mmHg, com alfabloqueador.
 - Ⓔ Meta <130/85 mmHg, sem IECA devido à creatinina.
- 21.** Homem de 55 anos apresenta hipertensão resistente, creatinina elevada e sopro abdominal audível. Conforme a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2020, a principal hipótese diagnóstica e exame de escolha para confirmação são:
- Ⓐ hiperaldosteronismo – dosagem de renina plasmática.
 - Ⓑ estenose de artéria renal – angiotomografia ou doppler de artérias renais.
 - Ⓒ síndrome de Cushing – cortisol urinário de 24h.
 - Ⓓ apneia obstrutiva do sono – polissonografia.
 - Ⓔ hipotireoidismo – TSH sérico.
- 22.** Mulher de 62 anos, vem para a consulta com queixa de “PA oscilando” usa losartana, anlodipino e hidroclorotiazida, mas mantém PA 160/100 mmHg. Refere uso frequente de Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINEs) e alta ingestão de sal. De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2020, o diagnóstico mais provável neste caso é:
- Ⓐ Hipertensão resistente verdadeira.
 - Ⓑ Hipertensão refratária.
 - Ⓒ Hipertensão pseudoresistente.
 - Ⓓ Hipertensão maligna.
 - Ⓔ Hipotensão mascarada.
- 23.** Paciente com doença arterial coronariana (uso crônico de ácido acetilsalicílico) será submetido a um procedimento cirúrgico de baixo risco de sangramento, como uma cirurgia dermatológica. Conforme a Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2024, a postura recomendada em relação ao AAS no perioperatório é:
- Ⓐ suspender AAS 7 dias antes, sem exceção.
 - Ⓑ manter AAS, para evitar risco de eventos trombóticos por “efeito rebote”.
 - Ⓒ dobrar a dose de AAS no dia da cirurgia para garantir proteção.
 - Ⓓ suspender AAS se houver história de sangramento gastrintestinal prévia, mesmo para cirurgia de baixo risco.
 - Ⓔ trocar AAS por clopidogrel no dia do procedimento.
- 24.** Paciente sem sintomas cardíacos evidentes é submetido a cirurgia de alto risco. No pós-operatório, apresenta elevação da troponina, sem dor torácica, com ECG sem alterações isquêmicas claras. De acordo com a Diretriz SBC 2024, esse cenário é interpretado como:
- Ⓐ deve ser considerado lesão miocárdica perioperatória, que carrega risco prognóstico aumentado.
 - Ⓑ evento banal, sem significado prognóstico.
 - Ⓒ deve-se descartar como falso positivo e repetir após 24 h.
 - Ⓓ trata-se de infarto clássico e requer sempre terapêutica de reperfusão.
 - Ⓔ necessita somente do controle pressórico e analgesia.
- 25.** Um paciente com doença arterial coronariana estável e revascularização por stent, há 8 meses, sem sintomas isquêmicos, será submetido a cirurgia eletiva não cardíaca, de risco elevado. Segundo a Diretriz SBC 2024, a orientação em relação à revascularização coronariana preventiva no período perioperatório, é:
- Ⓐ deve ser feita sempre antes de qualquer cirurgia de risco elevado, mesmo sem sintomas.
 - Ⓑ revascularização preventiva é indicada em qualquer paciente com DAC para reduzir eventos perioperatórios.
 - Ⓒ somente quando houver isquemia extensa detectada em teste funcional ou angiotomografia.
 - Ⓓ nunca deve ser feita, pois aumenta o risco de hemorragia.
 - Ⓔ realizar revascularização apenas se os marcadores de troponina estiverem elevados.

- 26.** Uma paciente de 69 anos, portadora de fibrilação atrial crônica não valvar, faz uso contínuo de rivaroxabana 20 mg/dia há 2 anos para prevenção de eventos tromboembólicos. Ela apresenta função renal normal (clearance de creatinina: 85 mL/min) e não tem histórico de sangramentos prévios. Está programada para uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva, considerada uma cirurgia de risco moderado para sangramento. O cirurgião solicita parecer cardiológico para manejo da anticoagulação. De acordo com a Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), 2024, a conduta mais adequada em relação ao uso da rivaroxabana neste contexto é:
- a** manter a rivaroxabana até o dia da cirurgia, interrompendo apenas no intraoperatório para evitar eventos tromboembólicos.
 - b** suspender a rivaroxabana 1 dia antes da cirurgia, sem necessidade de ponte terapêutica, e reintroduzir 24 a 48h após o procedimento se não houver sangramento.
 - c** suspender 7 dias antes e realizar ponte terapêutica com heparina de baixo peso molecular até o momento da cirurgia.
 - d** trocar a rivaroxabana por warfarina 10 dias antes do procedimento e ajustar o INR conforme evolução.
 - e** suspender 14 dias antes, independentemente do risco cirúrgico, para garantir segurança hemostática total.
- 27.** Um homem de 67 anos, hipertenso e diabético, chega ao pronto-socorro com dor torácica opressiva há 1 hora, irradiando para o braço esquerdo, acompanhada de sudorese intensa e náuseas. No exame físico inicial, está pálido, sudorético, PA 85/60 mmHg, FC 110 bpm, SpO₂ 91% em ar ambiente. O ECG mostra supradesnível do segmento ST em V1-V4, compatível com infarto agudo do miocárdio anterior. Após iniciar oxigênio, AAS, clopidogrel e heparina EV, o paciente apresenta queda progressiva da pressão arterial (70/50 mmHg), confusão mental, diurese diminuída e extremidades frias — configurando choque cardiogênico. O serviço dispõe de sala de hemodinâmica ativa 24h. Com base na V Diretriz Brasileira de Tratamento do IAM com Supra de ST, a melhor conduta a ser adotada neste momento é:
- a** manter apenas suporte clínico com inotrópicos e vasopressores, aguardando melhora espontânea da perfusão.
 - b** suspender todos os medicamentos e postergar a intervenção até que o paciente estabilize completamente.
 - c** realizar reperfusão emergencial com ICP primária e associar suporte hemodinâmico (balão intra-aórtico ou dispositivo de assistência ventricular), se disponível.
 - d** iniciar trombólise tardia e observar evolução, sem necessidade de intervenção invasiva imediata.
 - e** evitar qualquer tentativa de reperfusão até normalização dos níveis pressóricos.
- 28.** Homem de 72 anos, portador de cardiomiopatia não isquêmica, FA permanente (em uso de carvedilol 25 mg 2x/dia, digoxina 0,125 mg/d, espironolactona 25 mg/d e sacubitril/valsartana 97/103 mg 2x/d há 4 meses), mantém dispneia aos médios esforços (NYHA III). Ecocardiograma: FEVE 25%, ventrículo esquerdo dilatado; PSAP 45 mmHg. ECG: FA com QRS 168 ms de morfologia tipo BRE. Holter 24h: FC média 92 bpm, picos de 130 bpm; episódios de taquicardiomiopatia não documentados; sem TV sustentada. BNP 1.250 pg/mL. Sem doença coronariana obstrutiva prévia. A equipe discute estratégia de terapia de ressincronização. À monitorização ambulatorial, mesmo com titulação otimizada de betabloqueador e digoxina, a frequência permanece elevada, com expectativa de captura biventricular <90% caso implantado marcapasso biventricular sem intervenção adicional. A conduta mais apropriada segundo a Diretriz SBC 2023 é:
- a** implantar CDI isolado, pois a presença de FA reduz o benefício da TRC.
 - b** implantar TRC-P e manter apenas controle clínico da frequência, mesmo se a captura biventricular ficar <90%.
 - c** implantar TRC-D e planejar estratégia para garantir ≥95% de captura biventricular; se o controle medicamentoso da frequência não atingir essa meta, realizar ablação do nó AV para assegurar a resposta à TRC.
 - d** implantar marcapasso DDD para controle de frequência e reavaliar a FE em 6 meses.
 - e** postergar qualquer dispositivo por mais 6-12 meses, pois é cedo para indicar TRC em FA.
- 29.** Mulher, 74 anos, hipertensa e diabética, traz holter 24h demonstrando episódio de fibrilação atrial em 3 episódios não sustentados. Taxa de filtração glomerular 55 ml/min/1,73m², sem história de sangramento. A conduta recomendada para prevenção de tromboembolismo segundo a diretriz brasileira de 2025 é:
- a** não anticoagular, pois FA é paroxística e o risco é baixo.
 - b** AAS 100 mg/dia como monoterapia.
 - c** Varfarina (INR 2-3) é superior e preferível a DOAC em todos os casos.
 - d** anticoagulação oral com DOAC, em dose ajustada à função renal.
 - e** dupla antiagregação (AAS + clopidogrel) substitui a anticoagulação.

- 30.** Uma mulher de 59 anos, portadora de miocardiopatia dilatada não isquêmica, encontra-se em tratamento otimizado há 6 meses (sacubitril/valsartana, carvedilol, dapagliflozina, espirironolactona e furosemida). Mantém classe funcional II da NYHA, fração de ejeção do VE de 32% e QRS de 138 ms com morfologia de bloqueio de ramo esquerdo atípico (não clássico). O ecocardiograma mostra disfunção sistólica difusa, sem importante dissincronia mecânica. Não há bradicardia nem indicação de marcapasso. O serviço dispõe de implante de TRC, mas há dúvidas sobre custo-benefício neste caso limitrofe. De acordo com a Diretriz Brasileira de Dispositivos Eletrônicos Cardíacos Implantáveis – SBC, 2023, a melhor conduta neste cenário é:
- Ⓐ não indicar TRC de rotina, pois o maior benefício ocorre em pacientes com BRE típico e QRS ≥ 150 ms; neste caso, o benefício é incerto e deve ser individualizado.
 - Ⓑ indicar TRC-D, pois toda paciente com FE $\leq 35\%$ deve receber ressincronizador com desfibrilador.
 - Ⓒ indicar TRC-P imediatamente, pois QRS ≥ 130 ms é suficiente independentemente da morfologia.
 - Ⓓ implantar CDI isolado, pois a morfologia não-LBBB é contraindicação absoluta à TRC.
 - Ⓔ indicar TRC-P provisório, reavaliando o efeito em 3 meses.
- 31.** Mulher, 68 anos, hipertensa, chega ao consultório com queixa de dispneia aos esforços moderados e edema maleolar vespertino. Traz Ecocardiograma solicitado em consulta anterior, com Fração de Ejeção Ventricular Esquerda 35%. Ao exame físico, Pressão arterial 120 x 80 mmHg, frequência cardíaca 70bpm, ausculta pulmonar com discretos estertores em base de hemotórax direito, ausculta cardíaca regular, sem sopro, com presença de B3. Assinale a alternativa que contenha a classificação funcional segundo NYHA, a definição correta da IC desta paciente e o tratamento mais adequado.
- Ⓐ NYHA II; IC com fração de ejeção preservada, iniciar Atenolol e captopril.
 - Ⓑ NYHA III; IC com fração de ejeção intermediária, Atenolol e espirironolactona.
 - Ⓒ NYHA II; IC com fração de ejeção reduzida Enalapril e Espironolactona.
 - Ⓓ NYHA I; IC com fração de ejeção reduzida, Enalapril e Hidroclorotiazida.
 - Ⓔ NYHA III; IC com fração de ejeção preservada, Atenolol e Hidroclorotiazida.
- 32.** Um homem de 64 anos, hipertenso e diabético, procura o pronto-socorro com dor torácica em aperto há 3 horas, irradiando para o braço esquerdo e mandíbula. No exame: PA 130/80 mmHg, FC 92 bpm, SatO₂ 95%. O ECG mostra infra de ST de 1 mm em DII, DIII e aVF. A troponina ultrasensível está elevada em duas dosagens consecutivas. O paciente não apresenta sinais de insuficiência cardíaca, mas refere episódios prévios de dor nas últimas 48 horas. Ele recebeu AAS, clopidogrel, anticoagulação com enoxaparina e foi internado em unidade coronariana. O serviço dispõe de hemodinâmica 24 horas, mas há limitação de salas no momento. Com base na Diretriz Brasileira de Angina Instável e IAM sem Supra de ST – 2021, a conduta mais apropriada quanto ao momento da estratégia invasiva (cateterismo cardíaco) é:
- Ⓐ realizar cateterismo imediato (<2h), pois todo paciente com troponina positiva tem indicação de emergência.
 - Ⓑ adiar o cateterismo por pelo menos 72 horas, priorizando apenas o tratamento clínico.
 - Ⓒ programar estratégia invasiva precoce (≤ 24 h), pois o paciente é de alto risco (diabetes, troponina positiva, dor recorrente).
 - Ⓓ esperar a resolução completa da dor e repetir marcadores antes de qualquer intervenção.
 - Ⓔ indicar estratégia invasiva seletiva (>72h), apenas se houver novo episódio de dor ou instabilidade hemodinâmica.
- 33.** Homem, 62 anos, apresentou parada cardiorrespiratória por fibrilação ventricular, revertida. Investigações descartaram causa reversível imediata; ecocardiograma com FEVE 38%. A conduta recomendada neste caso é:
- Ⓐ amiodarona crônica isolada para prevenção de recorrência.
 - Ⓑ marcapasso definitivo de câmara única, pela bradiarritmia pós-PCR.
 - Ⓒ terapia de ressincronização cardíaca (CRT) isolada.
 - Ⓓ alta apenas com acompanhamento ambulatorial e reavaliação em 6 meses.
 - Ⓔ implantação de CDI para prevenção secundária de morte súbita.

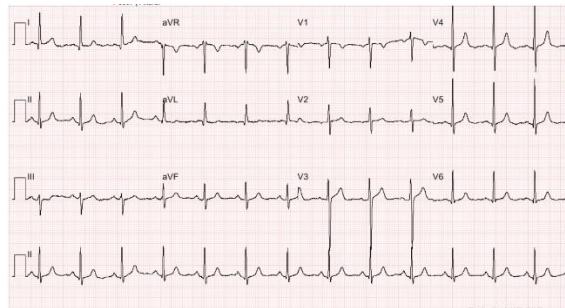
- 34.** Homem, 60 anos, ICFEr (FEVE 30%), relata dispneia aos moderados esforços, já em uso de IECA, betabloqueador e antagonista mineralocorticoide em doses otimizadas, PA 110x70 mmHg, função renal preservada. Ao exame físico ausculta pulmonar, sem estertores, ausculta cardíaca regular e sem sopro, sem edema de membros inferiores. Segundo a atualização brasileira de IC, a melhor próxima medida terapêutica é:
- a** substituir IECA por ARNI (sacubitril/valsartana).
 - b** acrescentar digoxina para reduzir mortalidade.
 - c** iniciar nitrato e hidralazina independentemente da raça.
 - d** introduzir verapamil para controle da frequência cardíaca.
 - e** trocar betabloqueador por ivabradina.
- 35.** Paciente, 72 anos, IAM extenso recente, chega em choque (PAS 90 mmHg, extremidades frias, lactato elevado), ausculta pulmonar com estertores creptantes bilateralmente, edema de membros inferiores. Está em uso de noradrenalina, saturando 96% com O₂. Segundo diretrizes brasileiras, a próxima conduta prioritária é:
- a** Iniciar nitroprussiato para reduzir pós-carga.
 - b** Otimizar furosemida e associar dobutamina para suporte inotrópico.
 - c** Implantar imediatamente balão intra-aórtico de rotina.
 - d** Administrar fluidos agressivamente para elevar a pré-carga.
 - e** Introduzir noradrenalina para melhorar perfusão.
- 36.** Homem, 48 anos, sem antecedentes, PA 120x80 mmHg, IMC 26 kg/m², não diabético, não fumante, sem doença aterosclerótica conhecida. Solicitado perfil lipídico: LDL-C 160 mg/dL. Segundo a diretriz brasileira de dislipidemias 2025, a conduta inicial adequada é:
- a** Repetir colesterol em 6 meses sem outra intervenção.
 - b** Iniciar estatina de alta intensidade visando LDL <70 mg/dL.
 - c** Iniciar estatina de moderada intensidade visando LDL <100 mg/dL.
 - d** Solicitar teste genético para hipercolesterolemia familiar.
 - e** Iniciar ezetimiba como primeira droga isolada.
- 37.** Mulher, 63 anos, IAM prévio, em uso de atorvastatina 80 mg/dia há 8 semanas, LDL-C atual 92 mg/dL. Segundo a diretriz brasileira de dislipidemia 2025, a melhor próxima conduta é:
- a** manter atorvastatina isolada e reavaliar em 1 ano.
 - b** trocar para rosuvastatina 10 mg.
 - c** suspender estatina e iniciar iPCSK9 isolado.
 - d** iniciar fibrato para reduzir LDL.
 - e** associar ezetimiba à estatina de alta intensidade.
- 38.** Menino, 12 anos, pai com IAM aos 42 anos, LDL-C atual 210 mg/dL em jejum, sem xantomas. Segundo a diretriz brasileira de dislipidemia 2025, a melhor conduta inicial é:
- a** iniciar estatina em dose ajustada à idade e risco.
 - b** aguardar adolescência para começar estatina.
 - c** apenas mudanças de estilo de vida até LDL >250 mg/dL.
 - d** solicitar apenas exames de imagem coronária.
 - e** iniciar iPCSK9 como primeira escolha.
- 39.** Homem, 46 anos, PA em consultório 148x92 mmHg em duas consultas diferentes, sem sintomas. MAPA de 24h mostrou média vigília 132x84 mmHg e sono 118x72 mmHg. A interpretação correta segundo as diretrizes brasileiras é:
- a** hipertensão confirmada — iniciar tratamento.
 - b** hipertensão mascarada — risco elevado.
 - c** hipertensão do avental branco — não iniciar fármacos de imediato.
 - d** pré-hipertensão — apenas seguimento.
 - e** normotensão — sem acompanhamento especial.
- 40.** Em um atendimento no programa HIPERDIA da sua unidade básica de saúde, você está atendendo uma mulher de 68 anos, diabética e com Doença arterial coronariana, sem sintomas, PA média em consultório 138x82 mmHg em uso de IECA e tiazídico. Segundo a diretriz brasileira de 2025, a meta pressórica recomendada para esta paciente é:
- a** <150x90 mmHg
 - b** <140x90 mmHg
 - c** <135x85 mmHg apenas se MAPA
 - d** <120x70 mmHg para todos os altos riscos
 - e** <130x80 mmHg

- 41.** Homem, 55 anos, PA 168x104 mmHg em repetidas medidas, sem comorbidades aparentes, exame de função renal normal. Segundo a diretriz brasileira de hipertensão 2025, a estratégia de tratamento inicial mais adequada é:
- a** Monoterapia com IECA em dose baixa e reavaliação em 3 meses.
 - b** Combinação inicial de IECA ou BRA com diurético tiazídico.
 - c** Combinação inicial de betabloqueador com diurético tiazídico.
 - d** Iniciar bloqueador de canal de cálcio isolado e titulação lenta.
 - e** Dupla combinação com betabloqueador e antagonista mineralocorticoide.
- 42.** Homem, 66 anos, hipertenso bem controlado, sem doença cardiovascular prévia, diabético tipo 2, LDL em meta com estatina. Segundo a diretriz brasileira de prevenção cardiovascular 2022, a conduta quanto ao uso de AAS para prevenção primária é:
- a** Indicar AAS 100 mg/dia rotineiramente para todos os diabéticos >60 anos.
 - b** Indicar AAS se pressão arterial controlada, independentemente do risco de sangramento.
 - c** Não usar AAS em nenhuma situação de prevenção primária.
 - d** Indicar AAS apenas se risco cardiovascular global muito alto e baixo risco de sangramento.
 - e** Indicar dupla antiagregação em diabéticos alto risco mesmo sem DAC prévia.
- 43.** Mulher, 52 anos, PA 138x84 mmHg, colesterol total 230 mg/dL, LDL 150 mg/dL, HDL 40 mg/dL, fumante, não diabética. Segundo a diretriz brasileira de prevenção cardiovascular 2022, a ferramenta e a classificação que melhor definem o risco cardiovascular dessa paciente é:
- a** Escore de Framingham — risco baixo.
 - b** Escore de Framingham — risco intermediário.
 - c** Escore de risco global brasileiro — risco alto.
 - d** Escore de Framingham — risco alto.
 - e** Apenas LDL isolado já define risco muito alto.
- 44.** Homem, 58 anos, 72 Kg, de antecedente apenas tabagista, relata dor torácica intensa há 50 minutos, ECG na figura, dá entrada na emergência de hospital referência em atendimento de infarto, com serviço de hemodinâmica. A melhor escolha de antiagregação plaquetária inicial, segundo diretrizes brasileiras é:
- 
- Fonte: Arquivo pessoal
- a** AAS isolado em dose de ataque 200 mg.
 - b** AAS 300 mg + clopidogrel 300 mg.
 - c** AAS 300 mg + prasugrel 60 mg (se <75 anos e sem AVC/AIT prévio).
 - d** AAS 300 mg + ticagrelor 60 mg.
 - e** AAS 100 mg + clopidogrel 600 mg.
- 45.** Mulher, 72 anos, diabética, dor torácica há 4h, troponina positiva, ECG na figura. Estratificação de risco alto, estratégia invasiva precoce indicada. O anticoagulante preferencial neste caso é:
- 
- Fonte: Arquivo pessoal
- a** Fondaparinux 2,5 mg SC.
 - b** Enoxaparina SC em dose plena.
 - c** Heparina não fracionada IV com ajuste por TTPa.
 - d** Varfarina ajustada para INR 2-3.
 - e** Rivaroxabana 20 mg/dia.
- 46.** Homem, 65 anos, histórico de IAM há 3 anos, sem sangramentos prévios, em uso de AAS desde o evento. A conduta recomendada segundo a diretriz brasileira atual é:
- a** Suspender AAS após 1 ano.
 - b** Manter AAS 75-100 mg/dia indefinidamente.
 - c** Trocar AAS por clopidogrel rotineiramente.
 - d** Usar dupla antiagregação por tempo indeterminado.
 - e** Iniciar varfarina associada a AAS.

47. Paciente do sexo masculino, 60 anos, hipertenso, dislipidêmica, dor torácica aos moderados esforços. ECG basal com BRE. O teste funcional preferível para investigação de isquemia é:

- a** Teste ergométrico simples
- b** Cateterismo Coronariano
- c** Holter 24h
- d** Tilt-test
- e** Cintilografia de perfusão miocárdica com estresse farmacológico

48. Homem, 70 anos, dor torácica em repouso há 2h, Heart Score 5, ECG a seguir, troponina inicial negativa, GRACE score estimado em 120. Segundo diretriz brasileira de dor torácica, a melhor conduta é:



Fonte: Arquivo pessoal

49. Homem, 72 anos, assintomático, estenose aórtica grave ao ecocardiograma (área valvar 0,7 cm², gradiente médio 45 mmHg, VE com FFEVE 55%). Teste ergométrico mostrou queda da pressão arterial ao esforço. Segundo a diretriz brasileira de valvopatias 2020, a conduta recomendada é:

- a** manter acompanhamento clínico anual.
- b** introduzir betabloqueador e manter seguimento clínico.
- c** apenas repetir ecocardiograma em 6 meses.
- d** indicar intervenção valvar cirúrgica ou TAVI mesmo assintomático.
- e** solicitar cateterismo cardíaco apenas se sintomas surgirem.

50. Mulher, 35 anos, prótese valvar mitral mecânica, será submetida a extração dentária. Segundo a diretriz brasileira de endocardite infecciosa 2020, a recomendação de profilaxia antibiótica é:

- a** amoxicilina 2 g VO 30–60 minutos antes do procedimento.
- b** não é necessária profilaxia em nenhum caso.
- c** Cefalexina 2 g VO apenas se houver história prévia de EI.
- d** profilaxia apenas para próteses biológicas, não mecânicas.
- e** Claritromicina 500 mg VO em todos os procedimentos odontológicos.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026
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
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	