

1- Em relação à cardiomiopatia hipertrófica (CMH), conforme a “Diretriz sobre Diagnóstico e Tratamento da Cardiomiopatia Hipertrófica – 2024”, estão corretas as afirmativas abaixo, EXCETO:

- a) A CMH é a mais prevalente das cardiopatias de origem genética, sendo transmitida de forma autossômica dominante e causada predominantemente por mutações em genes que codificam proteínas sarcoméricas.
- b) A CMH é considerada uma das principais causas de morte súbita em jovens e atletas.
- c) O tratamento farmacológico é a primeira opção entre pacientes com CMH sintomática, seja na forma obstrutiva ou não obstrutiva.
- d) A detecção de gradientes em repouso ou dinâmicos (durante manobras provocativas) ≥ 20 mmHg define obstrução significativa em via saída do ventrículo esquerdo.
- e) O ecocardiograma transtorácico é o método diagnóstico inicial de CMH, que é realizado na presença de espessura miocárdica diastólica ≥ 15 mm na ausência de outras condições que justifiquem a hipertrofia em um ventrículo não dilatado.

2- Paciente masculino de 63 anos apresenta queixa de dispneia aos esforços há cerca de 6 meses. É realizado ecocardiograma que apresenta os seguintes achados: hipertrofia excêntrica ventricular esquerda, fração de ejeção por Simpson de 35%, volume sistólico indexado de 25ml/m^2 , fluxo sistólico valvar aórtico com velocidade máxima de 356cm/s , gradiente máximo de 51mmHg e médio de 33mmHg e área valvar aórtica de $0,85\text{cm}^2$. O cateterismo cardíaco apresenta coronárias normais. Qual é o provável diagnóstico e a melhor conduta para este paciente?

- a) Estenose aórtica grave e troca valvar aórtica.
- b) Estenose aórtica moderada e tratamento clínico.
- c) Estenose aórtica *low flow- low gradient* e ecocardiografia com dobutamina em baixa dose.
- d) Estenose aórtica grave e tratamento clínico.
- e) Estenose aórtica *low flow-low gradient* e escore de cálcio através de tomografia computadorizada.

3- Em relação à cardiomiopatia da Doença de Chagas, conforme a “Diretriz da SBC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas – 2023”, NÃO se pode afirmar:

- a) Arritmia cardíaca é manifestação extremamente comum na cardiomiopatia crônica da Doença de Chagas, sendo a atividade ectópica ventricular a predominante desde as fases iniciais de sua história natural.
- b) O bloqueio de ramo direito completo ou incompleto é o distúrbio de condução mais comum na Doença de Chagas, frequentemente associado ao bloqueio divisional ântero-superior esquerdo.
- c) Alterações da contratilidade segmentar ocorrem na maioria dos pacientes e são mais comuns no segmento basal do septo interventricular.
- d) É a miocardite humana em que a fibrose se desenvolve de forma mais intensa e peculiar.
- e) Os aneurismas ventriculares apresentam-se ao ecocardiograma de forma variável, desde tamanho diminuto, com conformação digitiforme (em “dedo de luva”), até grandes aneurismas apicais (“saculares”).

4- A disfunção cardíaca relacionada ao tratamento contra o câncer representa uma importante causa de morbidade e mortalidade nos pacientes oncológicos. Sobre a cardiotoxicidade relacionada ao tratamento oncológico, conforme o “Posicionamento do Departamento de Imagem Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o Uso do Strain Miocárdico na Rotina do Cardiologista – 2023”, pode-se afirmar que:

- a) A disfunção ventricular esquerda relacionada ao tratamento contra o câncer é definida por queda absoluta da fração de ejeção ventricular em mais de 10 pontos percentuais, para um valor inferior a 50%, na presença ou não de sintomas de insuficiência cardíaca.
- b) O diagnóstico subclínico de cardiotoxicidade é sugerido quando há uma queda do *strain* global longitudinal maior ou igual a 8% em relação ao seu valor basal.
- c) Quando diagnosticada a cardiotoxicidade subclínica, a terapia para o câncer deve ser modificada.
- d) Sendo confirmada a cardiotoxicidade, com fração de ejeção ventricular esquerda entre 40 e 49%, não é necessário iniciar tratamento para insuficiência cardíaca.
- e) Fração de ejeção ventricular esquerda $\geq 50\%$ associada a redução do *strain* global longitudinal $< 8\%$ do valor basal não necessita acompanhamento clínico.

5- Em relação às cardiomiopatias, NÃO se pode afirmar:

- a) A sarcoidose cardíaca tem um pior prognóstico quando comparada à miocardiopatia dilatada.
- b) A disfunção ventricular causada pelas antraciclina está relacionada à dose cumulativa acima de 300 mg/m².
- c) A cardiotoxicidade causada pelas antraciclina, na maioria dos casos, manifesta-se de forma subaguda ou crônica, com a irreversibilidade sendo sua característica predominante.
- d) Na amiloidose cardíaca a manifestação clínica mais frequente é a síndrome de insuficiência cardíaca, mais comumente com fração de ejeção preservada.
- e) Arritmias atriais são raras na amiloidose cardíaca.

6- Em relação aos tumores cardíacos, conforme o "Posicionamento Brasileiro sobre o Uso da Multimodalidade de Imagens na Cardio-Oncologia – 2021", NÃO se pode afirmar:

- a) 85-90% dos tumores cardíacos primários são benignos.
- b) 75% dos mixomas localizam-se no átrio direito.
- c) Melanoma é o tumor maligno mais propenso a acometer o coração.
- d) Os tumores cardíacos metastáticos, quando intracavitários, acometem preferencialmente as cavidades direitas.
- e) Com exceção dos tumores do sistema nervoso central, qualquer tumor maligno pode enviar metástases para o coração.

7- Assinale, dentre as alternativas abaixo, a única que NÃO representa uma contraindicação ao ecocardiograma de estresse farmacológico com dobutamina:

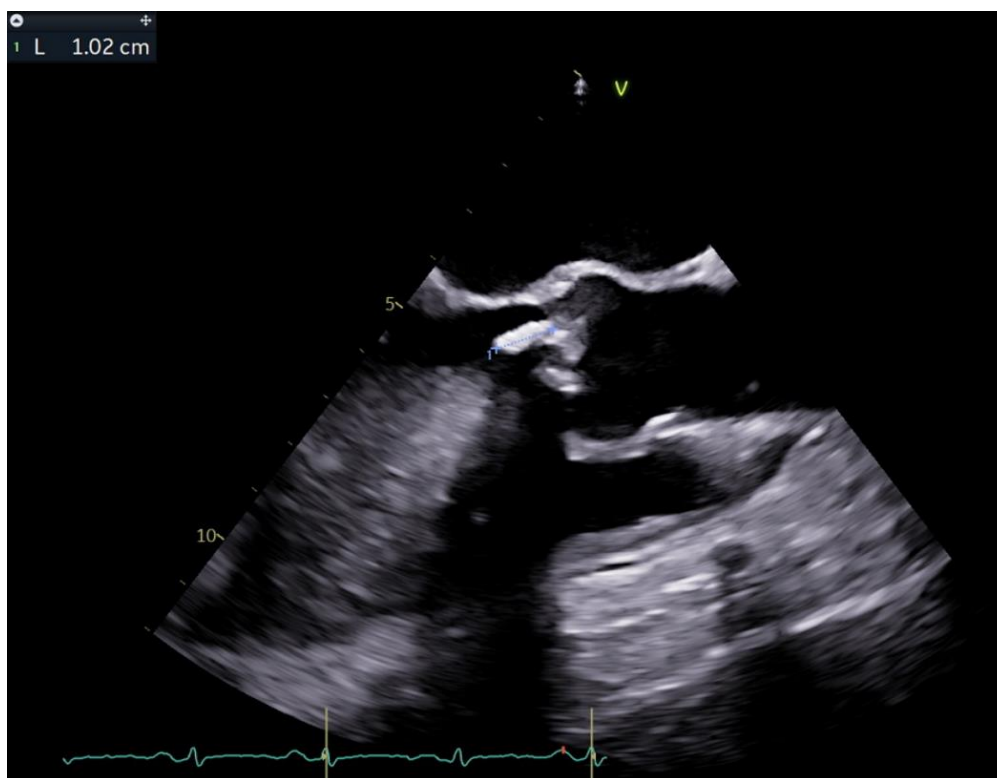
- a) Síndrome coronariana aguda sem supra de ST em paciente com Heart Score de 5 pontos.
- b) Presença de obstrução significativa da via de saída do ventrículo esquerdo em repouso.
- c) História de asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica em uso contínuo de broncodilatador.
- d) Pressão arterial de 190/110mmHg.
- e) Janela acústica desfavorável, sem visualização adequada de 2 ou mais segmentos miocárdicos.

8- Em relação a avaliação cardiológica pré-operatória, conforme a "Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia" de 2024, assinale a alternativa CORRETA:

- a) É recomendada a realização de ecocardiograma de rotina em indivíduos assintomáticos, sem suspeita clínica de insuficiência cardíaca ou doença valvar moderada a grave submetidos à cirurgia de risco intermediário ou baixo.

- b) Teste ergométrico é recomendado em pacientes com baixo risco de complicações e que serão submetidos à cirurgia de risco baixo ou intermediário.
- c) A solicitação de provas funcionais de rotina é recomendada em pacientes de baixo risco e/ou que serão submetidos a procedimentos de baixo risco intrínseco.
- d) Em pacientes com isquemia extensa em prova funcional, é recomendada realização de cineangiografias coronárias.
- e) Não há necessidade de realização de eletrocardiograma em paciente com diabetes melito que serão submetidos a cirurgia de risco intermediário.

9- Paciente masculino de 47 anos foi admitido na emergência com quadro de acidente vascular cerebral isquêmico. Durante a internação evoluiu com febre diária, sudorese noturna e calafrios. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral e com presença de sopro diastólico à ausculta cardíaca. As hemoculturas coletadas foram negativas. Foi realizado um ecocardiograma transesofágico, que evidenciou o achado ilustrado na imagem a seguir:



Referente ao caso descrito acima, assinale a alternativa CORRETA de acordo com a Diretriz Europeia para o manejo da Endocardite Infecciosa publicada em 2023:

- a) O paciente apresenta diagnóstico definitivo de endocardite infecciosa pelos critérios de Duke modificados.
- b) Se houver regurgitação valvar grave, há indicação classe IA de cirurgia de urgência.
- c) Quando o ecocardiograma é negativo, a realização de PET-CT com 18F-FDG tem boa sensibilidade para detecção de endocardite infecciosa, particularmente em pacientes com válvulas nativas.
- d) Troca valvar deve ser considerada em caso de persistência de sepse ou de fenômenos embólicos após o início do tratamento antimicrobiano adequado.
- e) Após o início do tratamento medicamentoso adequado, não há necessidade de repetir exames de imagem, ainda que haja febre persistente.

10- Considerando a "Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose" de 2025, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Em pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA), recomenda-se a favor de iniciar estatinas potentes após as primeiras 48h da internação por SCA.
- b) Em indivíduos com dislipidemia secundária à obesidade, recomenda-se a favor do uso de análogos do GLP-1 por seu efeito duplo (perda de peso e redução de eventos cardiovasculares).
- c) Para população com diabetes mellitus, a estatina é o hipolipemiante de escolha inicial para pacientes com LDL-c acima da meta estabelecida.
- d) Em indivíduos com doença renal crônica estágios 4 e 5 não dialítico, recomenda-se a favor de iniciar estatina de alta potência, associada ou não ao uso de ezetimiba.
- e) Em pacientes que não toleram a dose sugerida de estatina, recomenda-se a favor de estratégias alternativas para atingir a meta de redução do LDL-c, incluindo a redução da frequência de administração, a troca para outra estatina ou a combinação de outros agentes hipolipemiantes.

11- Uma mulher de 45 anos, atleta, é encaminhada após ECG de rotina que mostra bloqueio AV de segundo grau Mobitz I (Wenckebach) noturno, detectado em Holter. Ela é completamente assintomática. Qual é a conduta mais apropriada?

- a) Implante de marcapasso definitivo devido ao alto risco de progressão.
- b) Interromper todas as atividades físicas e solicitar teste ergométrico para avaliar resposta cronotrópica.
- c) Realizar estudo eletrofisiológico para avaliação de gravidade do BAV
- d) Instituir tratamento com atropina de longa ação.
- e) Acompanhamento clínico, sem necessidade de intervenção imediata.

12- Uma paciente de 60 anos com Miocardiopatia Hipertrófica Obstrutiva (gradiente de repouso = 70 mmHg), sintomática (classe funcional NYHA III) apesar de terapia medicamentosa otimizada com dose máxima tolerada de beta-bloqueador (Bisoprolol 10mg/dia) e Verapamil 480mg/dia. Ela apresenta episódios recorrentes de pré-síncope e dispneia aos mínimos esforços. O ecocardiograma mostra septo de 28mm, SAM (movimento sistólico anterior do folheto anterior mitral) severo com coaptação septal prolongada e regurgitação mitral moderada secundária. A coronariografia é normal. Qual é a próxima etapa terapêutica MAIS ADEQUADA para esta paciente?

- a) Adicionar um Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA).
- b) Encaminhar para avaliação de redução septal (miectomia cirúrgica ou ablação alcoólica do septo).
- c) Iniciar terapia com Disopiramida.
- d) Implantar Cardioversor-Desfibrilador Implantável (CDI) primário.
- e) Realizar valvoplastia mitral percutânea.

13 - Homem de 60 anos, 30 minutos após angioplastia percutânea primária por infarto agudo do miocárdio anterior (stent em coronária descendente anterior), desenvolve taquicardia ventricular polimórfica não sustentada (7 batimentos), PA: 100/60 mmHg. Gasometria: K⁺ 3,3 mEq/L; Mg⁺⁺ 1,4 mg/dL. Qual conduta é MAIS EFICAZ para prevenir morte súbita?

- a) Amiodarona 150 mg IV em bolus.
- b) Lidocaína 100 mg IV.
- c) Correção agressiva de K⁺ (>4,0 mEq/L) e Mg⁺⁺ (> 2,0 mg/dL).
- d) Implantar cardiodesfibrilador temporário.
- e) Aumentar dose de betabloqueador.

14- Mulher de 65 anos, diabética, com infarto agudo do miocárdio prévio (stent em coronária descendente anterior há 1 ano), em uso de Rosuvastatina 20 mg/dia. Perfil lipídico atual: LDL-c: 70 mg/dL, Não HDL-c: 95 mg/dL, ApoB: 80 mg/dL. Qual conduta é MAIS ADEQUADA segundo ESC/EAS 2023?

- a) Manter dose atual de estatina.
- b) Adicionar Ezetimiba 10 mg/dia.
- c) Substituir por Atorvastatina 80 mg/dia.
- d) Adicionar Ácido Bempedoico.
- e) Iniciar inibidor de PCSK9.

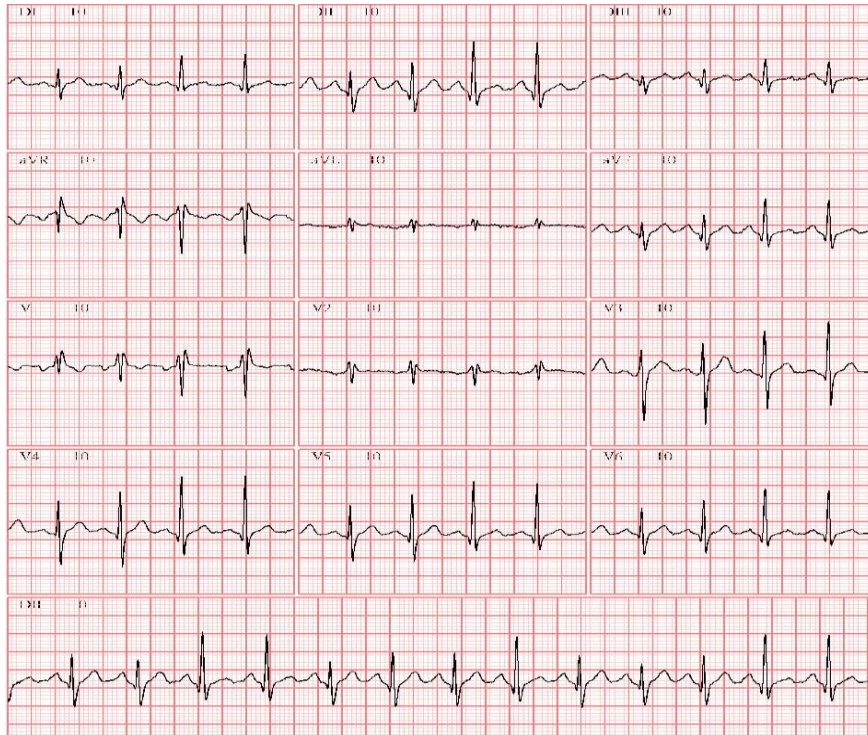
15- Qual a principal causa de morte súbita de origem cardíaca na população geral, acima de 35 anos?

- a) Origem de coronária anômala com trajeto maligno.
- b) Síndrome de Brugada.
- c) Miocardiopatia hipertrófica.
- d) Cardiomiopatia hipertensiva.
- e) Doença arterial coronariana.

16- No paciente com estenose mitral, a observação seriada de um intervalo mais curto entre a segunda bulha e o estalido de abertura da valva mitral sugere:

- a) Complicação com endocardite.
- b) Associação com regurgitação mitral.
- c) Valva mitral intensamente calcificada.
- d) Comunicação interatrial associada.
- e) Pressão atrial esquerda mais elevada.

17 - Qual a hipótese diagnóstica mais provável e o respectivo sinal eletrocardiográfico, que podem justificar o seguinte quadro clínico: homem de 22 anos, trabalhador da construção civil, previamente hígido, com dispneia de início súbito há 30 minutos e dor torácica ventilatório dependente. Sinais vitais: PA 80 x 40, Fc 115 bpm.



- a) Comunicação interatrial, distúrbio na condução pelo ramo direito.
- b) Tamponamento cardíaco, sinal de efeito dielétrico.
- c) Pneumotórax hipertensivo, alternância elétrica.
- d) Tromboembolismo pulmonar, efeito dielétrico + distúrbio de condução pelo ramo direito.
- e) Derrame pericárdico paraneoplásico, alternância elétrica.

18- Um paciente apresenta aumento significativo no retorno venoso ao coração. De acordo com o mecanismo de Frank-Starling, qual é o efeito imediato mais provável sobre a função cardíaca?

- a) Diminuição da força de contração ventricular.
- b) Aumento do volume sistólico devido ao maior estiramento das fibras miocárdicas.
- c) Aumento da frequência cardíaca para compensar.
- d) Redução do volume diastólico final.
- e) Diminuição da sensibilidade dos miócitos ao cálcio.

19- Homem de 60 anos é admitido com fadiga, hipotensão leve e taquicardia sinusal. À ausculta cardíaca, as bulhas estão hipofonéticas. O ECG apresenta QRS com baixa voltagem e alternância elétrica. O ecocardiograma apresenta derrame pericárdico moderado circunferencial, sem colapso das cavidades direitas, com variação respiratória de 20% no fluxo mitral e 35% no fluxo tricúspide. Pressão venosa central estimada em 8mmHg. Com base nos achados acima, assinale a alternativa CORRETA:

- a) O manejo inicial deve incluir monitorização clínica e ecocardiográfica e investigação etiológica.
- b) O quadro é compatível com tamponamento cardíaco e requer pericardiocentese de urgência.
- c) A variação respiratória dos fluxos mitral e tricúspide, sem colapso das cavidades direitas, sugere pericardite efusivo constrictiva.
- d) Não se trata de tamponamento cardíaco pois o derrame pericárdico não é grave.
- e) O tratamento inicial indicado é o uso de anti-inflamatório não esteróide.

20- Mulher de 20 anos, assintomática, apresentou alteração à ausculta cardíaca. O restante do exame físico foi normal, exceto por ruído mesodiastólico de baixa frequência na região apical, acentuado pelo exercício. O achado descrito caracteriza:

- a) Terceira bulha fisiológica.
- b) Desdobramento de primeira bulha.
- c) Desdobramento de segunda bulha.
- d) Clique de prolapso mitral.
- e) Estalido de abertura mitral.