

- 1) Quando presente, cada um dos sons cardíacos a seguir ocorre logo após a segunda bulha (B2), EXCETO:
- a) Estalido de abertura.
 - b) Terceira bulha cardíaca.
 - c) Clique de ejeção.
 - d) Ruído do tumor (Tumor Plop).
 - e) Ruído (knock) pericárdico.
- 2) Um sopro é auscultado durante o exame de rotina em um estudante universitário de 18 anos, assintomático, no segundo espaço intercostal esquerdo, próximo ao estemo. O sopro em crescendo-decrescendo está presente durante a sístole e a diástole, e atinge o pico simultaneamente com a B2. O sopro não se altera com a posição ou rotação da cabeça. Qual das seguintes afirmações descreve melhor esse sopro?
- a) Esse é um sopro contínuo, semelhante a um sopro venoso geralmente auscultado em adolescentes.
 - b) Esse é um sopro contínuo que resulta de dupla doença valvar aórtica.
 - c) Esse é um sopro contínuo devido a *shunt* congênito, provavelmente um Canal Arterial Persistente.
 - d) Sopros contínuos desse tipo só podem ser congênitos. Sopros devido a conexões arteriovenosas adquiridas são puramente sistólicos.
 - e) Esse sopro, resultante de estenose da artéria subclávia esquerda, não é considerado contínuo, pois um sopro contínuo pode resultar somente de uma comunicação arteriovenosa.
- 3) Em qual dos seguintes cenários clínicos a presença de infra- desnivelamento do segmento ST, durante o teste de esforço padrão, aumenta a probabilidade diagnóstica de doença arterial coronariana?
- A. Um homem de 56 anos com bloqueio de ramo esquerdo e história familiar de doença arterial coronariana prematura.
 - B. Uma mulher de 45 anos com diabetes e hipertensão, com hipertrofia ventricular esquerda em seu ECG basal.
 - C. Uma mulher de 76 anos com dispneia ao esforço recente, história de tabagismo e ECG basal normal.
 - D. Uma mulher de 28 anos com dor no peito tipo pleurítica do lado esquerdo após aula de ginástica.
 - E. Um homem de 63 anos de idade com dispneia ao esforço, que está sendo tratado com betabloqueador, digoxina e nitrato.
- 4) Qual das seguintes afirmações sobre as formas de ondas venosas jugulares é VERDADEIRA?
- A. O sinal de Kussmaul é patognomônico de pericardite constritiva.
 - B. A onda c é um reflexo da diástole ventricular e se torna visível em pacientes com disfunção diastólica.
 - C. O colapso x é menos proeminente que o colapso y no tamponamento cardíaco.
 - D. Declínios fásicos na pressão venosa (os colapsos x e y) são tipicamente mais

- proeminentes à visão que as ondas de pressão positiva (as ondas a, c e u).
- E. As ondas a em canhão indicam atraso de condução interventricular.
- 5) Qual das seguintes afirmações é VERDADEIRA referente ao exame de pulso arterial?**
- A. Um pulso braquial de volume reduzido com um pico sistólico tardio é o achado arterial mais característico do exame físico de pacientes com grave estenose aórtica.
- B. Um pulso *bisferiens* é caracterizado por um pico sistólico e depois um diastólico e é típico de doença valvar mitral.
- C. A artéria carótida é o vaso sanguíneo usado para melhor avaliar o contorno, volume e consistência dos vasos periféricos.
- D. Na coarctação da aorta, o pulso femoral mostra um pico mais tardio que o pulso braquial.
- E. A aorta abdominal normalmente é palpável acima e abaixo do umbigo.
- 6) Cada uma das seguintes afirmações referentes a sopros contínuos é verdadeira, EXCETO:**
- A. Sopros contínuos e holossistólicos são sinônimos.
- B. Por definição, um sopro contínuo deve ser ininterrupto durante toda a B2.
- C. O canal arterial persistente causa um sopro contínuo.
- D. Um sopro venoso cervical contínuo é encontrado geralmente em crianças saudáveis.
- E. Sopros arteriais contínuos ocorrem em artérias estenosadas e em não estenosadas.
- 7) Cada uma das seguintes condições pode resultar em ondas Q eletrocardiográficas significativas na ausência de infarto, EXCETO:**
- A. Bloqueio de ramo esquerdo.
- B. Dilatação ventricular esquerda com rotação posterior do coração.
- C. Aplicação errônea da derivação eletrocardiográfica.
- D. Acidose.
- E. Síndrome de Wolff-Parkinson-White.
- 8) Cada uma das afirmações a seguir sobre a contração do miocárdio é verdadeira, EXCETO:**
- A. Estimulação beta-adrenérgica aumenta a concentração de cálcio intracelular.
- B. A estimulação beta-adrenérgica promove a produção de monofosfato de guanosina cíclico intracelular.
- C. A interação do cálcio com a troponina C é essencial para a contração dos miócitos.
- D. Moléculas de miosina são presas à linha Z pela proteína titina.
- E. O retículo sarcoplasmático desempenha um papel-chave na liberação e captação de cálcio.
- 9) Cada uma das seguintes afirmações sobre edema na insuficiência cardíaca é correta, EXCETO:**
- A. Edema na insuficiência cardíaca não se correlaciona bem com o nível de pressão venosa sistêmica.
- B. Edema periférico pode ser detectado quando o volume de líquido extracelular

- aumentou apenas 1 a 2 litros.**
- C. Edema grave pode causar ruptura da pele e extravasamento de líquido.
 - D. Em pacientes com insuficiência cardíaca aguda, o edema pode não estar presente.
 - E. Em pacientes com hemiplegia devido a acidente cerebrovascular, o edema geralmente é mais aparente no lado paralisado.
- 10) Qual das seguintes condições está associada a aumento da pré- carga ventricular esquerda?**
- A. Sepses.
 - B. Infarto do ventrículo direito.
 - C. Regurgitação mitral.**
 - D. Desidratação.
 - E. Embolia pulmonar.
- 11) Homem, 58 anos, dor torácica típica há 2 horas, ECG com supradesnivelamento de ST em DII, DIII e aVF. PA 90×60 mmHg, FC 48 bpm. Qual a conduta inicial mais adequada?**
- A. Nitroglicerina EV.
 - B. Morfina EV.
 - C. Atropina EV.**
 - D. Metoprolol EV.
 - E. Furosemida EV.
- 12) Paciente com IAM com supra submetido à angiografia primária. Lesão única em DA proximal, TIMI 0. Após intervenção bem-sucedida, qual marcador está mais associado a reperfusão efetiva?**
- A. Normalização da CK-MB.
 - B. Dor torácica persistente.
 - C. Resolução ≥70% do supra de ST.**
 - D. Bradicardia sinusal.
 - E. Elevação de PCR.
- 13) Na síndrome coronariana sem supra de ST, qual achado define alto risco e indica estratégia invasiva precoce?**
- A. Angina estável prévia.
 - B. Idade >65 anos.
 - C. Troponina positiva.**
 - D. Sexo masculino.
 - E. HAS controlada.
- 14) Paciente com DAC crônica estável, FEVE 55%, angina classe II CCS, em uso de betabloqueador. Persistem sintomas. Melhor segunda droga antianginosa?**
- A. Digoxina.
 - B. Verapamil.
 - C. Ivabradina.**
 - D. Amiodarona.

E. Hidralazina.

15) Qual situação contraindica trombólise no IAM com supra?

- A. Idade >75 anos.
- B. HAS controlada.
- C. AVC isquêmico há 3 meses.
- D. Diabetes mellitus.
- E. Dor torácica >30 minutos

16) No IAM inferior, a presença de supradesnivelamento em V4R indica:

- A. Disfunção ventricular esquerda.
- B. Infarto extenso anterior.
- C. Infarto de ventrículo direito.
- D. Pericardite associada.
- E. Espasmo coronariano.

17) Qual betabloqueador tem maior evidência de redução de mortalidade pós-IAM?

- A. Atenolol.
- B. Propranolol.
- C. Metoprolol.
- D. Carvedilol.
- E. Nebivolol.

18) Paciente com choque cardiogênico no IAM. Melhor estratégia de reperfusão?

- A. Trombolítico.
- B. Tratamento clínico.
- C. Angioplastia primária.
- D. Cirurgia tardia.
- E. Apenas suporte vasoativo.

19) Qual complicação mecânica costuma ocorrer entre o 3º e 7º dia pós-IAM?

- A. Aneurisma ventricular.
- B. Fibrilação ventricular.
- C. Ruptura do músculo papilar.
- D. Pericardite precoce.
- E. Taquicardia sinusal.

20) A síndrome de Dressler é caracterizada por:

- A. Isquemia recorrente.
- B. Pericardite autoimune tardia.
- C. Insuficiência mitral aguda.
- D. Trombo ventricular.

21) Paciente com ICFE (FE 30%). Qual droga reduz mortalidade independentemente de sintomas?

- A. Digoxina.
- B. Furosemida.

- C. Espironolactona.
D. Hidralazina.
E. Ivabradina.
- 22) Paciente com IAM sem supra, troponina positiva, GRACE 165. Está hemodinamicamente estável. A melhor estratégia é:
- A. Tratamento clínico otimizado.
B. Cineangiocoronariografia eletiva (>72h).
C. Estratégia invasiva imediata (<2h).
D. Estratégia invasiva precoce (<24h).
E. Teste funcional antes da angiografia.
- 23) Após angioplastia com stent farmacológico em IAM com supra, qual regime antiplaquetário é preferencial na ausência de contraindicações?
- A. AAS + Clopidogrel.
B. AAS + Ticagrelor.
C. AAS + Prasugrel.
D. Clopidogrel isolado.
E. Ticagrelor isolado.
- 24) Paciente com angina variante (Prinzmetal). Qual droga é mais eficaz na prevenção das crises?
- A. Betabloqueador.
B. Nitrato de curta duração.
C. Bloqueador de canal de cálcio.
D. Ivabradina.
E. Ranolazina.
- 25) Em paciente com MINOCA, o mecanismo mais frequentemente identificado após investigação adequada é:
- A. Miocardite.
B. Espasmo coronariano.
C. Dissecção espontânea.
D. Tromboembolismo.
E. Placa aterosclerótica não obstrutiva instável.
- 26) A presença de fenômeno de *no-reflow* pós-angioplastia está mais associada a:
- A. Vasoespasmo epicárdico.
B. Disfunção microvascular.
C. Trombo residual no stent.
D. Dissecção coronária.
E. Reestenose precoce.
- 27) Qual achado ecocardiográfico é típico de isquemia subendocárdica difusa?
- A. Acinesia segmentar focal.
B. Hipocinesia global.
C. Aneurisma apical.

- D. Disfunção diastólica grau I.
- E. Derrame pericárdico.

28) Paciente com DAC multivascular, diabético, FE 45%. Melhor estratégia de revascularização?

- A. Tratamento clínico.
- B. Angioplastia apenas da artéria descendente anterior.
- C. Angioplastia completa.
- D. Cirurgia de revascularização.**
- E. Terapia híbrida.

29) O escore SYNTAX é utilizado principalmente para:

- A. Predizer sangramento.
- B. Avaliar risco cirúrgico.
- C. Estratificar complexidade anatômica.**
- D. Avaliar função ventricular.
- E. Predizer choque cardiogênico.

30) Qual fator reduz a eficácia dos trombolíticos?

- A. Uso prévio de AAS.
- B. Idade avançada.
- C. Tempo porta-agulha prolongado.**
- D. IAM anterior.
- E. Sexo feminino.

31) A principal causa de morte precoce no IAM é:

- A. Choque cardiogênico.
- B. Ruptura cardíaca.
- C. Arritmias ventriculares.**
- D. Insuficiência mitral aguda.
- E. Tromboembolismo.

32) A terapia com estatina em alta intensidade pós-IAM visa principalmente:

- A. Reduzir LDL abaixo de 100 mg/dL.
- B. Estabilizar placa aterosclerótica.**
- C. Reduzir triglicerídeos.
- D. Aumentar HDL.
- E. Melhorar fração de ejeção.

33) Paciente com IAM inferior e hipotensão, sem congestão pulmonar. Conduta inicial:

- A. Furosemida.
- B. Nitroglicerina.
- C. Volume intravenoso.**
- D. Dobutamina.

E. Nitroprussiato.

34) A principal indicação de balão intra-aórtico atualmente é:

- A. IAM anterior extenso.
- B. Choque cardiogênico refratário mecânico.**
- C. Angina instável.
- D. Insuficiência mitral crônica.
- E. Edema agudo de pulmão.

35) Qual marcador tem maior valor prognóstico tardio pós-IAM?

- A. Pico de CK-MB.
- B. Troponina ultrasensível.
- C. Fração de ejeção.**
- D. PCR.
- E. BNP.
- F.

36) O conceito de DAC crônica substitui angina estável porque:

- A. Inclui apenas pacientes sintomáticos.
- B. Reflete doença dinâmica e contínua.**
- C. Elimina necessidade de testes funcionais.
- D. Reduz indicação de revascularização.
- E. É apenas mudança semântica.

37) Paciente ICFE, FE 28%, NYHA II. Qual associação reduz mortalidade independentemente da classe funcional?

- A. IECA + diurético.
- B. IECA + digoxina.
- C. Betabloqueador + IECA.**
- D. Betabloqueador + diurético.
- E. Diurético + espironolactona.

38) O benefício dos inibidores de SGLT2 na IC ocorre mesmo:

- A. Sem diabetes.**
- B. Apenas em FE <30%.
- C. Apenas em NYHA III–IV.
- D. Apenas com uso de ARNI.
- E. Apenas em idosos.

39) Em choque cardiogênico, a droga inotrópica preferida é:

- A. Dopamina.
- B. Noradrenalina.
- C. Dobutamina.**
- D. Fenilefrina.
- E. Milrinona.

40) Qual achado define IC com fração de ejeção preservada?

- A. FE ≥50% isoladamente.

- B. FE $\geq 50\%$ + sintomas.
C. FE $\geq 50\%$ + disfunção diastólica ou BNP elevado.
D. FE $\geq 45\%$.
E. FE normal em repouso.
- 41) Paciente com FA permanente, CHA₂DS₂-VASc = 2, HAS- BLED = 4. Conduta?
A. Não anticoagular.
B. AAS.
C. Anticoagular, corrigindo fatores de sangramento.
D. Anticoagular apenas se FA sintomática.
E. Cardioversão elétrica.
- 42) Paciente 76 anos, fibrilação atrial permanente, HAS e DM. Teve sangramento digestivo alto há 2 anos, já resolvido. CHA₂DS₂-VASc = 4; HAS-BLED = 3. Conduta mais adequada?
A. Não anticoagular.
B. Anticoagular apenas com AAS.
C. Anticoagular com DOAC, corrigindo fatores de sangramento.
D. Anticoagular apenas se FA sintomática.
E. Cardioversão elétrica.
- 43) Em paciente com FA e estenose mitral moderada a grave, o anticoagulante de escolha é:
A. Apixabana.
B. Rivaroxabana.
C. Dabigatрана.
D. Varfarina.
E. Edoxabana.
- 44) Paciente com FA paroxística, QRS largo, PR curto e onda delta. Qual droga está contraindicada?
A. Procainamida.
B. Amiodarona.
C. Flecainida.
D. Betabloqueador.
E. Propafenona.
- 45) A principal indicação de cardioversão elétrica imediata na FA é:
A. FA há mais de 48h.
B. FC > 150 bpm.
C. Instabilidade hemodinâmica.
D. FA permanente.
E. Idade avançada.
- 46) Qual situação é indicação classe I de marcapasso definitivo?
A. BAV de 1º grau assintomático.
B. BAV Mobitz I assintomático.

- C. BAV total sintomático.
D. BAV transitório no IAM inferior.
E. Pausas noturnas em atleta.
- 47) Paciente com TV monomórfica sustentada, FE 30%, etiologia isquêmica. Melhor estratégia para prevenção secundária?**
A. Betabloqueador isolado.
B. Amiodarona.
C. Ablação por cateter.
D. CDI.
E. Marcapasso biventricular.
- 48) Torsades de pointes está mais associada a:**
A. Hipercalemia.
B. QT curto.
C. Uso de amiodarona.
D. Hipomagnesemia.
E. Isquemia subendocárdica.
- 49) Paciente com síncope, ECG com padrão Brugada tipo 1 espontâneo. Conduta?**
A. Observação.
B. Betabloqueador.
C. CDI.
D. Ablação do nó AV.
E. Marcapasso.
- 50) Qual arritmia é mais comum no pós-IAM imediato (<48h)?**
A. FA.
B. TV sustentada.
C. FV.
D. Flutter.
E. BAV total.
- 51) A estratégia de controle de frequência na FA tem como alvo, em repouso:**
A. FC <60 bpm.
B. FC <80 bpm.
C. FC <90 bpm.
D. FC <110 bpm.
E. FC <120 bpm.
- 52) Paciente com FA, FE 30%, sintomático apesar de BB. Melhor droga para controle de frequência?**
A. Verapamil.
B. Diltiazem.
C. Digoxina.
D. Flecainida.

E. Propafenona.

53) Qual antiarrítmico é seguro na ICFE?

- A. Flecainida.
- B. Propafenona.
- C. Sotalol.
- D. Amiodarona.
- E. Quinidina.

54) A principal complicação tardia do CDI é:

- A. Choque cardiogênico.
- B. Infecção.
- C. Tromboembolismo.
- D. Insuficiência renal.
- E. FA permanente.

55) O flutter atrial típico depende criticamente de qual estrutura?

- A. Veia pulmonar.
- B. Septo interatrial.
- C. Istmo cavo-tricúspide.
- D. Nó AV.
- E. Aurícula esquerda.

56) HAS resistente é definida como PA não controlada apesar do uso de:

- A. Dois fármacos.
- B. Três fármacos, incluindo diurético.
- C. Quatro fármacos.
- D. IECA isolado.
- E. Betabloqueador isolado.

57) A causa secundária mais comum de HAS resistente é:

- A. Feocromocitoma.
- B. Coarctação da aorta.
- C. Hiperaldosteronismo primário.
- D. Apneia obstrutiva do sono.
- E. Doença renovascular.

58) Qual droga tem maior evidência como quarta linha na HAS resistente?

- A. Hidralazina.
- B. Clonidina.
- C. Espironolactona.
- D. Doxazosina.
- E. Minoxidil.

59) Paciente jovem, HAS grave, hipocalemia. Próximo exame?

- A. Metanefrinas urinárias.
- B. Doppler renal.

C. Aldosterona/renina plasmática.

D. TC de abdome.

E. RM de adrenais.

60) A HAS mascarada é caracterizada por:

A. PA elevada no consultório.

B. PA normal em casa e elevada no consultório.

C. PA normal no consultório e elevada fora dele.

D. PA sempre normal.

E. PA sempre elevada.

61) O principal benefício do MAPA é:

A. Diagnóstico de HAS secundária.

B. Avaliar rigidez arterial.

C. Identificar padrão circadiano.

D. Avaliar função renal.

E. Reduzir custos.

62) Em emergência hipertensiva com dissecção de aorta, a meta inicial é:

A. Reduzir PAS <160.

B. Reduzir PAS <140.

C. Reduzir PAS <120 rapidamente.

D. Normalizar PA em 24h.

E. Apenas analgesia.

63) Droga de escolha na dissecção aguda de aorta:

A. Nitroprussiato isolado.

B. Betabloqueador IV.

C. Hidralazina.

D. Diurético.

E. IECA oral.

64) Em idoso frágil, meta pressórica aceitável é:

A. <120/80.

B. <130/80.

C. <140/90.

D. <150/90.

E. <160/100.

65) A principal causa de pseudo-HAS resistente é:

A. Falência terapêutica.

B. HAS secundária.

C. Má adesão.

D. Feocromocitoma.

E. Doença renal.

66) Homem 72 anos, dispneia progressiva. Eco: estenose aórtica grave (AVA 0,8

- cm²), gradiente médio 42 mmHg, FE 55%. Sintomático. Conduta:
- A. Observação semestral.
 - B. Troca valvar aórtica (SAVR ou TAVI conforme risco/anatomia).
 - C. Valvuloplastia aórtica como tratamento definitivo.
 - D. Betabloqueador e reavaliação em 1 ano.
 - E. Trombólise.
- 67) Eco: insuficiência mitral primária grave, FE 62%, diâmetro sistólico final de VE 42 mm, assintomático. Conduta mais adequada:
- A. Apenas seguimento anual.
 - B. Cirurgia se houver fibrilação atrial ou hipertensão pulmonar ou critérios de remodelamento.
 - C. IECA como tratamento definitivo.
 - D. Restringir atividade física.
 - E. Marcapasso.
- 68) Qual achado define insuficiência mitral funcional (secundária)?
- A. Prolapso de folheto posterior.
 - B. Ruptura de cordoalha.
 - C. Dilatação do anel e tethering por remodelamento ventricular.
 - D. Endocardite.
 - E. Calcificação anular isolada.
- 69) Mulher 38 anos, febre, sopro novo, hemoculturas positivas para *S. aureus*. Eco: vegetação em mitral 12 mm, insuficiência importante, sinais de insuficiência cardíaca. Indicação de cirurgia:
- A. Nunca operar em fase aguda.
 - B. Operar apenas após 6 semanas de antibiótico.
 - C. Cirurgia precoce por insuficiência cardíaca e alto risco embólico/infeccioso.
 - D. Aguardar negatização de PCR.
 - E. Anticoagular e observar.
- 70) Em paciente com estenose mitral moderada-grave e FA, o anticoagulante indicado é:
- A. Apixabana.
 - B. Rivaroxabana.
 - C. Dabigatrana.
 - D. Varfarina.
 - E. Nenhum se HAS-BLED alto.
- 71) Qual alteração hemodinâmica é mais típica da insuficiência aórtica crônica importante?
- A. Pressão de pulso estreita.
 - B. Pressão diastólica aumentada.
 - C. Pressão de pulso alargada e queda da diastólica.
 - D. Pulso parvus et tardus.

E. B2 hiperfonética constante.

72) Prótese valvar mecânica mitral: alvo típico de INR é:

- A. 1,5–2,0.
- B. 2,0–2,5.
- C. 2,5–3,5.
- D. 3,5–4,5.
- E. INR não é necessário.

73) Paciente com prótese valvar biológica aórtica implantada há 8 anos, dispneia, eco com gradiente progressivo e folhetos espessados. Diagnóstico mais provável:

- A. Endocardite subaguda.
- B. Degeneração estrutural da bioprótese.
- C. Trombose da prótese mecânica.
- D. Dissecção de aorta.
- E. Tamponamento.

74) Na trombose de prótese mecânica obstrutiva em posição mitral com instabilidade, conduta:

- A. AAS e observar.
- B. Heparina plena por 6 meses.
- C. Reoperação emergente (ou trombólise selecionada conforme cenário e expertise).
- D. Trocar para bioprótese eletivamente.
- E. Betabloqueador.

75) Em insuficiência tricúspide funcional grave associada a dilatação anular e FA, a correção é considerada principalmente quando:

- A. Nunca se corrige IT funcional.
- B. Apenas se houver endocardite.
- C. Associada a cirurgia de valva esquerda ou sintomas refratários/dilatação progressiva.
- D. Sempre que houver sopro.
- E. Apenas em jovens.

76) O achado clínico clássico da estenose aórtica grave é:

- A. Pulso hiperdinâmico e amplo.
- B. Pulso parvus et tardus.
- C. B2 abolida sempre.
- D. Sopro holossistólico em foco mitral.
- E. Estalido de abertura.

77) Na febre reumática, a profilaxia secundária visa prevenir:

- A. Endocardite infecciosa.
- B. Recorrência de surtos reumáticos e progressão de valvopatia.
- C. Tromboembolismo.
- D. Pericardite viral.
- E. Miocardite chagásica.

78) Em estenose mitral grave, a principal causa de dispneia é:

- A. Hipertensão pulmonar por aumento de pressão em AE.
- B. Hipotensão sistêmica.
- C. Vasoespasmo coronário.
- D. Bradicardia sinusal.
- E. Hipervolemia renal primária.

79) Em CIA com hipertensão pulmonar severa e shunt bidirecional/Eisenmenger, conduta:

- A. Fechar sempre a CIA.
- B. Fechar com dispositivo se anatomia favorável.
- C. Não fechar; tratar HAP e avaliar centros especializados.
- D. Diurético apenas.
- E. Betabloqueador.

80) Coarctação de aorta em adulto: achado típico no exame físico:

- A. Pulsos femorais aumentados.
- B. PA nos membros inferiores maior que nos superiores.
- C. Pulsos femorais diminuídos e gradiente braço-perna.
- D. Icterícia.
- E. Sopros apicais.

81) Na comunicação interventricular (CIV) pequena, o principal risco tardio é:

- A. IC inevitável.
- B. Endocardite infecciosa.
- C. Dissecção de aorta.
- D. Bradicardia sinusal.
- E. Hipertensão sistêmica.

82) O achado mais típico do sopro da CIA no exame físico é:

- A. Sopro contínuo infraclavicular.
- B. B2 hiperfonética fixa e desdobramento fixo de B2.
- C. B1 abolida.
- D. Estalido de abertura.
- E. Atrito pericárdico.

83) Na RM cardíaca, o padrão de realce tardio subendocárdico/transmural sugere:

- A. Miocardite.
- B. Amiloidose.
- C. Infarto (etiologia isquêmica).
- D. Sarcoidose sempre.
- E. Pericardite.

84) Na miocardite, o realce tardio típico na ressonância cardíaca é:

- A. Transmural em território coronário.
- B. Subendocárdico.

C. Mesocárdico/subepicárdico, não territorial.

D. Ausente sempre.

E. Apenas pericárdico.

85) No TEP agudo, eco com S1Q3T3 confirma diagnóstico?

A. Sim, diagnóstico definitivo.

B. Não, é inespecífico e não diagnóstico.

C. Sim, patognomônico.

D. Só em gestantes.

E. Só em jovens.

86) AngioTC coronária tem maior valor para:

A. Confirmar DAC em alta probabilidade pré-teste.

B. Excluir DAC em baixa a intermediária probabilidade pré-teste.

C. Substituir cinecoronariografia em todo mundo.

D. Medir pressões intracardíacas.

E. Diagnosticar FA.

87) O escore de cálcio coronário é mais útil para:

A. Confirmar IAM com supra.

B. Reclassificar risco em prevenção primária.

C. Diagnosticar endocardite.

D. Avaliar valvopatia mitral.

E. Tratar arritmias.

88) Homem 62 anos, IC com FE preservada, hipertrofia ventricular e “sparkling” ao eco, síndrome do túnel do carpo prévia. Diagnóstico provável:

A. Miocardite.

B. Amiloidose cardíaca.

C. Sarcoidose.

D. Doença de Fabry.

E. Pericardite viral.

89) Cardiomiopatia hipertrófica com obstrução dinâmica: droga de primeira linha sintomática:

A. Diurético em alta dose.

B. Betabloqueador.

C. Dobutamina.

D. Nitrato.

E. Hidralazina.

90) Na cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva, qual medida pode piorar gradiente e sintomas?

A. Betabloqueador.

B. Hidratação cuidadosa.

C. Vasodilatadores/nitratos e diuréticos agressivos.

D. Verapamil selecionado.

E. Manobras para reduzir FC.

91) Pericardite aguda idiopática: tratamento de primeira linha inclui:

- A. Antibiótico sempre.
- B. AINE + colchicina (se sem contraindicação).
- C. Heparina plena.
- D. Trombolítico.
- E. Betabloqueador.

92) Sinal clínico mais sugestivo de tamponamento cardíaco:

- A. Hipertensão sistêmica.
- B. Tríade de Beck (hipotensão, turgência jugular, abafamento de bulhas).
- C. Sopros carotídeos.
- D. Pulso alternante.
- E. Febre alta.

93) No ECG do tamponamento com grande derrame, achado clássico:

- A. QT longo.
- B. Alternância elétrica.
- C. Supra de ST difuso com PR baixo.
- D. Bloqueio de ramo esquerdo.
- E. Onda delta.

94) Pericardite aguda: qual achado é mais típico no ECG?

- A. Supra de ST territorial com espelho.
- B. Supra de ST difuso côncavo + depressão de PR.
- C. Infradesnivelamento difuso de ST sem PR.
- D. Onda Q em DII, DIII, aVF.
- E. QT curto.

95) Em prevenção secundária pós-SCA, alvo de LDL recomendado é:

- A. <130 mg/dL.
- B. <100 mg/dL.
- C. <70 mg/dL.
- D. <55 mg/dL (e/ou redução $\geq 50\%$).
- E. <30 mg/dL apenas se diabético.

96) Lp(a) elevada é principalmente:

- A. Marcador de infecção.
- B. Fator de risco aterotrombótico hereditário pouco responsivo a estatina.
- C. Marcador de anemia.
- D. Exclusiva do diabetes.
- E. Exclusiva de tabagistas.

97) Qual medicação reduz eventos cardiovasculares em diabéticos com alto risco, além do controle glicêmico?

- A. Metformina isolada.

- B. SGLT2/GLP-1 RA (conforme perfil).
- C. Sulfonilureia.
- D. Insulina NPH obrigatória.
- E. AAS para todos.

98) No TEP de alto risco (instabilidade hemodinâmica), conduta preferencial:

- A. Anticoagulação oral e alta.
- B. Trombolítico sistêmico se sem contraindicação.
- C. Apenas oxigênio.
- D. Observação 24h.
- E. AAS.

99) A tríade clássica que sugere dissecção aguda de aorta inclui:

- A. Dor migratória súbita + assimetria de pulso/PA + mediastino alargado.
- B. Febre + sopro + esplenomegalia.
- C. Dispneia + sibilos + febre.
- D. Edema + ortopneia + crepitações.
- E. Cianose + hemoptise + febre.

100) Hipercalemia grave no ECG pode causar:

- A. QT longo.
- B. Onda T apiculada e alargamento progressivo do QRS.
- C. Onda delta.
- D. Supra de ST difuso com PR baixo.
- E. Alternância elétrica.