Eduardo Cavalcanti Lapa Santos
Fabio Mastrocola
Fernando Côrtes Remisio Figuinha
André Gustavo Santos Lima



Atheneu

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Afya CARDIOPAPERS

Perguntas e Respostas em Cardiologia

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS



SAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR

Tel.: 08000267753

www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

Afya CARDIOPAPERS

Perguntas e Respostas em Cardiologia

EDITORES
Eduardo Cavalcanti Lapa Santos
Fabio Mastrocola
Fernando Côrtes Remisio Figuinha
André Gustavo Santos Lima

Contém 313 Questões
e Casos Clínicos

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2025

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

EDITORA ATHENEU

São Paulo	—	Rua Maria Paula, 123 – 13° andar Conjuntos 133 e 134 Tel.: (11) 2858-8750 E-mail: atheneu@atheneu.com.br
Rio de Janeiro	—	Rua Bambina, 74 – lojas A e B Tel.: (21) 3094-1295 E-mail: atheneu@atheneu.com.br

CAPA: FK Estudio
PRODUÇÃO EDITORIAL: MWS Design

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

A977

Afya cardiopapers : perguntas e respostas em cardiologia / editores Eduardo Cavalcanti Lapa Santos ... [et al.]. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2025.
il. ; 24 cm.

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5586-936-1

1. Cardiologia. I. Santos, Eduardo Cavalcanti Lapa.

CDD: 616.12
25-97578.0 CDU: 616.12

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

15/04/2025 24/04/2025

Santos ECL, Mastrocola F, Figuinha FCR, Lima AGS.
Afya Cardiopapers – Perguntas e Respostas em Cardiologia

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2025.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS



Fatores de Risco e Prevenção

Questão 1

Mulher de 55 anos, assintomática, procura atendimento para *check-up*. Relata pai com infarto agudo do miocárdio aos 52 anos. Nega comorbidades e não faz uso de medicamentos.

Exame físico

- PA: 133×80 mmHg, FC: 68 bpm, IMC: 29 kg/m^2, RCR 2T BNF, sem sopros, MV+ sem ruídos adventícios. Sem edema em membros inferiores.

Exames laboratoriais

- Colesterol total: 209 mg/dL, HDL: 42 mg/dL, LDL: 127 mg/dL, triglicerídeos: 200 mg/dL, lipoproteína(a): 130 mg/dL (valor normal < 30 mg/dL), glicemia: 110 mg/dL, HbA1c: 5,9%.
- Eletrocardiograma: ritmo sinusal, FC 68 bpm, sem alterações.

Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta:

A) Estatinas são uma boa opção para redução dos níveis de Lp(a).

B) Lp(a) elevada é considerada fator de risco para estenose aórtica.

C) Assim como ocorre com triglicerídeos, o aumento de Lp(a) costuma responder bem à mudança do estilo de vida.

D) Para pacientes como essa, é importante medir o Lp(a) a cada 6 meses, pois seus níveis podem variar bastante ao longo da vida.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Questão 2

Mulher de 38 anos relata 2 medidas de PA acima de 140×90 mmHg no último mês. Vem para avaliação cardiológica. Nega sintomas, comorbidades ou uso de medicações.

Exame físico

- PA: 145×87 mmHg, FC: 80 bpm, IMC 26 kg/m^2.

Em relação ao caso, o que diz a diretriz europeia de hipertensão publicada em 2024?

A) Não há necessidade de se investigar HAS secundária nesse caso.

B) O ideal é que se recorra a medidas fora do consultório para confirmar o diagnóstico de hipertensão. PA na vigília da MAPA ≥ 130×80 mmHg confirma o diagnóstico.

C) Caso seja confirmada HAS, como se trata de paciente de baixo risco cardiovascular, o recomendado é a introdução de monoterapia.

D) O alvo da pressão sistólica é entre 120 e 129 mmHg.

Questão 3

Homem de 34 anos comparece ao consultório para avaliação de rotina, sem queixas. Realiza caminhadas de uma hora, três vezes por semana, há mais de seis meses, e segue orientações de nutricionista.

Exame físico

- PA: 131×81 mmHg, FC: 68 bpm, peso: 83 kg, IMC 29,6 kg/m^2.
- AP: sem comorbidades. Não utiliza medicamentos.

Exames laboratoriais

- CT 215, LDL 147, HDL 39, TG 145, Cr 1,1 mg/dL, Hb glicada 5,9%.

Sobre a estimativa de risco cardiovascular, é correto dizer que:

A) Os escores de risco não contemplam pacientes com < 40 anos.

B) Os escores atuais não avaliam o risco em longo prazo (30 anos).

C) Escores mais modernos já englobam no seu cálculo IMC e *clearance* de creatinina.

D) As diretrizes europeia, americana e brasileira possuem metas de LDL iguais.

Questão 4

Mulher de 46 anos tem diagnóstico de DM2 e HAS há 7 anos, com controle irregular. Não realiza exercícios e apresenta dieta irrestrita

Em uso de: enalapril 20 mg 12/12h, hidroclorotiazida 25 mg, sinvastatina 40 mg, metformina 850 mg, 3×/dia.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Exame físico

- PA: 134×82 mmHg, FC: 84 bpm, IMC: 30,4 kg/m^2, circunferência abdominal: 91 cm.
- Restante sem alterações.

Exames laboratoriais

- Glicemia: 144 mg/dL, hemoglobina glicada: 8,3%, creatinina: 1,3 mg/dL, relação albumina/creatinina urinária: 76 mg/g, colesterol total: 190 mg/dL, LDL: 104 mg/dL, HDL: 35 mg/dL, triglicerídeos: 255 mg/dL, ALT: 66 U/L, AST: 29 U/L.

Sobre o estágio da síndrome cardio-renal-metabólica (CKM) dessa paciente, podemos dizer que:

A) Como tem alteração de creatinina e da relação albumina/creatinina urinária, é considerada estágio 3.

B) Presença de DM assim como critérios de síndrome metabólica a colocam como estágio 2.

C) Está indicado o uso de angiotomografia de coronárias e, caso alterada, classificaria a paciente como estágio 4.

D) Os estágios da síndrome são progressivos e não sofrem regressão.

Questão 5

Sobre a questão anterior, qual opção não é recomendada pela diretriz de síndrome cardio-renal-metabólica?

A) Iniciar iSGLT2 e considerar finerenona.

B) Considerar ECO-TT e biomarcadores para avaliar IC subclínica.

C) Intensificar estatina e iniciar AAS $\leq$ 100 mg/d.

D) Investigar MASH e considerar EPA 2g 12/12h.

Questão 6

Homem, 41 anos, comparece ao consultório para consulta de rotina. Refere como única comorbidade uma depressão prévia, em uso de sertralina. Nega sintomas. Relata ser sedentário.

Exame físico

- IMC de 31 kg/m^2, altura de 1,80 m, circunferência abdominal de 110 cm, PA de 132×84 mmHg, FC de 80 bpm.

Exames laboratoriais

- LDL de 101 mg/dL, HbA1c de 5,4%, glicemia de jejum de 99 mg/dL, triglicerídeos de 148 mg/dL.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta:

A) Apesar de apresentar obesidade, esse indivíduo encontra-se metabolicamente saudável, não tendo risco aumentado de doença cardiovascular em relação a um paciente de mesma idade com IMC normal.

B) O risco cardiovascular associado à obesidade deve-se basicamente à associação com comorbidades, como, por exemplo, hipertensão, diabetes e dislipidemia.

C) Algumas medicações podem estar associadas com ganho de peso, como, por exemplo, corticosteroides, alguns antipsicóticos e antidepressivos, assim como algumas medicações para tratamento de diabetes.

D) Em indivíduos obesos, a sociedade europeia recomenda metas de exercício aeróbico menores do que na população em geral, devido ao risco de lesões articulares.

Questão 7

Mulher de 45 anos, com IMC de 37 kg/m^2, hipertensa e diabética tipo 2, procura atendimento clínico para manejo da obesidade. Relata dificuldade em perder peso apesar de esforços dietéticos prévios. Durante a consulta, a paciente questiona sobre os tratamentos disponíveis e os possíveis resultados esperados.

Com base no manejo da obesidade dessa paciente, podemos afirmar que:

A) A atividade física desempenha papel fundamental na perda de peso, levando, segundo estudos, a uma redução média de 7% a 10% do peso corporal.

B) Entre as medicações disponíveis atualmente, a que apresenta a maior perda de peso, em média, é a semaglutida 2,4 mg SC, administrada uma vez por semana.

C) A perda de peso com cirurgia bariátrica chega aos níveis de 25% a 30% do peso corpóreo, sendo uma alternativa a ser considerada em pacientes com obesidade grau 3 (IMC $\geq$ 40 kg/m^2) ou grau 2 (IMC 35-39,9 kg/m^2) associada a comorbidades, e que não responderam ao tratamento clínico.

D) A resposta de perda de peso com o uso de agonistas GLP-1, como semaglutida e liraglutida, é bastante similar.

Questão 8

Ainda sobre o caso anterior de uma paciente portadora de obesidade grau 2 (IMC 37 kg/m^2), hipertensão e diabetes, avaliada quanto às opções terapêuticas, podemos dizer que:

A) A obesidade é considerada fator de risco para insuficiência cardíaca, especialmente relacionada à disfunção sistólica com fração de ejeção reduzida.

B) Mudança de estilo de vida com dieta e exercício físico demonstrou clara redução de risco cardiovascular em pacientes obesos, como evidenciado em estudos clínicos como o Look AHEAD.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

C) A cirurgia bariátrica demonstrou redução de risco de eventos cardiovasculares em ensaios clínicos randomizados e prospectivos.

D) A perda de peso observada com a técnica de *bypass* gástrico em Y de Roux é maior do que com a técnica de gastrectomia vertical, segundo evidências.

Questão 9

Sobre obesidade e risco cardiovascular, assinale a alternativa correta:

A) Crianças com obesidade comumente conseguem reverter o quadro e tornarem-se adultos com IMC normal.

B) Obesidade visceral e obesidade periférica possuem perfis de risco cardiometabólicos similares.

C) O índice de massa corporal (IMC) é um fator preditor melhor do que a relação circunferência abdominal sobre altura em relação ao risco cardiovascular.

D) A apolipoproteína B pode ser melhor discriminadora de risco cardiovascular nesse subgrupo de pacientes do que o LDL.

Questão 10

Homem de 53 anos comparece para consulta de rotina. Apresenta índice de massa corporal (IMC) de 32,3 kg/m^2 e pressão arterial de 132 × 79 mmHg. Não faz uso de medicações e nega tabagismo. Exames laboratoriais mostram colesterol total de 247 mg/dL, HDL de 37 mg/dL e apolipoproteína B (Apo B) de 120 mg/dL. O risco cardiovascular calculado pela calculadora da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) foi classificado como intermediário.

Sobre o manejo lipídico desse paciente, é correto afirmar que:

A) A meta de colesterol não-HDL para esse paciente é inferior a 100 mg/dL.

B) A meta de Apo B para esse paciente é inferior a 100 mg/dL.

C) Não é possível determinar se o paciente está na meta devido à ausência do LDL calculado.

D) O tratamento farmacológico deve priorizar a correção do HDL baixo.

Questão 11

Sobre os escores de risco cardiovascular, podemos dizer que:

A) Pacientes considerados como de alto risco cardiovascular obrigatoriamente precisam usar estatinas, independentemente de qualquer outro fator.

B) Quanto maior o risco cardiovascular do paciente, menor o NNT (número necessário para tratar) para obtenção do benefício no horizonte de 5 ou 10 anos.

C) A idade termina sendo a principal variável nas equações de risco cardiovascular.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

D) Pacientes com um Lifetime Risk maior do que 30% devem receber tratamento com estatinas independentemente dos níveis de LDL.

E) Todo paciente com evento cardiovascular prévio é classificado como muito alto risco, não sendo relevante calcular o risco residual desses pacientes.

Questão 12

Homem de 53 anos, com histórico de infarto recente, chega para a primeira consulta ambulatorial. Ele é tabagista ativo. O exame físico mostra pressão arterial de 149×82 mmHg, e seu registro de atividade no celular indica 2.500 passos por dia. Os exames laboratoriais mostram colesterol total de 210 mg/dL, LDL de 114 mg/dL, hemoglobina glicada de 8% e creatinina de 1,3 mg/dL.

Das intervenções a seguir, qual é a que causa maior ganho de sobrevida:

A) Parar de fumar.

B) Aumentar a quantidade em dois mil passos dia.

C) Iniciar rosuvastatina 20 mg por dia.

D) Manter pressão arterial abaixo de 130 mmHg.

E) Manter hemoglobina glicada abaixo de 7%.

Questão 13

Sobre a disfunção erétil em homens, marque a alternativa **incorreta**:

A) Está associada ao aumento do risco de eventos cardiovasculares, como infarto, AVC e mortalidade.

B) O surgimento da disfunção erétil pode preceder eventos cardiovasculares, como coronariopatia e AVC, em um período de dois a cinco anos.

C) Homens com disfunção erétil devem ser submetidos de forma rotineira à tomografia de coronárias devido à alta prevalência de coronariopatia associada.

D) Algumas medicações utilizadas no manejo de doenças cardiovasculares, como antagonistas de receptor de aldosterona, betabloqueadores e diuréticos tiazídicos, podem causar disfunção erétil.

E) A disfunção erétil compartilha vários fatores de risco em comum com doenças cardiovasculares, como dislipidemia, tabagismo e obesidade.

Questão 14

Sobre o tratamento do tabagismo, podemos afirmar que:

A) A terapia de reposição de nicotina não pode ser usada em pacientes com doença cardiovascular estabelecida.

B) Vareniclina, bupropiona e terapia de reposição de nicotina apresentam eficácias similares na taxa de cessação do tabagismo.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

C) Vareniclina é uma medicação segura em pacientes com doença cardiovascular estabelecida, havendo evidência de segurança e eficácia quando iniciada no hospital após síndrome coronariana aguda.

D) O efeito colateral mais comum da vareniclina é a cefaleia.

Questão 15

Homem de 56 anos apresenta infarto agudo do miocárdio com supra de ST. Em consulta de seguimento, exames laboratoriais mostram LDL inicial não tratado de 100 mg/dL.

Considerando as metas terapêuticas para redução de LDL propostas pelas diretrizes atuais, qual opção terapêutica é mais indicada para atingir o alvo recomendado?

A) Sinvastatina 20 mg/dia.

B) Atorvastatina 20 mg/dia.

C) Ezetimibe 10 mg/dia.

D) Rosuvastatina 20 mg/dia.

E) Ácido bempedoico 180 mg/dia.

Questão 16

Mulher de 56 anos comparece à consulta para mostrar exames e relata ser hipertensa com controle adequado da pressão arterial após introdução de enalapril, há 4 anos. Refere menor disposição e ganho de 6 kg nos últimos 4 meses, mesmo praticando atividade física regular e seguindo as orientações dietéticas prescritas pelo nutricionista. Apresenta os seguintes exames: creatinina 0,7 mg/dL, glicose 91 mg/dL, colesterol total: 287 mg/dL, HDL: 41 mg/dL, LDL: 196 mg/dL, triglicerídeos: 250 mg/dL, TSH: 32 µU/mL (VR: 0,3-4,5) e T4 Livre: 0,58 ng/dL (VR: 0,7-1,8).

Para essa paciente, o tratamento adequado nesse momento é:

A) Levotiroxina, estatina e fibrato.

B) Levotiroxina e estatina.

C) Levotiroxina.

D) Levotiroxina e fibrato.

E) Levotiroxina e ezetimibe.

Questão 17

Sobre os efeitos colaterais das estatinas, assinale a alternativa incorreta:

A) O efeito adverso mais frequente é a miopatia, mas estudos como o **Samson Trial** sugerem que boa parte desse efeito é devido ao efeito nocebo.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

B) O uso de estatinas pode estar associado a um aumento de níveis de glicemia e hemoglobina glicada, sendo esse efeito independente da dose utilizada.

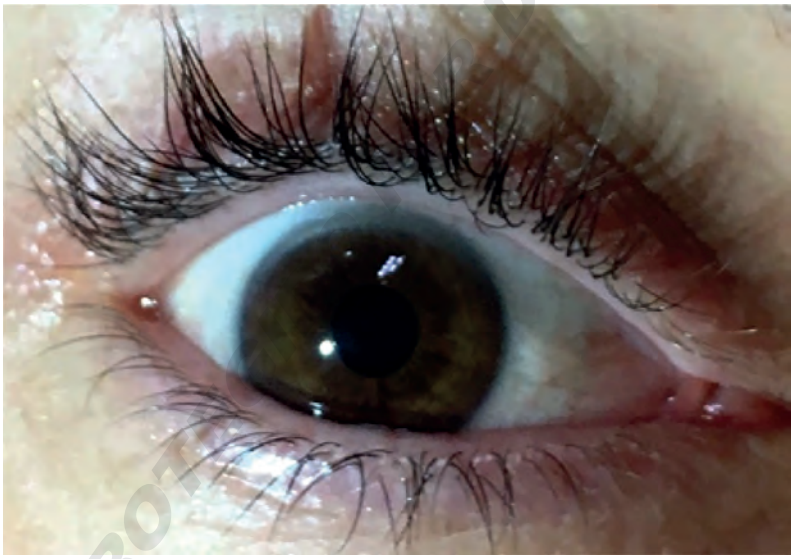
C) A monitorização bioquímica hepática não é indicada de rotina, salvo na presença de sintomas clínicos sugestivos de hepatotoxicidade.

D) A maioria dos pacientes que apresenta algum grau de mialgia com estatinas consegue manter o uso da medicação por meio de estratégias como mudança do tipo de estatina ou redução da dose.

E) A reposição de coenzima Q10 não é recomendada de forma rotineira para prevenir ou tratar mialgia por estatinas.

Questão 18

Homem de 39 anos comparece à consulta de rotina, nega sintomas e relata que o pai teve infarto aos 51 anos. Exames laboratoriais revelam LDL de 253 mg/dL, HDL de 52 mg/dL, triglicerídeos de 100 mg/dL. No exame físico, é observado o achado a seguir.



Sobre o caso, podemos afirmar:

A) A avaliação genética é crucial para confirmar o diagnóstico.

B) O diagnóstico clínico de hipercolesterolemia familiar pode ser estabelecido com base nos dados clínicos e laboratoriais apresentados.

C) Caso o teste genético não demonstre presença de mutação, a hipótese de hipercolesterolemia familiar está descartada.

D) O rastreamento de familiares é de pouca relevância no caso.

E) O achado observado no exame físico é inespecífico e não contribui para o diagnóstico.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Questão 19

Um homem de 53 anos, portador de hipertensão arterial de longa data e em diálise há dois anos devido à provável nefropatia hipertensiva, chega para consulta de rotina. Ele apresenta os seguintes exames laboratoriais: LDL de 120 mg/dL, HDL de 38 mg/dL e triglicerídeos de 283 mg/dL. O ECG evidencia sobrecarga de ventrículo esquerdo.

Com base no perfil clínico e no risco cardiovascular desse paciente, qual seria a conduta mais apropriada?

A) O paciente apresenta vários marcadores de alto risco, sendo indicado o início de terapia com estatina.

B) No caso citado, o recomendado pelas diretrizes é a combinação de estatina e ezetimibe.

C) O uso de fibratos, com o objetivo de reduzir os triglicerídeos, traria benefício na redução de eventos macrovasculares.

D) As evidências para o uso de estatinas em prevenção primária em pacientes dialíticos não favorecem o uso rotineiro dessa medicação.

Questão 20

De acordo com a atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, qual das alternativas **não** configura uma situação de alto risco cardiovascular?

A) Diabético com bom controle glicêmico e HAS estágio 1.

B) LDL colesterol de 167 mg/dL.

C) Mulheres com escore de risco global de 11%.

D) Homem com TFG de 53 ml/min/1,73m^2.

E) Assintomático com presença de placas não obstrutivas na angiotomografia de coronárias.

Questão 21

Assinale a alternativa correta em relação aos diuréticos:

A) Um dos principais mecanismos dos tiazídicos na diminuição dos níveis pressóricos a longo prazo é a redução da resistência vascular sistêmica.

B) A hidroclorotiazida tem meia vida mais curta e maior potência diurética quando comparada à clortalidona.

C) A dose recomendada da clortalidona para o tratamento da HAS é 25 a 50 mg.

D) Hipocalemia e hipermagnesemia são efeitos colaterais comuns dos tiazídicos.

E) Um efeito colateral comum do uso crônico dos diuréticos de alça é a acidose metabólica.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Questão 22

Assinale a alternativa correta em relação às determinações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da SBC 2020 acerca das metas pressóricas:

A) Todos os hipertensos devem ter como meta a pressão arterial < 130×80 mmHg.

B) Nos pacientes com doença renal crônica e albuminúria, a meta recomendada é < 120×70 mmHg.

C) Nos idosos frágeis, a diretriz sugere uma meta pressórica < 160×90 mmHg.

D) Todos os hipertensos devem ter como meta a pressão arterial < 140×90 mmHg.

E) Nos pacientes de alto risco cardiovascular, a meta é 120-129 mmHg na PA sistólica e 70-79 mmHg na PA diastólica.

Questão 23

Assinale a alternativa que apresenta um paciente com lesão de órgão alvo, conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020:

A) Mulher com índice de massa ventricular esquerda de 98 g/m^2.

B) Homem com relação albumina/creatinina de 17 mg/g em amostra isolada de urina.

C) Homem com Cornell índice de 25 mm no eletrocardiograma.

D) Mulher com taxa de filtração glomerular de 63 mL/min/1,73m^2.

E) Idoso com velocidade de onda de pulso (VOP) carotídeo-femoral de 7 ms/s.

Questão 24

Sobre hiperaldosteronismo primário, a alternativa que contém indicação de investigação e o exame inicial para se iniciar o fluxograma diagnóstico é:

A) Incidentaloma adrenal em paciente hipertenso, dosar a aldosterona sérica isoladamente.

B) HAS com hipocalemia espontânea, solicitar tomografia de adrenais.

C) HAS resistente, dosar aldosterona sérica e se aumentada, solicitar ressonância magnética de adrenais.

D) HAS resistente, solicitar inicialmente aldosterona plasmática/ atividade de renina plasmática.

E) HAS com hipocalemia espontânea ou induzida por diuréticos, solicitar ao mesmo tempo aldosterona plasmática, atividade de renina e tomografia de adrenais.

Questão 25

Sobre as etapas para a adequada medida da pressão arterial no consultório, conforme as Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023, assinale a alternativa correta:

A) Verificar se o paciente não praticou exercícios há, pelo menos, 60 minutos.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

B) Na primeira consulta, registrar a PA em ambos os braços, preferencialmente de forma simultânea, e usar a leitura do braço que forneceu valor mais baixo para medidas subsequentes.

C) Se na técnica auscultatória, os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PA sistólica/diastólica/zero.

D) Verificar se o paciente não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou 90 minutos antes.

E) Realizar duas medidas, com intervalo de 1 minuto, e usar a média das medidas. Se houver diferença > 10 mmHg, realizar medidas adicionais.

Questão 26

Mulher de 25 anos com quadro de cefaleia, palpitações taquicárdicas, sudorese e aumento acentuado dos níveis pressóricos de forma paroxística.

A principal hipótese diagnóstica e o exame indicado para investigação inicial é:

A) Síndrome carcinoide – 5-HIAA.

B) Hiperaldosteronismo primário – aldosterona e atividade de renina plasmática.

C) Feocromocitoma – metanefrinas plasmáticas ou urinárias.

D) Síndrome de Cushing – cortisol salivar ou urinário.

E) Fibrodisplasia das artérias renais – angiotomografia de artérias renais.

Questão 27

Mulher, 44 anos, assintomática, aferiu a PA em consulta de rotina com o clínico geral, na unidade básica de saúde. Não realiza exercícios físicos regulares.

Ao exame: BEG, corada PA 145×97 mmHg FC 96 bpm peso 87 kg, IMC 27,8. Auscultas pulmonar e cardíaca sem alterações, pulsos presentes e simétricos.

Exames: Glicemia 118 mg/dL, Hb glicada 6,7 % (exame repetido veio 6,6%), Colesterol Total 195 mg/dL HDL 50 mg/dL LDL 125 mg/dL TG 100 mg/dL Creatinina 1,0 mg/dL K 3,8 mEq/L Na 139 mEq/L, ácido úrico 5,0 mg/dL.

Eletrocardiograma: sem alterações significativas.

Sobre o caso, assinale a opção correta:

A) A paciente apresenta hipertensão estágio 1 e é de baixo risco cardiovascular, devendo ser orientada a realizar modificações no estilo de vida com reavaliação em 3 meses.

B) O risco cardiovascular é moderado, sendo recomendado a introdução de inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor da angiotensina (BRA) em monoterapia.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

C) O risco cardiovascular é moderado, sendo recomendado a introdução do IECA ou BRA em associação a um diurético tiazídico.

D) A paciente apresenta hipertensão estágio 1 e risco cardiovascular alto, devendo iniciar IECA ou BRA com reavaliação em um mês.

E) A paciente apresenta alto risco cardiovascular e é recomendado o início do tratamento com associação de anti-hipertensivos, sendo o IECA + bloqueador dos canais de cálcio (BCC) uma boa opção.

Questão 28

Homem, 51 anos, obeso, com diagnóstico de HAS há 8 anos, em uso regular de olmesartana 40 mg, indapamida SR 1,5 mg e anlodipino 10 mg/dia.

Pressão arterial (PA) consultório = 161×95 mmHg; frequência cardíaca = 73 bpm. Monitorização ambulatorial da PA (MAPA 24 h) = 148×91 mmHg; PA vigília = 153×92 mmHg; PA durante o sono = 147×90 mmHg.

A conduta recomendada é:

A) Iniciar espironolactona 25 mg e solicitar polissonografia com programação do uso do CPAP se apneia moderada a grave.

B) Iniciar espironolactona 25 mg, solicitar polissonografia e outros exames de investigação de HAS secundária apenas se não houver controle pressórico.

C) Introduzir clonidina 0,100 mg noturna e solicitar investigação ampla de causas de hipertensão secundária.

D) Introduzir espironolactona 25 mg e clonidina antes de dormir 0,100 mg.

E) Iniciar espironolactona 25 mg e solicitar polissonografia com programação do uso do CPAP em qualquer grau de apneia obstrutiva mesmo que leve.

Questão 29

Paciente 54 anos, sexo feminino, em acompanhamento regular na unidade de saúde, foi encaminhada ao cardiologista para avaliação devido à hipertensão arterial de "difícil controle". Atualmente encontra-se em uso de losartana 50 mg 12/12h, hidroclorotiazida 25 mg, anlodipino 10 mg e sinvastatina 40mg 1×/dia. Na consulta sua pressão arterial encontra-se em 155×96 mmHg e PA média na vigília da MAPA foi de 133×84 mmHg e 128 × 78 nas 24 horas, comportamento normal durante o sono.

Com relação às diretrizes brasileiras de HAS de 2020, assinale a alternativa correta sobre a classificação da hipertensão e a conduta:

A) Hipertensão resistente controlada, sem necessidade de ajuste de anti-hipertensivos.

B) Hipertensão controlada, o ajuste de anti-hipertensivos, quando necessário, deve levar em consideração os valores da MAPA/MRPA.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

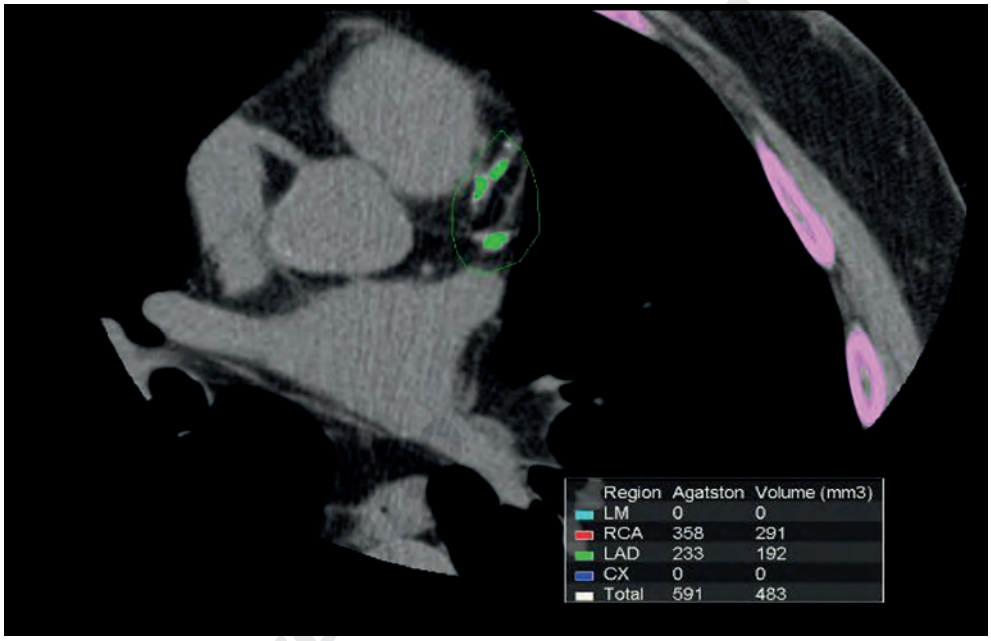
C) Hipertensão resistente, introdução de espironolactona 25 mg.

D) Hipertensão de difícil controle, introdução de clonidina 0,100 mg 12/12h.

E) Hipertensão resistente + efeito do avental branco, introduzir espironolactona e avaliar a resposta baseado na média da MAPA/MRPA.

Questão 30

Mulher de 48 anos, diabética, assintomática, retorna à consulta trazendo o escore de cálcio mostrado a seguir.



Resultado com escore de cálcio- 591 Agatston, no percentil 90.

Está correto afirmar:

A) O exame tem pouco relevância clínica e não alterará a conduta, pois todo diabético é de alto risco cardiovascular.

B) O escore de cálcio acima de 10 em diabéticos os coloca na categoria de alto risco cardiovascular.

C) O percentil 90 indica que a chance de ter um evento cardiovascular nos próximos 10 anos é de quase 90%.

D) Deverá realizar cinecoronariografia devido à extensa calcificação das coronárias.

E) Deverá repetir o exame após um ano da otimização do tratamento medicamentoso.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Questão 31

As dislipidemias constituem um dos principais fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio. Sobre elas é correto afirmar:

A) De acordo com as diretrizes atuais, meta do LDL para pacientes de muito alto risco é inferior a 70 mg/dL.

B) A Hipercolesterolemia familiar é uma doença autossômica recessiva associada a mutações nos receptores do LDL colesterol.

C) Na gravidez o colesterol total pode atingir valores duas a cinco vezes maiores que os níveis anteriores à gestação.

D) A estatina é contraindicada na gestação, mas a ezetimiba pode ser usada a partir do segundo trimestre.

E) O aumento do HDL com o ácido nicotínico leva a redução de desfechos cardiovasculares como IAM não fatal e morte.

Questão 32

Mulher de 53 anos procura cardiologista relatando aumento dos níveis pressóricos associado a episódios de cefaleia em peso na região frontal, sem foto ou fonobia. Nega queixas cardiovasculares, comorbidades conhecidas, não fuma e não faz exercícios físicos regularmente e compareceu recentemente em consulta com nutricionista para ajustes na alimentação.

Ao exame físico: PA 146×102 mmHg FC 84 bpm, IMC 28,0 kg/m2, auscultas cardíaca e pulmonar normais, ausência de sopro abdominal, pulsos presentes e simétricos.

Realizou os seguintes exames:

Glicemia 112 mg/dL, Hb glicada 6,8 % (medida de 6 meses atrás de 6,7%), Colesterol Total 215 mg/dL HDL 40 mg/dL LDL 125 mg/dL TG 250 mg/dL Creatinina 0,7 mg/dL K 4,0 mEq/L Na 140 mEq/L, ácido úrico 5,5 mg/dL, TSH 2,4 µU/mL, EAS normal e eletrocardiograma sem alterações.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020, o tratamento da HAS recomendado é:

A) Modificações do estilo de vida e iniciar monoterapia com propranolol ou metoprolol para controle pressórico e prevenção das crises de migrânea.

B) Modificações do estilo de vida e iniciar combinação de dois fármacos como beta bloqueador e inibidores da enzima conversora (IECA).

C) Modificações do estilo de vida e iniciar monoterapia com inibidores da enzima conversora (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina.

D) Modificações do estilo de vida e iniciar combinação de dois fármacos como beta bloqueador e diurético tiazídico.

E) Modificações do estilo de vida e iniciar combinação de dois fármacos como inibidores da enzima conversora (IECA) e bloqueadores dos canais de cálcio.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Questão 33

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial de elevada prevalência na população. É um dos principais fatores de risco cardiovascular, especialmente em relação ao acidente vascular encefálico.

Sobre a HAS, assinale a alternativa correta:

A) A meta de controle pressórico nos pacientes diabéticos sem lesões de órgãos alvo é $< 120 \times 80$ mmHg.

B) A relação aldosterona/atividade de renina plasmática > 30, sugere o diagnóstico de Hiperaldosteronismo primário.

C) A diferença acima de 10 mmHg da pressão entre o braço direito e o braço esquerdo em pacientes jovens sugere coarctação da aorta.

D) A dosagem das metanefrinas plasmáticas é um exame que possui baixa sensibilidade, mas elevada especificidade para o diagnóstico do Feocromocitoma.

E) A Losartana faz parte da classe dos medicamentos antagonistas dos receptores AT2 da Angiotensina I.

Questão 34

Em relação ao mecanismo de ação dos medicamentos utilizados no tratamento das dislipidemias, assinale a **alternativa incorreta:**

A) Estatinas – inibição da HMG Coa redutase no fígado.

B) Ezetimiba – inibição da NPC1-L1 no fígado.

C) Fibratos – ativam a PPAR-alfa levando ao aumento da produção e da ação da lipase lipoproteica (LPL).

D) Resinas – ligam-se aos ácidos biliares no intestino e reduzem sua reabsorção.

E) Inibidores da PCSK9 – ao inibir a PCSK9 ocorre uma redução da degradação dos receptores de LDL-c na superfície das células hepáticas.

Questão 35

Conforme a atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, qual das alternativas configura uma situação de alto risco cardiovascular?

A) Homem com escore de risco global de 18%

B) Pacientes com taxa de filtração glomerular menor do que 65 mL/min.

C) Pacientes sem outra comorbidades com escore de cálcio coronariano de 60 U Agatston (percentil 72 para a idade).

D) Mulheres com escore de risco global de 11%.

E) Pacientes com LDL colesterol igual ou maior do que 160 mg/dL.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Questão 36

Mulher de 73 anos, hipertensa há 2 anos, vem evoluindo com picos hipertensivos há 3 meses. Admitida em serviço de emergência por quadro de dispneia intensa há 6 horas. Ao exame: taquidispneica, PA= 190×130 mmHg, FC 120bpm, estertores crepitantes difusos até ápice. Presença de sopro abdominal ao exame físico. Cr 1,7; K 3,2.

O diagnóstico e quadro clínico mais prováveis:

A) Emergência hipertensiva (edema agudo de pulmão) – hipertensão arterial renovascular.

B) Urgência hipertensiva (insuficiência cardíaca descompensada) – hipertensão arterial primária com insuficiência renal.

C) Emergência hipertensiva (edema agudo de pulmão) – hipertensão arterial associada a hiperaldosteronismo primário.

D) Urgência hipertensiva (insuficiência cardíaca descompensada) – hipertensão arterial associada a hiperaldosteronismo primário.

E) Emergência hipertensiva (edema agudo de pulmão) – hipertensão arterial associada a feocromocitoma.

Questão 37

De acordo com as diretrizes da SBC, assinale a alternativa correta em relação aos sintomas musculares relacionados ao uso das estatinas:

A) A mialgia envolve grandes grupos musculares e costuma ser assimétrica, com melhora dos sintomas com menos de 4 semanas após a suspensão.

B) A presença de sintomas intoleráveis e/ou CPK acima de 7× o limite superior da normalidade, indica a suspensão da estatina, monitorização da CPK e uma investigação mais ampla das possíveis causas, caso mantenha valores elevados da CPK.

C) A mialgia relacionada a estatina é referida como uma dor aguda com períodos de espasmo muscular e que se apresenta entre 4 e 12 semanas.

D) A rabdomiólise é definida como aumento da CPK acima de 10× a normalidade associada às dores musculares persistentes, mesmo que não haja outras alterações em exames laboratoriais.

E) As dores costumam ser difusas, envolvendo grandes grupos musculares (cintura escapular e pélvica, e músculos gêmeos superior e inferior) e aparecerem após 12 semanas do início do tratamento, melhorando em até 4 semanas após a suspensão.

Questão 38

Alguns medicamentos podem contribuir com o aparecimento ou piora da dislipidemia. Sobre as dislipidemias secundárias aos medicamentos, assinale a alternativa correta:

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

A) Os betabloqueadores em altas doses como o atenolol costumam levar ao aumento significativo do colesterol total.

B) Os anticoncepcionais orais levam à redução do colesterol total, do HDL-c e dos triglicérides.

C) A hidroclorotiazida, principalmente se doses maiores do que 25 mg, costuma levar ao aumento dos triglicérides e redução do HDL-c.

D) Os inibidores de protease utilizados em pacientes com HIV levam a diminuição significativa do HDL-c, com pouca interferência nos triglicérides.

E) Os anabolizantes levam a aumento dos triglicerídeos e do HDL-c.

Questão 39

Em relação ao feocromocitoma, assinale a alternativa correta:

A) A manifestação de grave resposta pressórica ou choque em pacientes submetidos à indução anestésica, cirurgia ou trabalho de parto deve levantar suspeita sobre esse diagnóstico.

B) O exame mais sensível para o diagnóstico é a dosagem sérica do ácido vanilmandélico.

C) A tríade característica é composta por cefaleia, rubor facial e palpitações associadas a elevação acentuada dos níveis pressóricos.

D) A investigação dos familiares é essencial, pois mais de 50% dos casos são relacionados a quadros de neoplasia endócrina múltipla do tipo 2 (NEM) que costuma apresentar padrão de herança autossômica dominante.

E) Antes do procedimento para remoção do tumor produtor de catecolaminas é necessário introduzir simultaneamente os alfa e betabloqueadores.

Questão 40

Na medida da PA, seja com técnica auscultatória ou oscilométrica, cuidados importantes devem ser tomados para sua adequada aferição. Sobre a técnica recomendada pelas Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023, é correto:

A) Verificar se o paciente não praticou exercícios físicos há, pelo menos, 30 minutos.

B) Realizar três medidas, com intervalo de 1 minuto, e usar a PA de maior valor. Se houver diferença > 10 mmHg, realizar medidas adicionais.

C) Na avaliação de hipotensão ortostática deve-se aferir a PA no decúbito dorsal e após 5 minutos na posição ortostática.

D) Na primeira consulta, registrar a PA em ambos os braços, preferencialmente de forma simultânea, e usar a leitura do braço que forneceu o menor valor.

E) Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva. Não permitir que o estetoscópio seja colocado sob o manguito (na técnica auscultatória).

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Questão 41

Em relação à resposta da pressão arterial durante o teste ergométrico, assinale a alternativa que demonstra uma resposta pressórica anormal durante o esforço, conforme a Diretriz Brasileira de Ergometria em População Adulta de 2024:

A) Elevação da pressão arterial sistólica para 200 mmHg em homens.

B) Manutenção da pressão arterial diastólica estável durante todo o esforço.

C) Aumento máximo da pressão arterial sistólica em 30 mmHg em relação ao repouso em homens.

D) Elevação da pressão arterial sistólica para 185 mmHg em mulheres.

E) Aumento da pressão arterial diastólica de 10 mmHg em mulheres.

Questão 42

Homem foi ao médico que fez a avaliação do risco cardiovascular pelo escore de risco global com resultado de 13% e optou por solicitar o exame a seguir. Não utiliza medicamentos.

Tomografia computadorizada do torax

- Tomografia computadorizada para avaliação do escore de cálcio coronariano.

Técnica

- Foram realizados cortes tomográficos axiais de 3,0 mm de espessura, em equipamento com múltiplos detectores, com sincronização eletrocardiograma para avaliação do escore de cálcio coronariano.

Indicação clínica

- Avaliação de risco cardiovascular.

Descrição do escore de cálcio coronariano

- O escore de cálcio coronariano do paciente de acordo com o método de Agatston é igual a **322**.

Sobre o caso, é correto afirmar:

A) A solicitação foi inadequada, pois o paciente já é de alto risco cardiovascular.

B) O paciente deve ser enquadrado na categoria de muito alto risco cardiovascular e iniciar estatina de alta potência.

C) Apresenta doença aterosclerótica subclínica devendo ser reclassificado como de alto risco cardiovascular.

D) O paciente continua como de risco cardiovascular intermediário.

E) A introdução de estatina de alta potência é recomendada, devendo repetir o exame em um ano para avaliar a resposta ao tratamento.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Questão 43

Homem obeso, diabético e dislipidêmico refere quadro de dor intensa, edema, vermelhidão e calor em hálux direito, que apresentou rápida melhora com anti-inflamatórios. Refere já ter apresentado episódio semelhante previamente.

Em uso de: Losartana 50 mg 12/12h, hidroclorotiazida 25 mg, anlodipino 10 mg, sinvastatina 20 mg, ciprofibrato de 100 mg e metformina 850 mg 2×/dia.

Qual dos medicamentos está provavelmente contribuindo com o sintoma apresentado:

A) Losartana.
B) Hidroclorotiazida.
C) Ciprofibrato.
D) Sinvastatina.
E) Anlodipino.

Questão 44

Paciente de 55 anos, hipertenso, em uso regular de candesartana 32 mg, clortalidona 25 mg, anlodipino 10 mg e espironolactona 25 mg/dia. Pressão arterial (PA) de consultório: 162×103 mmHg.

Exames laboratoriais

- Creatinina: 1,2 mg/dL; potássio: 3,4 mEq/dL; TSH e T4L normais. Exame físico sem outras alterações significativas.
- MAPA média da PA nas 24 horas de 151×94 mmHg, descenso noturno satisfatório.

Sobre a classificação da hipertensão e conduta, é correto afirmar:

A) Hipertensão refratária, provavelmente causada por adenoma produtor de aldosterona. Deverá manter os medicamentos para evitar o descontrole pressórico e solicitar tomografia das adrenais.
B) Hipertensão resistente. Suspender espironolactona por 4 a 6 semanas, corrigir potássio e dosar aldosterona sérica e atividade de renina plasmática. Se relação A/ARP > 30, com aldosterona > 15, o exame é considerado indicativo de hiperaldosteronismo primário, devendo-se prosseguir a investigação.
C) Hipertensão refratária, provavelmente causada por adenoma produtor de aldosterona. Deverá manter os medicamentos para evitar o descontrole pressórico e solicitar relação aldosterona/atividade de renina plasmática.
D) Hipertensão resistente, provavelmente causada por adenoma produtor de aldosterona ou hiperplasia adrenal bilateral. Deverá manter os medicamentos para evitar o descontrole pressórico e solicitar tomografia de alta resolução das adrenais com contraste.
E) Hipertensão mal controlada, deve-se aumentar a dose de espironolactona para 50 mg e solicitar dosagem de aldosterona e atividade de renina sérica.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Questão 45

Homem de 83 anos com antecedente de HAS, encontrava-se com bom controle clínico, mas nos últimos 3 meses vem apresentando descontrole pressórico mesmo mantendo boa aderência à terapia medicamentosa e a dieta. Fez episódio de edema agudo dos pulmões hipertensivo.

Estava em uso de: levanlodipino 5 mg e clortalidona 25 mg. Foi optado pela troca dos 2 medicamentos pela associação perindopril 10 mg + anlodipino 5 mg + indapamida 2,5 mg. Após a mudança do medicamento evoluiu com piora significativa da função renal (aumento de 100 % na creatinina) e hipercalemia com K de 6,5.

Sobre o caso, assinale o provável mecanismo que contribuiu para a piora clínica e da função renal é:

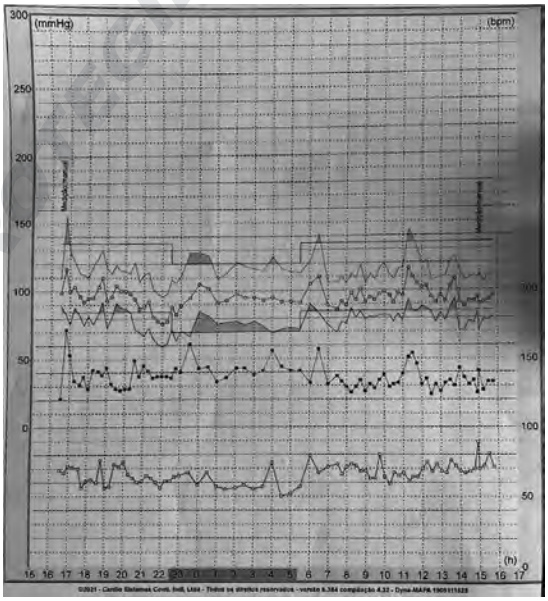
A) Estenose bilateral das artérias renais.
B) Hipoaldosteronismo primário.
C) Estenose unilateral de artéria renal.
D) Hiperaldosteronismo primário.
E) Feocromocitoma.

Questão 46

Homem de 38 anos refere estar sobrecarregado devido ao excesso de trabalho e está apresentando elevação dos níveis pressóricos em momentos de estresse. PA no consultório 145×93 mmHg FC 80 bpm.

Nega comorbidades ou uso de medicamentos.

Realizou a MAPA 24 horas, reproduzida a seguir.



MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

PA diastólica média nas 24 horas de 78 mmHg e na vigília de 80 mmHg (a PAS deverá ser analisada pelo gráfico acima).

O diagnóstico é:

A) Hipertensão verdadeira, estágio I.
B) Hipertensão do avental branco, comportamento normal da PA nas 24 horas.
C) Hipertensão verdadeira, estágio II.
D) Hipertensão reativa.
E) Hipertensão do avental branco e descenso noturno inadequado da pressão arterial durante o sono.

Questão 47

Mulher de 48 anos comparece à consulta de rotina com cardiologista após insistência de sua filha. Faz muitos anos que não faz seguimento médico. Sem queixas.

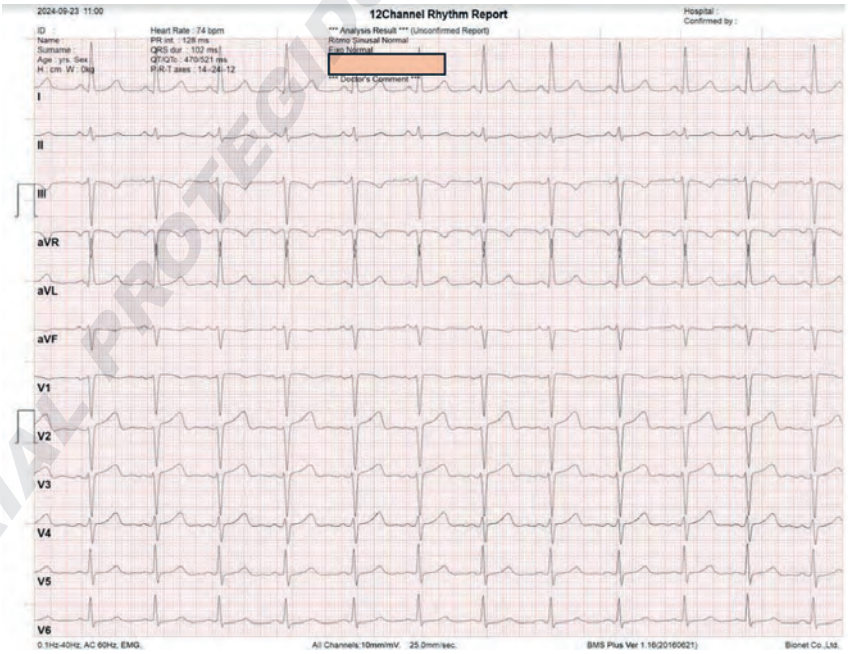
Não realiza exercícios físicos regulares.

Ao exame: Bom estado geral, corada, auscultas cardíaca e pulmonar normais, pulsos presentes e simétricos, sem edema.

PA 155×96 mmHg FC 88 bpm, peso 76 kg, IMC 28,2 kg/m^2.

Exames laboratoriais sem alterações significativas.

Realizou o eletrocardiograma a seguir.



MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Sobre o caso, assinale a alternativa correta:

A) A paciente é de baixo risco cardiovascular, devendo ser orientada sobre exercícios físicos regulares, dieta e perda ponderal, com reavaliação sobre a necessidade de introdução de anti-hipertensivos em 3 a 6 meses.

B) Está recomendado o início de terapia anti-hipertensiva, em monoterapia, com IECA/BRA ou bloqueador dos canais de cálcio, ou diurético tiazídico.

C) Solicitar MAPA 24 horas ou MRPA para confirmação do diagnóstico de HAS antes da introdução de anti-hipertensivos, pois o quadro é sugestivo de HAS do avental branco.

D) Está recomendada a introdução de anti-hipertensivos em associação, sendo um IECA/BRA + tiazídico ou IECA/BRA + bloqueador dos canais de cálcio, boas opções.

E) A paciente é de risco intermediário, com indicação do uso de anti-hipertensivo em monoterapia, sendo o IECA a classe preferencial devido ao sobrepeso.

Questão 48

Mulher com histórico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) de longa data, controlada com uso de losartana 50 mg/dia e anlodipino 5 mg/dia. Será submetida à cirurgia de gastrectomia devido a câncer gástrico.

No exame físico, apresenta pressão arterial (PA) de **128×78 mmHg**.

Sobre o caso clínico, qual alternativa está correta:

A) Há redução de desfechos cardiovasculares (CV) ao se manter o BRA no período perioperatório. Os anti-hipertensivos deveriam ser passados para a noite.

B) Não há redução de desfechos CV ao se manter o BRA no período perioperatório. Os anti-hipertensivos deveriam ser passados para a noite.

C) Há redução de desfechos CV ao se manter o BRA no período perioperatório. Os anti-hipertensivos deveriam ser mantidos pela manhã.

D) Não há diferença de desfechos em manter ou não o BRA no período perioperatório, assim como não há diferença em administrar os anti-hipertensivos de manhã ou à noite.

Questão 49

Homem de 47 anos, assintomático comparece à consulta de rotina. A estratificação do risco cardiovascular pela calculadora da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) resultou em um ERG de 13%, com LDL de 93 mg/dL. Optou-se por solicitar escore cálcio que mostrou resultado de 373.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Sobre esse cenário, de acordo com as diretrizes atuais de angiotomografia e ressonância da SBC, é correto afirmar que:

A) O paciente é classificado como de muito alto risco cardiovascular.

B) Recomenda-se o início de estatina de alta potência visando redução do LDL para $\leq$ 70 mg/dL, com a consideração de AAS em dose de 81-100 mg/dia.

C) A indicação mais adequada seria a solicitação de angiotomografia de coronárias para melhor estratificação do risco.

D) O escore de cálcio não possui aplicação na investigação de pacientes com baixo risco cardiovascular.

Questão 50

Mulher de 66 anos vem à consulta de rotina com histórico de infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST ocorrido há dois meses. Realizou angioplastia transluminal coronariana da artéria descendente anterior, com colocação de stent farmacológico. Relata dores e fraqueza na porção proximal das pernas há seis semanas. Possui antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, pré-diabetes, sobrepeso e doença arterial coronariana. Faz uso das seguintes medicações: ácido acetilsalicílico 100 mg ao dia, ticagrelor 90 mg a cada 12 horas, atorvastatina 40 mg ao dia (iniciada há dois meses), enalapril 10 mg a cada 12 horas e bisoprolol 5 mg ao dia.

Exames laboratoriais mostram LDL de 93 mg/dL, HDL de 43 mg/dL, CPK de 90 U/L, TSH de 2,3 µU/mL e vitamina D de 27 ng/mL.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar:

A) Está descartada miopatia por estatina, já que os níveis de CPK estão normais.

B) Paciente apresenta intolerância à estatina, devendo suspender-se a medicação e iniciar outra classe de hipolipemiante.

C) Os únicos hipolipemiantes que mostraram redução de desfechos ao diminuir LDL foram estatinas, ezetimibe e inibidores de PCSK9.

D) Deve-se considerar o uso de outro tipo de estatina.

Questão 51

Puérpera de 33 anos foi encaminhada ao consultório devido à identificação de alterações significativas nos exames laboratoriais e ao aparecimento de lesões dermatológicas mostradas a seguir:

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS





Qual das alterações laboratoriais a seguir está provavelmente relacionada ao caso:

A) LDL colesterol de 288 mg/dL.
B) Triglicerídeos de 5600 mg/dL.
C) HDL de 100 mg/dL.
D) Glicemia de 420 mg/dL.

Questão 52

A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) possibilita maior número de medidas, leituras noturnas, medições em condições da vida real, permite avaliar a variabilidade da pressão e é melhor preditora do risco cardiovascular do que a PA obtida no consultório.

Conforme as Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023, qual dos pacientes a seguir teria indicação formal (I) para realização da MAPA:

A) Mulher de 52 anos com PA 182×104 mmHg, sem queixas, nega comorbidades ou uso de medicamentos.
B) Mulher de 50 anos com PA 148×94 mmHg, mensurada em duas ocasiões, antecedente de AVC isquêmico e transtorno de ansiedade, em uso de sinvastatina 40 mg e AAS 100 mg.
C) Homem de 63 anos com PA 160×100 mmHg, antecedente de DRC estágio III, em uso irregular de enalapril 20 mg 12/12h e Hidroclorotiazida 25 mg.
D) Homem diabético de 43 anos, com PA 136×86 mmHg, SVE no eletrocardiograma e que não usa anti-hipertensivos.
E) Mulher de 32 anos, gestante, com 28 semanas, com PA normal no início da gestação, evoluindo com proteinúria e PA 162×112 mmHg.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS