

MEDICINA
RESIDÊNCIA
CURSO EXTENSIVO
CADERNO DE QUESTÕES

CARDIOLOGIA - PARTE 1

Seção de Questões (102 questões)

Diagnóstico e Monitoramento da Hipertensão Arterial

Técnicas e Protocolos para Aferição da Pressão Arterial (Consultório, Domicílio, Populações Específicas)

Questão 1 (ID 2)

Banca / ano: AMRIGS / 2025

Enunciado:

Sobre a hipertensão arterial sistêmica, analise as assertivas a seguir:

I. Para diagnóstico, indica-se a medição anual de pressão arterial se a pressão arterial aferida for inferior a 140/90 mmHg.

II. O diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica deve ser baseado na medição da pressão fora do consultório com monitorização ambulatorial da pressão arterial, desde que seja viável sua realização.

III. História prévia de pré-eclâmpsia em mulheres é fator de risco para hipertensão arterial sistêmica. Quais estão corretas?

Alternativas:

- A: Apenas I e II.
- B: Apenas I e III.
- C: Apenas II e III.
- D: I, II e III.

[Ver Resposta](#)

Questão 2 (ID 14)

Banca / ano: PSU GO / 2024

Enunciado:

Durante uma consulta, o médico de família afere a pressão arterial (PA) do seu paciente conforme recomendado pela Diretriz Brasileira de Hipertensão (2020). A suspeita é de que o paciente esteja com hipertensão, visto que o resultado da primeira medida foi de 146 x 92 mmHg em membro superior esquerdo (MSE). De posse dessa informação, após a primeira aferição, e para definir o diagnóstico do paciente em questão, a conduta adotada pelo médico deverá ser:

Alternativas:

- A: aguardar pelo menos 5 minutos a partir do esvaziamento do manguito e repetir a aferição no outro membro, se for registrada uma diferença entre os braços < 10 mmHg, aferir mais uma vez no membro de PA mais elevada e a PA do paciente será a média das duas últimas leituras. Se a média for qualquer valor maior ou igual a 140/90 mmHg, o paciente será considerado hipertenso nesta



consulta.

- **B:** aguardar pelo menos 5 minutos a partir do esvaziamento do manguito, repetir a aferição no outro membro, se for registrada uma diferença entre os braços < 10 mmHg, aferir mais uma vez no membro de PA mais elevada e a PA do paciente será a média das duas últimas leituras. Se a média for qualquer valor maior ou igual a 140/90 mmHg, o paciente deverá ser reavaliado em nova consulta para estabelecer diagnóstico.

- **C:** aguardar pelo menos 1 minuto a partir do esvaziamento do manguito, repetir a aferição no mesmo membro e a PA do paciente será a média das duas leituras. Se a média for qualquer valor maior ou igual a 140/90 mmHg, o paciente deverá ser reavaliado em nova consulta para estabelecer diagnóstico.

- **D:** aguardar pelo menos 1 minuto a partir do esvaziamento do manguito, repetir a aferição no outro membro, se for registrada uma diferença entre os braços < 10 mmHg da PA, aferir mais uma vez no membro de PA mais elevada e a PA do paciente será a média das duas últimas leituras. Se a média for qualquer valor maior ou igual 180/110 mmHg o paciente será considerado hipertenso nesta consulta.

[Ver Resposta](#)

Questão 3 (ID 45)

Banca / ano: HFA / 2021

Enunciado:

A hipertensão arterial atinge grande parte dos brasileiros e contribui para a morbimortalidade cardiovascular. Em 2016, a Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou a Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. De acordo com essa Diretriz, julgue o item.

Na medição de pressão arterial no consultório médico, não é mais recomendada a estimativa da pressão sistólica pela palpação da artéria radial quando for utilizado o método auscultatório.

Alternativas:

- **C:** Certo.

- **E:** Errado.

[Ver Resposta](#)

Questão 4 (ID 64)

Banca / ano: SUS SP / 2019

Enunciado:

Desaparecimento dos sons soprosos e surgimento de sons mais nítidos e intensos. Tem por base teórica que com a diminuição da pressão da bolsa a artéria permanece aberta na sístole mas fechada na telediástole. O texto acima descreve os sons de Korotkoff na fase

Alternativas:

- **A:** 4

- **B:** 5

- **C:** 2



- D: 1

- E: 3

[Ver Resposta](#)

Questão 5 (ID 83)

Banca / ano: CEOQ / 2019

Enunciado:

A MAPA pode dar informações clínicas valiosas em pacientes idosos, como nos casos de suspeita de hipotensão arterial ortostática, pós-prandial, medicamentosa e situacional. É CORRETO que, no idoso, o descenso da PA durante o sono:

Alternativas:

- **A:** Não é relacionado com a redução da resistência vascular periférica, enquanto no jovem esse fenômeno é relacionado com a redução do débito cardíaco.

- **B:** É relacionado com ao aumento da resistência vascular periférica, enquanto no jovem esse fenômeno é relacionado com a redução do débito cardíaco.

- **C:** É relacionado com a redução da resistência vascular periférica, enquanto no jovem esse fenômeno não é relacionado com a redução do débito cardíaco.

- **D:** É relacionado com a redução da resistência vascular periférica, enquanto no jovem esse fenômeno é relacionado com a redução do débito cardíaco.

[Ver Resposta](#)

Questão 6 (ID 89)

Banca / ano: PUC Sorocaba / 2018

Enunciado:

Dona Maria tem 72 anos e veio para consulta no ambulatório de Nefrologia por apresentar hipertensão arterial (HA) resistente, segundo a guia de encaminhamento que ela trazia da UBS. Assinale a alternativa CORRETA em relação aos aspectos da medida da pressão arterial (PA) de Dona Maria:

Alternativas:

- **A:** As VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2016 preconizam a aferição da PA de Dona Maria na posição supina e após 5 minutos, na posição ortostática

- **B:** A circunferência braquial de Dona Maria é 40 cm. O manguito adequado para uso é o do adulto padrão e, usando-se esse manguito, não haverá necessidade de correção das medidas por meio de tabelas

- **C:** Dona Maria tem hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons durante a deflação do manguito, resultando em valores falsamente altos para a PA sistólica ou falsamente baixos para a PA diastólica.

- **D:** A suspeita de pseudo-hipertensão deve ser levantada caso você note que a artéria radial de



Donna Maria permanece ainda palpável após a insuflação do manguito pelo menos 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso radial.

[Ver Resposta](#)

Questão 7 (ID 148)

Banca / ano: CEOQ / 2017

Enunciado:

Dentro da necessidade de avaliação inicial de um paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) inclui a confirmação do diagnóstico, com correta metodologia de aferição da PA, INADEQUADAMENTE descrita em uma das alternativas a seguir. Assinale- a:

Alternativas:

- **A:** Posicionamento: o paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas e pés apoiados no chão.
- **B:** O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para baixo e as roupas não devem garrotear o membro.
- **C:** Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos.
- **D:** Posicionamento: o paciente deve estar sentado, dorso recostado na cadeira e relaxado.

[Ver Resposta](#)

Questão 8 (ID 123)

Banca / ano: SCMCG / 2017

Enunciado:

A PA deve ser medida em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde devidamente capacitados. Recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos, sendo necessário que se tenha os seguintes cuidados, excetuando a alternativa INADEQUADA de acordo com os protocolos vigentes.

Alternativas:

- **A:** Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia.
- **B:** Certificar-se de que o paciente não praticou exercícios físicos há pelo menos 20 minutos.
- **C:** Certificar-se de que o paciente não ingeriu bebidas alcoólicas.
- **D:** Certificar-se de que o paciente não fumou nos 30 minutos anteriores.

[Ver Resposta](#)

Questão 9 (ID 165)

Banca / ano: HOB / 2016

Enunciado:



De acordo com o documento VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a aferição da pressão arterial deve ser feita a partir de

Alternativas:

- A: Dois minutos de repouso em ambiente calmo.
- B: Doze horas de abstinência sexual.
- C: Deflação do manguito na velocidade de 10 mmHg por segundo.
- D: Sessenta minutos sem atividade física.
- E: Duas horas sem uso de tabaco

[Ver Resposta](#)

Questão 10 (ID 162)

Banca / ano: CCANSPS / 2016

Enunciado:

Sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, assinale a alternativa CORRETA:

Alternativas:

- A: O diagnóstico idealmente é feito através da medida da pressão arterial da artéria braquial, com o paciente em repouso por pelo menos 5 minutos, com o manguito na altura do pré-córdio e o paciente deitado em decúbito dorsal horizontal.
- B: Em um paciente com PA 185 x 120mmHg recomenda-se pelo menos duas outras medidas de Pressão Arterial maiores que 140 x 90mmHg para se fazer o diagnóstico de Hipertensão Arterial.
- C: Dado a gravidade e o potencial de tratamento, recomenda-se atualmente descartar Hipertensão renovascular em todos os pacientes recém diagnosticados com Hipertensão Arterial.
- D: Recomenda-se solicitar um eletrocardiograma, perfil lipídico, glicemia de jejum, função renal, eletrólitos e urina tipo I para todos os pacientes recém diagnosticados com Hipertensão Arterial.

[Ver Resposta](#)

Critérios Diagnósticos, Confirmação e Abordagem Inicial da Hipertensão

Questão 11 (ID 48)

Banca / ano: SUS Bahia / 2021

Enunciado:

Mulher, 60 anos de idade, é acompanhada na Unidade de Saúde da Família (USF) por diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. Na primeira visita à USF, há cerca de 6 meses, a PA estava em 182x100mmHg. Atualmente, assintomática. Nega outras comorbidades. Em uso regular de metformina 850mg duas vezes ao dia, losartana 50mg de 12/12h e anlodipina 10mg ao dia, há cerca de 6 meses. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, com FC: 70bpm, PA: 166x96mmHg em ambos os membros superiores e glicemia capilar de 110mg/dL. Pulsos palpáveis e simétricos. Exame segmentar sem alterações. Traz monitorização residencial da pressão arterial, com PAS entre 140 e 172mmHg e PAD entre 90 e 96mmHg.



Indique a classificação para a pressão dessa paciente na primeira visita à Unidade de Saúde da Família. (

Alternativas:

- A: Pressão arterial elevada.
- B: Hipertensão arterial sistêmica estágio 1.
- C: Hipertensão arterial sistêmica estágio 2.
- D: Hipertensão arterial sistêmica estágio 3.

[Ver Resposta](#)

Questão 12 (ID 51)

Banca / ano: AMP / 2021

Enunciado:

O diagnóstico de Hipertensão Arterial pode ser feito a partir de medidas casuais em consultório ou em medidas feitas fora do ambiente de consultório (Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial - MAPA). As medidas podem ser classificadas como normais ou elevadas nos dois contextos diferentes. Com respeito ao diagnóstico de Hipertensão arterial, considere as afirmações abaixo.

I - Hipertensão do Jaleco Branco é a situação de medidas casuais em consultório acima da faixa normal, com medidas normais na MAPA. É uma situação de bom prognóstico, próximo a do normotenso.

II - Hipertensão Mascarada é a situação onde as medidas em consultório são normais, mas as medidas na MAPA são elevadas. É uma situação de bom prognóstico, próximo ao do normotenso.

III - As pressões arteriais medidas em ambiente de consultório tendem a ser mais baixas que as feitas em ambiente fora do consultório.

Selecione a opção correta.

Alternativas:

- A: As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- B: As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- C: As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- D: As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- E: As afirmativas I, II e III são falsas.

[Ver Resposta](#)

Questão 13 (ID 98)

Banca / ano: PMFI / 2018

Enunciado:

Paciente negra, sexo feminino, 54 anos de idade, tabagista e obesa, apresenta-se na primeira consulta com quadro compatível com hipertensão arterial (170 x 100 mmHg), com queixas de



sudorese noturna e ondas de calor e com história familiar positiva para hipertensão. Iniciou tratamento com hidroclorotiazida (diurético). Na consulta seguinte (após três semanas) apresentava-se com pressão arterial de 165 x 90 mmHg. Escolha a alternativa que melhor descreve o quadro clínico/diagnóstico desta paciente.

Alternativas:

- A: Hipertensão arterial primária.
- B: Baixa resposta do controle pressórico por ansiedade e possivelmente influenciado pela menopausa.
- C: Hipertensão arterial secundária.
- D: Hiperaldosteronismo secundário.

[Ver Resposta](#)

Questão 14 (ID 86)

Banca / ano: SMS / 2018

Enunciado:

Segundo o consenso da VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a partir de qual valor considera-se hipertensão ?

Alternativas:

- A: 140x90mmhg.
- B: 130x85mmhg.
- C: 135x85mmhg.
- D: 135x80mmhg.
- E: 120x80mmhg.

[Ver Resposta](#)

Questão 15 (ID 111)

Banca / ano: FBHC / 2017

Enunciado:

Paciente de 35 anos de idade, procura atendimento ambulatorial pela primeira vez por queixa de pressão alta; assintomático no momento da consulta, sem comorbidades conhecidas e com histórico familiar pobre para doenças crônico-degenerativas e eventos cardiovasculares maiores. Segue um trecho da consulta: - Doutor, venho tendo dores de cabeça constantes nos últimos 2 meses. Toda vez que minha pressão sobe, tenho dor de cabeça. Já fui no pronto-socorro várias vezes. Minha pressão já chegou até a 16! - Já mediu a pressão em casa, quando não está com dor de cabeça? - Ah doutor! Todas as vezes que eu meço a pressão, ela sempre dá normal. Mas quando a dor de cabeça vem, não sei o que acontece, ela sempre sobe. Sabendo que a pressão do paciente se encontra em níveis normais nessa primeira consulta e que ao exame físico não foram identificadas alterações marcantes, marque a alternativa INCORRETA:

Alternativas:



- **A:** Para diagnóstico de hipertensão de avental branco, a monitorização ambulatorial da pressão arterial é imprescindível.
- **B:** As medidas não-farmacológicas devem ser indicadas para este paciente.
- **C:** O paciente deverá ter seu diagnóstico confirmado em 30 dias.
- **D:** O diagnóstico de hipertensão arterial deverá ser suspeitado em todo paciente com medidas casuais seriadas de pressão arterial maiores que 140 x 90 mmHg.
- **E:** Tanto a técnica oscilométrica automática quanto a técnica auscultatória, quando realizadas dentro de metodologia e calibração ótimas, são validadas para diagnóstico e seguimento da pressão arterial.

[Ver Resposta](#)

Questão 16 (ID 159)

Banca / ano: UEPA Belém / 2016

Enunciado:

De acordo com as atuais Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, o corte para considerar indivíduos adultos da população geral (baseando-se nos níveis sustentados de pressão arterial em medida convencional do consultório) como hipertensos é:

Alternativas:

- **A:** "maior ou igual a" 110/75 mmHg
- **B:** "maior ou igual a" 120/80 mmHg
- **C:** "maior ou igual a" 130/80 mmHg
- **D:** "maior ou igual a" 140/90 mmHg
- **E:** "maior ou igual a" 160/90 mmHg

[Ver Resposta](#)

Questão 17 (ID 170)

Banca / ano: Faculdade de Medicina do ABC / 2015

Enunciado:

Homem de 51 anos, tabagista, sem uso de medicamentos, com pai diabético, falecido por infarto agudo do miocárdio aos 65 anos, apresenta circunferência abdominal de 93 cm, IMC = 24,3 kg/m² e Pressão Arterial (PA) = 155/95 mmHg em medida isolada. O exame cardiovascular não mostrou alterações relevantes. Exames Laboratoriais: Glicemia de jejum 100 mg/dl; colesterol total 198 mg/dl; HDL-C 52 mg/dl; LDL-C 123 mg/dl; triglicéride 115 mg/dl; creatinina 0,8 mg/dl. Eletrocardiograma: Sem alterações patológicas. Sobre o tratamento da pressão arterial deste paciente, é CORRETO afirmar que:

Alternativas:

- **A:** Os dados apresentados confirmam o diagnóstico de hipertensão arterial estágio 2 de alto risco e o tratamento farmacológico deve ser iniciado imediatamente.



- **B:** A PA está elevada, entretanto este comportamento alterado deve ser confirmado em 6 meses.
- **C:** Devem-se orientar medidas não farmacológicas e confirmar a elevação da pressão arterial em pelo menos duas outras ocasiões.
- **D:** A PA está elevada e devem ser solicitados mais exames complementares para guiar a conduta terapêutica.

[Ver Resposta](#)

Questão 18 (ID 183)

Banca / ano: Faculdade de Medicina do ABC / 2014

Enunciado:

J.P.S., 22 anos, masculino. Encaminhado ao seu consultório devido aferição de valores de pressão arterial elevados durante campanha de rastreamento no metrô. Refere que os valores aferidos foram de 150 x 90 mmHg. Em relação ao diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), de acordo com o sétimo Joint National Committee, assinale a alternativa correta:

Alternativas:

- **A:** Este é o típico caso onde a Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA) é defendida, ou seja, hipertensão arterial sistêmica estágio I em indivíduo jovem.
- **B:** Nesta situação o diagnóstico de HAS já está estabelecido e a prioridade nesta fase, frente a idade do paciente, é a investigação de causas secundárias de HAS.
- **C:** Dados de campanhas de prevenção ou rastreamento de doenças prevalentes na população geral são dispensáveis, uma vez que trazem informações em ambientes adversos, as quais não devem ser investigadas futuramente.
- **D:** Neste caso não podemos dar o diagnóstico, inicialmente, de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma vez que o indivíduo deve estar em repouso ao menos por 5 minutos, preferencialmente sentado com os pés apoiados no chão e braço na altura do coração. Cafeína, tabaco ou exercício físico evitado ao menos por 30 minutos antes da aferição.

[Ver Resposta](#)

Questão 19 (ID 195)

Banca / ano: HMMG / 2013

Enunciado:

Paciente de 68 anos, sem uso de qualquer medicação, apresenta em várias medidas de pressão arterial (PA) em consultório níveis tensionais entre 140 e 146 mmHg de PA sistólica e entre 90 e 91 mmHg de PA diastólica. À monitorização ambulatorial de PA (MAPA), média de PA em vigília de 134 x 86 mmHg. O paciente deve ser classificado como:

Alternativas:

- **A:** Portador de hipertensão do avental branco.
- **B:** Normotenso.
- **C:** Portador de hipertensão arterial lábil.



- D: Hipertenso

[Ver Resposta](#)

Aplicações e Interpretação da MAPA e MRPA no Diagnóstico e Monitoramento

Questão 20 (ID 34)

Banca / ano: AMP / 2022

Enunciado:

Entre as causas de óbito na população em geral, as doenças cardiovasculares são muito comuns. E esta mortalidade tem importante influência do comportamento da pressão arterial. O método mais comum de aferição de pressão arterial é o uso de esfigmomanômetro, seja por técnica auscultatória, seja técnica oscilométrica, em ambiente de consulta médica. Mas este método pode não refletir o comportamento da pressão arterial em ambiente ambulatorial, fora do consultório médico. Com respeito ao diagnóstico da pressão arterial, analise as assertivas abaixo.

I – Chama-se hipertensão do avental branco quando o paciente está com sua pressão arterial elevada na medida em consultório, mas com pressão arterial normal por um método extra consultório (como a monitorização ambulatorial de pressão arterial). Tem risco de complicações semelhantes ao dos não hipertensos.

II – Chama-se hipertensão mascarada quando o paciente está com sua pressão arterial normal na medida em consultório, mas com pressão arterial elevada por um método extra consultório (como a monitorização ambulatorial de pressão arterial). Tem risco de complicações semelhantes ao risco dos não hipertensos.

III – O real não hipertenso é o paciente que tem pressão arterial normal na medida em consultório, com pressão arterial igualmente normal no ambiente extra consultório. Tem o menor risco de complicações decorrentes do comportamento da pressão arterial.

Selecione a opção correta.

Alternativas:

- A: As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.

- B: As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

- C: As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

- D: As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

- E: As afirmativas I, II e III são falsas.

[Ver Resposta](#)

Questão 21 (ID 43)

Banca / ano: HFA / 2021

Enunciado:

A hipertensão arterial atinge grande parte dos brasileiros e contribui para a morbimortalidade cardiovascular. Em 2016, a Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou a Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. De acordo com essa Diretriz, julgue o item.



Pacientes que apresentem pressão de 120 x 80 mmHg no consultório médico e de 150 x 100 mmHg na monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA) de 24 horas são definidos como portadores de hipertensão do avental branco.

Alternativas:

- C: Certo.

- E: Errado.

[Ver Resposta](#)

Questão 22 (ID 56)

Banca / ano: UNIRIO / 2020

Enunciado:

Na hipertensão do jaleco branco o procedimento a ser feito para confirmar o diagnóstico é

Alternativas:

- A: MAPA.

- B: melhorar a relação médico-paciente.

- C: ecocardiograma transtorácico.

- D: prescrever benzodiazepínico.

- E: dieta com restrição de sal.

[Ver Resposta](#)

Questão 23 (ID 79)

Banca / ano: HOA / 2019

Enunciado:

As áreas sob as curvas, como um modelo de interpretação do comportamento da PA pela MAPA, foram avaliadas em comparação com outros parâmetros obtidos – por exemplo, cargas de pressão e médias de PA – mostrando excelente correlação. Assinale a opção CORRETA.

Alternativas:

- A: Porém, a falta de estudos correlacionando esses valores de áreas sob as curvas obtidas com morbidade e mortalidade faz com que seu uso na prática clínica e na interpretação do exame ainda não seja autorizado.

- B: Porém, a falta de estudos correlacionando esses valores de áreas sob as curvas obtidas com morbidade e mortalidade faz com que seu uso na prática clínica e na interpretação do exame seja autorizado.

- C: Porém, a falta de estudos correlacionando esses valores de áreas sob as curvas obtidas com morbidade e mortalidade faz com que seu uso na prática clínica e na interpretação do exame seja rotineiro.

- D: Porém, a falta de estudos correlacionando esses valores de áreas sob as curvas obtidas com



morbidade e mortalidade faz com que seu uso na prática clínica e na interpretação do exame seja o padrão.

[Ver Resposta](#)

Questão 24 (ID 91)

Banca / ano: USP / 2018

Enunciado:

Homem, 40 anos, assintomático, procura atendimento médico devido à hipertensão arterial sistêmica. Em uso de Enalapril 10 mg de 12/12h. Exame físico: FC = 80 bpm, pressão arterial aferida no consultório = 148 x 90 mmHg. Submetido à monitorização ambulatorial da pressão arterial : Média das medidas da pressão arterial nas 24h = 134 x 82 mmHg; na vigília = 136 x 86 mmHg. Qual é o diagnóstico?

Alternativas:

- A: Hipertensão mascarada.
- B: Hipertensão controlada.
- C: Hipertensão do avental branco.
- D: Hipertensão não controlada.

[Ver Resposta](#)

Questão 25 (ID 142)

Banca / ano: CEOQ / 2017

Enunciado:

Para auxiliar o diagnóstico de hipertensão, pode ser proposta a medição da PA fora do consultório. A PA fora do consultório pode ser obtida através da Medição Residencial da Pressão Arterial (MRPA), ou da MAPA de 24 horas. As medições da PA fora do consultório devem ser estimuladas, podendo ser realizadas por equipamento semiautomático do próprio paciente ou dos serviços de saúde. As principais vantagens da medição da PA fora do consultório estão listadas a seguir, com a EXCEÇÃO de uma delas. Aponte-a:

Alternativas:

- A: Maior número de medidas obtidas.
- B: Refletem as atividades usuais dos examinandos.
- C: Menor engajamento dos pacientes com o diagnóstico e o seguimento.
- D: Abolição ou sensível redução do efeito de avental branco.

[Ver Resposta](#)

Questão 26 (ID 140)

Banca / ano: CEOQ / 2017



Enunciado:

Recentemente um antigo paciente, que você acompanha no ambulatório de clínica médica, evolui mal e teve indicado o início de Hemodiálise devido à lesão causada pela hipertensão. Ele o procurou bastante arrependido de não ter se medicado adequadamente no passado, mas pediu novamente a sua orientação, apesar de já ter sido transferido de especialidade. Em consideração aos anos de convívio, você o orientou ADEQUADAMENTE, conforme o contido em uma das alternativas a seguir. Assinale-o.

Alternativas:

- **A:** A medição da PA desses pacientes deve ser feita preferencialmente fora das unidades de diálise, nos intervalos interdialíticos.
- **B:** As decisões terapêuticas baseadas na medição de PA residencial associam-se a um pior controle pressórico interdialítico avaliado pela MAPA de 24h em comparação à medição de PA pré-diálise.
- **C:** Quando utilizamos a mensuração dos níveis pressóricos pré-diálise, ocorre que a PA obtida dessa forma, além de apresentar grande variabilidade, está geralmente superestimada.
- **D:** Quando utilizamos a mensuração dos níveis pressóricos, ela é subestimada quando obtida após a diálise.

[Ver Resposta](#)

Questão 27 (ID 112)

Banca / ano: UFCG / 2017

Enunciado:

Conforme as VII Diretrizes Brasileiras de HAS, qual o valor da PA que caracteriza hipertensão na monitorização ambulatorial da PA na vigília?

Alternativas:

- **A:** 140 x 90 mmHg.
- **B:** 130 x 80 mmHg.
- **C:** 130 x 85 mmHg.
- **D:** 135 x 85 mmHg.
- **E:** 120 x 70 mmHg.

[Ver Resposta](#)

Questão 28 (ID 127)

Banca / ano: FUBOG / 2017

Enunciado:

A respeito da Hipertensão Mascarada, marque a opção CORRETA.

Alternativas:

- **A:** Não se relaciona com maior risco na população diabética.
- **B:** É caracterizada por valores normais da PA no consultório, porém com PA elevada pela MAPA ou medidas residenciais.
- **C:** Não ocorre relação com dados pessoais, como sexo masculino, tabagismo, consumo de álcool, atividade física e hipertensão induzida pelo exercício.
- **D:** Sua prevalência é menor quando a PA do consultório está no nível limítrofe.

[Ver Resposta](#)

Questão 29 (ID 204)

Banca / ano: AMP / 2012

Enunciado:

Através das populações, os riscos de doença cardíaca e acidente vascular cerebral (AVC) aumentam continua e logaritmicamente com níveis crescentes de pressão arterial sistólica e diastólica de 115/75 mmHg, ou acima deste valor. A hipertensão arterial acomete cerca de 1 bilhão de pessoas no mundo todo. Em relação à hipertensão arterial analise as afirmativas abaixo.

- I. Hipertensão na gravidez constitui uma indicação para monitorização ambulatorial da pressão arterial.
- II. Em pacientes diabéticos, a pressão arterial alvo é < 130/80 mmHg.
- III. Se a suspeita diagnóstica é de hipertensão parenquimatosa renal a testagem diagnóstica recomendada é através de ultrassonografia renal
- IV. Em pacientes com hipertrofia ventricular esquerda, a pressão arterial alvo é < 140/90 mmHg.

Marque a resposta correta:

Alternativas:

- **A:** As afirmativas I, II e III estão corretas.
- **B:** As afirmativas II e IV estão corretas.
- **C:** As afirmativas III e IV estão corretas.
- **D:** As afirmativas II, III e IV estão corretas.
- **E:** As afirmativas I, II e IV estão corretas.

[Ver Resposta](#)

Questão 30 (ID 210)

Banca / ano: USP / 2011

Enunciado:

Homem, 52 anos de idade, assintomático, realizou exame anual de rotina, que foi normal, com média da pressão arterial (3 medidas) de 132 x 86 mmHg. Foi solicitado eletrocardiograma que evidenciou sobrecarga de ventrículo esquerdo e alterações difusas da repolarização ventricular. A seguir, foi solicitada Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) que evidenciou média das medidas em vigília de 142 x 90 mmHg e média das medidas durante o sono de 132 x 84 mmHg. Diante do exposto, o diagnóstico é:



Alternativas:

- **A:** Normotensão.
- **B:** Hipertensão do avental branco.
- **C:** Hipertensão mascarada.
- **D:** Hipertensão primária estágio I.

[Ver Resposta](#)

Classificação da Hipertensão e Estratificação de Risco Cardiovascular

Classificação dos Níveis Pressóricos: Estágios da Hipertensão e Pré-Hipertensão

Questão 31 (ID 49)

Banca / ano: IAMSPE / 2021

Enunciado:

Um paciente de 28 anos de idade, branco, com IMC de 24 kg/m², sem antecedentes prévios, procurou atendimento em UBS, pois, em um exame admissional, fora constatada uma PA de 170 x 100 mmHg. Negou história familiar de hipertensão arterial e doenças prévias. Ao exame físico na UBS, tinha PA de 200 x 100 mmHg e estava assintomático, sem outras alterações.

Assinale a alternativa que apresenta a abordagem inicial correta para o paciente.

Alternativas:

- **A:** Nenhum exame deverá ser solicitado por tratar-se de paciente jovem. Somente o controle da PA deverá ser feito.
- **B:** Somente exames cardiológicos (ECG, radiografia de tórax e ecocardiograma) deverão ser solicitados.
- **C:** Deverão ser solicitados os exames cardiológicos, de glicemia de jejum, de colesterol total e frações e de triglicerídeos.
- **D:** Deverão ser solicitados Doppler de artéria renal, atividade de renina e aldosterona.
- **E:** Os exames de urina I, ureia, creatinina, potássio, glicemia de jejum, colesterol, HDL, triglicerídeos e ácido deverão ser solicitados.

[Ver Resposta](#)

Questão 32 (ID 50)

Banca / ano: SES DF / 2021

Enunciado:

Determinado paciente de 58 anos de idade, tabagista, com histórico de IAM há cinco anos e DM2, em uso de metformina, comparece à consulta com os seguintes exames laboratoriais: glicemia = 136 mg/dL; colesterol HDL = 32 mg/dL; colesterol LDL = 192,3 mg/dL; e creatinina sérica = 1,32 mg/



dL. Apresenta medida de PA = 165 mmHg x 102 mmHg, FC = 80 bpm, SatO2 = 92% com níveis tensionais confirmados em duas consultas com mais de quatro semanas entre elas.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

Trata-se de um caso de HAS estágio 2.

Alternativas:

- C: Certo.

- E: Errado.

[Ver Resposta](#)

Questão 33 (ID 94)

Banca / ano: UERN / 2018

Enunciado:

É considerada hipertensão arterial sistêmica estágio 1:

Alternativas:

- A: Pressão sistólica entre 140-159 mmHg e diastólica entre 90-99 mmHg.

- B: Pressão sistólica maior que 140 mmHg e diastólica menor que 90 mmHg.

- C: Pressão sistólica entre 130-139 mmHg e diastólica entre 85-89 mmHg.

- D: Pressão sistólica entre 160-169 mmHg e diastólica entre 100-109 mmHg.

[Ver Resposta](#)

Questão 34 (ID 100)

Banca / ano: SMS / 2018

Enunciado:

Segundo o "8° Joint" (JAMA. 2014;311(5): 507-520. doi: 10.1001/jama.2013.284427 Published online December 18, 2013.), quem são os idosos considerados hipertensos?

Alternativas:

- A: "maior ou igual que" 150/90 mmHg.

- B: "maior ou igual que" 140/90 mmHg.

- C: "maior ou igual que" 150/85 mmHg.

- D: "maior ou igual que" 140/80 mmHg.

[Ver Resposta](#)



Questão 35 (ID 145)

Banca / ano: CEOQ / 2017

Enunciado:

Dentro dos conceitos de Medicina Preventiva existe um importante conceito de Pré- hipertensão que NÃO está adequadamente relacionado a uma das alternativas apresentadas a seguir. Aponte-a.

Alternativas:

- **A:** Pré-hipertensão (PH) é uma condição caracterizada por PA sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou PA diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg.
- **B:** Cerca de um décimo dos eventos cardiovasculares (CV) atribuíveis à elevação de PA ocorrem em indivíduos com PH.
- **C:** A PH associa-se a maior risco de desenvolvimento de Hipertensão.
- **D:** A implicação clínica dessas evidências epidemiológicas é que a PA de indivíduos Pré-hipertensos deve ser monitorada mais de perto, pois uma significativa proporção deles irá desenvolver HA e suas complicações.

[Ver Resposta](#)

Questão 36 (ID 115)

Banca / ano: HCB / 2017

Enunciado:

Podemos considerar INADEQUADA, a respeito da Pré-Hipertensão (PH), a seguinte alternativa. Indique-a.

Alternativas:

- **A:** Pré-Hipertensão (PH) é uma condição caracterizada por PA sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou PA diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg.
- **B:** A PH associa-se a maior risco de desenvolvimento de HA e anormalidades cardíacas.
- **C:** Cerca de um décimo dos eventos Cardiovasculares (CV) atribuíveis à elevação de PA ocorrem em indivíduos com PH.
- **D:** Meta-análises do risco de incidência de DCV, DIC e AVE em indivíduos pré-hipertensos mostrou que o risco foi maior naqueles com níveis entre 130 e 139 ou 85 e 89 mmHg do que naqueles com níveis entre 120 e 129 ou 80 e 84 mmHg.

[Ver Resposta](#)

Questão 37 (ID 192)

Banca / ano: Fundhacre / 2014

Enunciado:

Indivíduo do sexo masculino, 29 anos, estressado no trabalho e sedentário, com avó hipertensa,

apresenta-se com IMC de 26,3 kg/m² e PA de 138/84 mmHg (média de duas medidas). Qual a melhor orientação do caso?

Alternativas:

- A: A PA é normal e não necessita nenhuma orientação específica.
- B: A PA é normal e está recomendado o acompanhamento nutricional com vistas à redução do sal.
- C: A PA é normal alta e a ênfase deve ser perda de peso, iniciar atividade física e redução do sal.
- D: A PA é normal alta e deve ser prescrito fármaco anti-hipertensivo devido à história familiar positiva para hipertensão.
- E: A PA é alta e deve ser iniciado fármacos logo de início.

[Ver Resposta](#)

Questão 38 (ID 197)

Banca / ano: SCMRJ / 2013

Enunciado:

Paciente com pressão arterial de 130 x 85 mmHg. Na classificação atual deve ser considerado:

Alternativas:

- A: normal.
- B: pré-hipertenso.
- C: hipertenso leve.
- D: hipertensão moderada.

[Ver Resposta](#)

Avaliação e Estratificação do Risco Cardiovascular Global em Hipertensos (Escores, Fatores de Risco)

Questão 39 (ID 17)

Banca / ano: UERJ / 2024

Enunciado:

Homem de 55 anos, casado, ex-tabagista, procura o serviço de saúde pela primeira vez para fazer um check-up. Comenta estar muito ansioso desde que soube que seu vizinho sofreu um infarto agudo do miocárdio. Refere história familiar de diabetes, hipertensão arterial e gota. Nega sintomas de prostatismo ou de outra enfermidade. O exame físico é normal, com exceção do IMC = 33. Quanto à prevenção de doenças, as medidas recomendadas como condutas necessárias para rastreamento nesse caso, embasadas no impacto de morbimortalidade, são:

Alternativas:

- A: colesterol total e frações, glicemia de jejum e teste ergométrico.



- **B:** teste de tolerância oral à glicose e dosagem de PSA e de ácido úrico.
- **C:** glicemia de jejum, colesterol total e frações e aferição de pressão arterial.
- **D:** aferição de pressão arterial, cálculo de risco cardiovascular e dosagem de PSA.

[Ver Resposta](#)

Questão 40 (ID 29)

Banca / ano: AMP / 2023

Enunciado:

A Hipertensão Arterial (HA) é uma das principais causas de doença no mundo, afetando mais de 1 bilhão de indivíduos e causando cerca de 9,4 milhões de mortes a cada ano. Avalie as afirmativas seguintes sobre a HA e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).

I. Os acidentes vasculares cerebrais (AVC) são frequentes nos hipertensos, e cerca de 85% deles são hemorrágicos.

II. Pacientes com HA que apresentam hipertrofia ventricular esquerda (HVE) têm maior risco de cardiopatia isquêmica, AVC, insuficiência cardíaca e morte súbita. O controle terapêutico agressivo da hipertensão pode regredir ou reverter a HVE e reduzir o risco de cardiopatia.

III. O rim é tanto um alvo como uma causa de hipertensão. A macroalbuminúria (razão aleatória albumina / creatinina urinária > 10 mg/g) é um marcador precoce de lesão renal.

IV. Nos pacientes com hipertensão maligna, a encefalopatia hipertensiva está relacionada com falha da autoregulação do fluxo sanguíneo cerebral, resultando em vasodilatação e hiperperfusão.

V. O sistema renina-angiotensina-aldosterona contribui para a regulação da pressão arterial primariamente por meio das propriedades vasodilatadoras da angiotensina II. e de excreção de sódio da aldosterona.

A sequência correta é

Alternativas:

- **A:** F, V, F, V, F

- **B:** V, V, F, F, V

- **C:** F, V, F, F, V

- **D:** F, F, V, V, F

- **E:** V, F, F, V, V

[Ver Resposta](#)

Questão 41 (ID 26)

Banca / ano: UFPB / 2023

Enunciado:

- Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica, é correto afirmar:

Alternativas:



- **A:** A hipertrofia ventricular esquerda por hipertensão regride com a terapia anti-hipertensiva e está mais relacionada com o grau de redução da pressão arterial diastólica.
- **B:** A hipertensão é a principal causa predisponente para acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico. As complicações cerebrovasculares estão mais intimamente correlacionados com a pressão arterial sistólica do que a diastólica.
- **C:** Há evidências robustas de que a mortalidade ou o risco de eventos cardiovasculares podem ser reduzidos com o tratamento da hipertensão (140/90-160/100 mmHg) mesmo em indivíduos de baixo risco cardiovascular
- **D:** Nos idosos hipertensos, é preferível o tratamento com inibidores da enzima conversora de angiotensina aos bloqueadores dos canais de cálcio, pois estes provocam vasodilatação arterial e taquicardia reflexa importantes.
- **E:** Os beta-bloqueadores são uma excelente opção para o tratamento da hipertensão sistólica isolada do idoso.

[Ver Resposta](#)

Questão 42 (ID 47)

Banca / ano: SUS Bahia / 2021

Enunciado:

Mulher, 60 anos de idade, é acompanhada na Unidade de Saúde da Família (USF) por diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. Na primeira visita à USF, há cerca de 6 meses, a PA estava em 182x100mmHg. Atualmente, assintomática. Nega outras comorbidades. Em uso regular de metformina 850mg duas vezes ao dia, losartana 50mg de 12/12h e anlodipina 10mg ao dia, há cerca de 6 meses. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, com FC: 70bpm, PA: 166x96mmHg em ambos os membros superiores e glicemia capilar de 110mg/dL. Pulsos palpáveis e simétricos. Exame segmentar sem alterações. Traz monitorização residencial da pressão arterial, com PAS entre 140 e 172mmHg e PAD entre 90 e 96mmHg.

Determine as metas de pressão arterial sistólica e diastólica para essa paciente, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Sociedade Brasileira de Diabetes.

Alternativas:

- **A:** PAS <120 e PAD <70mmHg.
- **B:** PAS <130 e PAD <80mmHg.
- **C:** PAS <135 e PAD <85mmHg.
- **D:** PAS <140 e PAD <90mmHg.

[Ver Resposta](#)

Questão 43 (ID 59)

Banca / ano: SES DF / 2020

Enunciado:

Considere uma paciente de 54 anos de idade, diabética (HbA1c = 8,2%), cardiopata isquêmica com infarto agudo do miocárdio prévio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Encontra-se em tratamento para diabetes com metformina 850 mg três vezes ao dia e glibenclamida 5 mg



pela manhã. No exame físico, chama a atenção a presença de manchas hiperpigmentadas/escurecidas em áreas de dobras.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatados, bem como nas últimas diretrizes mundiais relacionadas ao tratamento da diabetes, publicadas em 2019, julgue o item a seguir.

Por definição, a paciente tem alto risco cardiovascular.

Alternativas:

- C: Certo.

- E: Errado.

[Ver Resposta](#)

Questão 44 (ID 73)

Banca / ano: CEPOA / 2019

Enunciado:

Mulher, obesa, de 49 anos, hipertensa e dislipidêmica, chega para consulta médica. Apresenta Triglicerídeos 186mg/dL; LDL 158 mg/dL; Glicemia 118mg/dL e na consulta PA: 170 x 100mmHg. Qual estágio da hipertensão, quando deve ser iniciada a terapia medicamentosa, qual a meta da pressão arterial e a melhor conduta terapêutica, segundo a sétima diretriz brasileira de hipertensão arterial?

Alternativas:

- A: Estágio 2, terapia medicamentosa deve ser iniciada após 3 meses na mudança do estilo de vida; < 130 x 80 mmHg; terapia combinada (2 classes diferentes).

- B: Estágio 3, terapia medicamentosa deve ser iniciada de imediato; <130 x 90mmHg; terapia combinada (2 classes diferentes).

- C: Estágio 2, terapia medicamentosa deve ser iniciada de imediato; <130 x 80mmHg; terapia combinada (2 classes diferentes).

- D: Estágio 2, terapia medicamentosa deve ser iniciada de imediato; <130 x 80mmHg; monoterapia.

[Ver Resposta](#)

Questão 45 (ID 70)

Banca / ano: UFRN / 2019

Enunciado:

Homem de 51 anos de idade procura o clínico relatando aumento dos níveis pressóricos, mesmo estando assintomático e calmo, trazendo à consulta o medidor digital de pressão automático (braço), com registro de medidas elevadas (a maior de 166x104mmHg). Apresenta histórico familiar de infarto (mãe enfartou aos 58 anos), pratica atividade física de maneira irregular, não utiliza medicamentos e adota dieta inadequada. Ao exame físico, apresentou: PA 164x102 mmHg; FC 80 bpm; IMC: 28 kg/m²; ausculta cardíaca e pulmonar normais; ausência de sopro abdominal; pulsos presentes e simétricos; restante sem alterações. Realizou exames que apresentaram os seguintes resultados: glicemia 96 mg/dL; Hb glicada 5,6 % ; colesterol total 248 mg/dL; HDL 38 mg/dL; LDL 180 mg/dL; TG 150 mg/dL; creatinina 0,7 mg/dL; K 4,0 mEq/L; Na 141 mEq/L; ácido úrico 4,8 mg/



dL; TSH 2,6 uM/L; EAS normal e eletrocardiograma sem alterações. Foram realizadas orientações sobre as mudanças no estilo de vida e em relação ao tratamento medicamentoso da pressão arterial.

Diante do caso apresentado e conforme a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a conduta mais adequada é:

Alternativas:

- **A:** iniciar Anlodipino 5 mg, 1 x ao dia, com reavaliação em 2 meses. Se a PA persistir elevada, acrescentar Clortalidona 25 mg, 1x ao dia.
- **B:** introduzir Atenolol 25 mg e Hidroclorotiazida 25 mg, 1x ao dia.
- **C:** iniciar Enalapril 20 mg de 12/12h, com reavaliação em 2 meses. Se a PA persistir elevada, acrescentar Hidroclorotiazida 25 mg, 1x ao dia.
- **D:** introduzir Enalapril 10 mg de 12/12h e Clortalidona 25 mg, 1x ao dia.

[Ver Resposta](#)

Questão 46 (ID 85)

Banca / ano: SMS / 2018

Enunciado:

Mulher, 49 anos, branca, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 em seguimento regular há 5 anos, encontra-se clinicamente assintomática, fazendo dieta apropriada e atividade física regular. Atualmente faz uso de metformina 850 mg 3x/dia e glimepirida 2 mg/dia. Retorna à consulta de rotina com exames e curva pressórica (5 medidas): PA = 120 x 70; 110 x 70; 120 x 75; 130 x 80; 115 x 70 mmHg; glicemia = 114 mg/dL; hemoglobina glicada = 8,7%; colesterol total = 178 mg/dL; HDL-colesterol = 52 mg/dL; LDL-colesterol = 66 mg/dL; triglicérides = 212 mg/dL; creatinina = 0,8 mg/dL; ureia = 18 mg/dL, Na⁺ = 142 mEq/L; K⁺ = 4,0 mEq/L; microalbuminúria: 44 ug/mg creatinina (Valor normal < 25 ug/mg creatinina). Assinale a alternativa que contém a medicação que deve ser prescrita para essa paciente.

Alternativas:

- **A:** Ácido acetilsalicílico.
- **B:** Losartana.
- **C:** Ciprofibrato.
- **D:** Atorvastatina.
- **E:** Insulina.

[Ver Resposta](#)

Questão 47 (ID 119)

Banca / ano: AMRIGS / 2017

Enunciado:

Em relação à hipertensão arterial sistêmica, assinale a alternativa INCORRETA.



Alternativas:

- **A:** A incidência de infarto do miocárdio, AVE, insuficiência cardíaca e insuficiência renal aumenta progressivamente com aumento dos níveis pressóricos.
- **B:** Hipertensão secundária deve ser considerada em pacientes hipertensos jovens, de difícil controle, e acompanhados de hipocalcemia ou alcalose metabólica não explicada pelo uso de diuréticos.
- **C:** Todos os pacientes com pré-hipertensão devem receber tratamento farmacológico, pois já há aumento do risco de eventos adversos.
- **D:** Drogas anti-hipertensivas de 1ª linha incluem tiazídicos, inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona e antagonistas dos canais de cálcio.
- **E:** A presença de fatores de risco cardiovascular e de lesões de órgãos-alvo exige tratamento mais intensivo.

[Ver Resposta](#)

Questão 48 (ID 114)

Banca / ano: HMMG / 2017

Enunciado:

Sobre os exames para avaliação de lesão de órgão-alvo na avaliação do risco adicional no hipertenso, assinale a alternativa que contém um que não é recomendado pela Diretriz Brasileira de Hipertensão:

Alternativas:

- **A:** Velocidade da onda de pulso.
- **B:** Radiografia de tórax
- **C:** Eletrocardiograma
- **D:** Índice tornozelo-braquial

[Ver Resposta](#)

Questão 49 (ID 152)

Banca / ano: UFAL / 2017

Enunciado:

Paciente, 45 anos, obesa, comparece ao ambulatório e relata ser hipertensa e dislipidêmica. Traz resultados de exames laboratoriais: glicemia 120 mg/dl; triglicerídeos 180 mg/dl e LDL 160 mg/dl, e na consulta PA = 170 x 100 mmHg. Foi orientada a iniciar de imediato terapia não medicamentosa. Conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, qual o estágio da hipertensão quando deve ser iniciada a terapia medicamentosa, qual a meta e a melhor conduta terapêutica a ser implementada?

Alternativas:

- **A:** Estágio 2, terapia medicamentosa deve ser iniciada após 3 meses da mudança no estilo de vida; < 130 x 80 mmHg; terapia combinada (duas classes diferentes).



- **B:** Estágio 2, terapia medicamentosa deve ser iniciada de imediato; < 140 x 90 mmHg; terapia combinada (duas classes diferentes).

- **C:** Estágio 2, terapia medicamentosa deve ser iniciada de imediato; < 130 x 80 mmHg; terapia combinada (duas classes diferentes).

- **D:** Estágio 2, terapia medicamentosa deve ser iniciada de imediato; < 130 x 80 mmHg; monoterapia.

- **E:** Estágio 3, terapia medicamentosa deve ser iniciada de imediato; < 130 x 80 mmHg; terapia combinada (duas classes diferentes).

[Ver Resposta](#)

Questão 50 (ID 150)

Banca / ano: CEOQ / 2017

Enunciado:

Hipertensão Arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por diversas alterações. Sobre isso, indique a alternativa CORRETA.

Alternativas:

- **A:** Raramente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM).

- **B:** Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação eventual dos níveis pressóricos = 140 e/ou 90 mmHg.

- **C:** Mantém associação dependente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM).

- **D:** Mantém associação independente com eventos como insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

[Ver Resposta](#)

Investigação de Lesões em Órgãos-Alvo e Comorbidades Associadas (Exames Complementares)

Questão 51 (ID 5)

Banca / ano: PSU GO / 2025

Enunciado:

A rotina de exames de análises clínicas para o hipertenso, segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão (2020), constitui-se de:

Alternativas:

- **A:** hemograma, sódio, potássio, lipidograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, creatinina (para estimativa da taxa de filtração glomerular), ácido úrico e elementos anormais do sedimento urinário.



- **B:** potássio, lipidograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, creatinina (para estimativa da taxa de filtração glomerular), ácido úrico e elementos anormais do sedimento urinário.

- **C:** sódio, potássio, lipidograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ureia, creatinina (para estimativa da taxa de filtração glomerular), ácido úrico e elementos anormais do sedimento urinário.

- **D:** hemograma, potássio, lipidograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ureia, creatinina (para estimativa da taxa de filtração glomerular), ácido úrico e elementos anormais do sedimento urinário.

[Ver Resposta](#)

Questão 52 (ID 11)

Banca / ano: FAMERP / 2024

Enunciado:

MS, 48 anos, masculino, compareceu ao cardiologista para exames de rotina. Refere estar assintomático e nega uso de medicações. Ao exame físico, PA = 135/84 mmHg; FC = 89 bpm; Murmúrio vesicular presente e normodistribuído e ausência de ruídos adventícios; Presença de 2 bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros; Ausência de edema de membros inferiores. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, com R (AVL) + S (V3) = 29 mm. Quais exames a serem solicitados?

Alternativas:

- **A:** Solicitar ressonância cardíaca.

- **B:** Solicitar Holter 24 horas - 3 canais.

- **C:** Solicitar ecocardiograma e monitorização ambulatorial da pressão arterial.

- **D:** Solicitar ecocardiograma bidimensional com dopple

[Ver Resposta](#)

Questão 53 (ID 8)

Banca / ano: SMS / 2024

Enunciado:

Alguns internos ao revisar assuntos que observaram nas consultas da Atenção Primária à Saúde se questionam sobre quais os exames de acompanhamento devem solicitar ao paciente hipertenso. Dentre os exames abaixo qual faz parte do acompanhamento de rotina do portador de Hipertensão Arterial Sistêmica?

Alternativas:

- **A:** Ecocardiograma.

- **B:** Sódio.

- **C:** Uréia.

- **D:** Fundoscopia.



- E: Potássio.

[Ver Resposta](#)

Questão 54 (ID 18)

Banca / ano: USP / 2024

Enunciado:

Homem de 73 anos, vem para consulta de rotina semestral com seu médico de família e comunidade, apresenta-se assintomático, em uso regular de Losartana 50 mg de 12/12 horas e Anlodipino 5 mg 1 vez ao dia. Diagnósticos prévios: Hipertensão arterial, dislipidemia alto risco cardiovascular e sobrepeso. Exame físico: peso: 80 Kg; altura: 1,64 cm; IMC: 29 Kg/m²; pressão arterial: 127 X 78 mmHg; circunferência abdominal: 85 cm; demais dados do exame físico sem alterações. Considerando os diagnósticos do paciente, além do lipidograma, glicemia de jejum, creatinina, urina rotina e potássio qual exame laboratorial básico deve ser solicitado anualmente para este paciente?

Alternativas:

- A: Hemograma.
- B: Ácido úrico.
- C: Ureia.
- D: Sódio.

[Ver Resposta](#)

Questão 55 (ID 24)

Banca / ano: / 2023

Enunciado:

Diante de um paciente recém-diagnosticado com hipertensão arterial, faz-se necessário conhecer alguns aspectos de sua história e avaliar exames físico e complementares para determinar as possíveis causas da doença, o risco cardiovascular e a existência de complicações. Em casos como esse, a conduta recomendada e a justificativa para a sua realização, respectivamente, são:

Alternativas:

- A: palpação e ausculta dos rins e suprarrenais, buscando identificar massas e/ou sopros nessa topografia, o que sugere hipertensão secundária a hiperaldosteronismo primário
- B: exame de fundo de olho, para identificação de repercussões vasculares da hipertensão arterial que modifiquem a estratificação do prognóstico do paciente
- C: pesquisa de queixas como cefaleia e epistaxe, que sugerem picos hipertensivos prévios, denotando aumento do risco de eventos cardiovasculares agudos
- D: dosagem de hemoglobina glicada para investigação de diabetes mellitus, comorbidade que potencializa o risco cardiovascular do paciente hipertenso

[Ver Resposta](#)



Questão 56 (ID 54)

Banca / ano: FMC / 2020

Enunciado:

Paciente do sexo feminino, branca, 46 anos de idade, chega a seu consultório preocupada com o diagnóstico de hipertensão recebido há 1 mês. Ela o questiona quanto à probabilidade de desenvolver as complicações da hipertensão, inclusive insuficiência renal e AVE. Ela nega outra história médica pregressa além de hipertensão e não apresenta sintomas que sugeriram causas secundárias. Atualmente, utiliza 25 mg/dia de hidroclorotiazida. Fuma meio maço de cigarros por dia e ingere bebida alcoólica não mais que 1 vez por semana. A história familiar por parte de pai e mãe é significativa para hipertensão; a sua mãe morreu vítima de um acidente cerebrovascular e seu pai ainda é vivo, porém apresenta doença arterial e coronariana e faz hemodiálise. Sua PA é 138/90 mmHg de pressão arterial e seu IMC é 23. Ela não apresenta exsudatos retinianos nem outros sinais de retinopatia hipertensiva. Seu ictus cardíaco máximo não é deslocado, mas é sustentado. O ritmo e a frequência são regulares e sem galopes. Apresenta bom pulso periférico. O eletrocardiograma revela eixo de - 30 graus com critérios de voltagem limitrofes para hipertrofia ventricular esquerda. A creatinina é de 1,0 mg/dL. Qual dos itens a seguir da história e do exame físico constitui um fator de risco para o prognóstico ruim em um paciente com hipertensão?

Alternativas:

- A: História familiar de insuficiência renal e doença cerebrovascular;
- B: Elevação persistente da pressão arterial após o início da terapia;
- C: Tabagismo;
- D: Etilismo;
- E: Presença de hipertrofia ventricular esquerda ao ECG;

[Ver Resposta](#)

Questão 57 (ID 65)

Banca / ano: Unitau / 2019

Enunciado:

Quanto à conduta em casos hipertensão arterial, é INCORRETO afirmar:

Alternativas:

- A: O tratamento medicamentoso inicial combinando duas drogas anti-hipertensivas, associadas às mudanças do estilo de vida, é recomendado em hipertensos estágio 2 e 3 com alto risco cardiovascular.
- B: Para indivíduos portadores de hipertensão arterial estágio 1 com alto riscocardiovascular está indicado o tratamento anti-hipertensivo inicial, associado às mudanças do estilo de vida.
- C: Em indivíduos com níveis de PA >120/80 e <139/89 mmHg, a mudança do estilo de vida está recomendada como tratamento inicial.
- D: O ecocardiograma está indicado para a pesquisa da etiologia da hipertensão arterialem portadores de eletrocardiograma normal e que apresentem sinais e sintomas de doença arterial coronária.



- E: A realização de um eletrocardiograma durante a avaliação inicial é recomendada em todos os casos de pacientes hipertensos.

[Ver Resposta](#)

Questão 58 (ID 72)

Banca / ano: UFMS / 2019

Enunciado:

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e suas complicações são sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). Nesse contexto, quais exames fazem parte da rotina complementar mínima para pessoa com HAS?

Alternativas:

- A: Eletrocardiograma, dosagem de glicose e uréia;
- B: Dosagem de colesterol total, triglicerídeos e homocisteína;
- C: Eletrocardiograma, dosagem de creatinina e TGP;
- D: Urina tipo I, Fundoscopia e dosagem de Potássio;

[Ver Resposta](#)

Questão 59 (ID 132)

Banca / ano: HOA / 2017

Enunciado:

Em seu consultório, seu paciente o procurou bastante preocupado com o fato de ser hipertenso e diabético, simultaneamente. Você, claro, o acalmou, colocando-se ao seu dispor para cuidar adequadamente dele, mas também o cobrou bastante sobre mudanças no estilo de vida, uma vez que você fundamentou a ele sobre o risco cardiovascular. Sobre isso, aponte a alternativa CORRETA:

Alternativas:

- A: A apresentação clínica da Doença Arterial Coronariana pode ser dor anginosa típica ou atípica, mas a ausência de sintomas é raro.
- B: Doença Arterial Coronariana nesses pacientes com diabetes tem pior prognóstico, com menor sobrevida em curto prazo, e apresentam maior risco de recorrência, apesar de melhor resposta aos tratamentos propostos.
- C: Letalidade do infarto agudo do miocárdio (IAM) em pacientes com DM é dez vezes maior do que naqueles sem DM, em razão da maior frequência de complicações como IC, reinfarto e morte súbita.
- D: A maior duração do DM está associada à ocorrência de IAM silencioso.

[Ver Resposta](#)



Questão 60 (ID 126)

Banca / ano: SCMCG / 2017

Enunciado:

Hipertensão arterial pode ser conceituada com uma condição clínica multifatorial, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos "maior ou igual" 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente, associa-se a distúrbios:

Alternativas:

- **A:** somente metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo.
- **B:** somente sendo agravada pela presença de outros fatores de risco à distância.
- **C:** de dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM).
- **D:** que não mantêm associação aos eventos, como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

[Ver Resposta](#)

Questão 61 (ID 117)

Banca / ano: UFS / 2017

Enunciado:

A.D.G., 25 anos, procura serviço especializado com história de hipertensão arterial (PA = 180 x 106 mmHg); Ur = 30 mg/dl; Cr = 0,8 mg/dl; K+ = 2,8 mEq/L; pulsos pediosos palpáveis; B4.

Com os dados acima é possível afirmar:

Alternativas:

- **A:** O paciente deve ser portador de HA do jaleco branco.
- **B:** A etiologia da HA deve ser coarctação da aorta.
- **C:** Não há dados para se sugerir a etiologia da HA.
- **D:** A primeira hipótese a ser investigada é hiperaldosteronismo primário.

[Ver Resposta](#)

Questão 62 (ID 157)

Banca / ano: Unifeso / 2016

Enunciado:

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ("maior ou igual a" 140 x 90 mmHg). Dentre as assertivas abaixo, qual pode ser considerada FALSA?

Alternativas:

- **A:** Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média).
- **B:** Aos 60 a 69 anos, sua prevalência pode chegar a mais de 50% e até mesmo a 75% em indivíduos com mais de 70 anos.
- **C:** Pode ser considerada como fator etiológico de insuficiência cardíaca.
- **D:** É fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, embora não apresente relação com deficit cognitivos, com a doença de Alzheimer e demência vascular, que tem aumentado nas últimas décadas.
- **E:** Pode-se afirmar que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle.

[Ver Resposta](#)

Questão 63 (ID 164)

Banca / ano: HOB / 2016

Enunciado:

Paciente feminina de 36 anos de idade, sedentária e obesa, agenda uma consulta por estar preocupada com a pressão arterial em razão de recente óbito familiar. Mostra-se ansiosa para fazer "todos os exames de pressão", mas se queixa de dificuldade financeira e pede somente os exames com maior nível de evidência. Considerando essa situação hipotética, é CORRETO afirmar que a paciente foi adequadamente orientada, caso tenha sido informada de que, entre os exames iniciais, os que têm nível de evidência B, de acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, são os seguintes:

Alternativas:

- **A:** De ureia e de potássio.
- **B:** Ecocardiograma e de glicemia de jejum.
- **C:** De glicemia pós-prandial e de creatinina.
- **D:** De curva glicêmica e de colesterol total.
- **E:** De creatinina e de eletrocardiograma.

[Ver Resposta](#)

Questão 64 (ID 177)

Banca / ano: SES DF / 2015

Enunciado:

A hipertensão arterial, que se associa a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, é uma doença de causa multifatorial que acomete cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta. Acerca dessa patologia, julgue o item subsequente.

A maioria dos pacientes portadores de hipertensão arterial apresenta hipotrofia do ventrículo esquerdo.



Alternativas:

- C: Certo.
- E: Errado.

[Ver Resposta](#)

Tratamento e Manejo da Hipertensão Arterial

Terapia Não Farmacológica: Modificações no Estilo de Vida (Dieta, Exercício, Sódio, Álcool)

Questão 65 (ID 40)

Banca / ano: UESPI / 2021

Enunciado:

Segundo as diretrizes de Hipertensão Arterial da SBC de 2020, assinale a alternativa INCORRETA sobre Hipertensão Arterial Sistêmica.

Alternativas:

- A: É uma condição multifatorial (genética, meio ambiente, hábitos de vida e fatores socioeconômicos).
- B: O teste genético de rotina para pacientes hipertensos é recomendado.
- C: Apresenta alta prevalência, fácil diagnóstico e possui tratamento adequado.
- D: Indica-se a medida da pressão arterial (PA, anualmente, se a PA do consultório for < 140/90 mmHg).
- E: Os números que definem a hipertensão arterial sistêmica são arbitrários, mas se caracterizam como valores em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos.

[Ver Resposta](#)

Questão 66 (ID 109)

Banca / ano: UFAL / 2018

Enunciado:

Paciente do sexo masculino, 50 anos, obeso, diabético tipo 2, com HDL baixo e função renal normal, vem mantendo pressão arterial de 145 x 95 mmHg. Diante do quadro, qual a conduta terapêutica e meta pressórica a ser atingida?

Alternativas:

- A: Mudança do estilo de vida associada ao tratamento medicamentoso, com meta pressórica < 140 x 90 mmHg.
- B: Mudança do estilo de vida associada ao tratamento medicamentoso, com meta pressórica <



140 x 80 mmHg.

- **C:** Mudança do estilo de vida associada ao tratamento medicamentoso, com meta pressórica < 130 x 80 mmHg.
- **D:** Mudança do estilo de vida por 3 meses; na falta de controle pressórico nesse período, iniciar tratamento farmacológico. Meta pressórica < 130 x 80 mmHg.
- **E:** Mudança do estilo de vida por 6 meses; na falta de controle pressórico nesse período, iniciar tratamento farmacológico. Meta pressórica < 130 x 80 mmHg.

[Ver Resposta](#)

Questão 67 (ID 176)

Banca / ano: UEPA Belém / 2015

Enunciado:

Com relação a Hipertensão Arterial, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2010, é CORRETO afirmar que:

Alternativas:

- **A:** São fatores de risco para o seu desenvolvimento o consumo de sal excessivo, ingestão de álcool, excesso de peso e fatores como raça.
- **B:** Consideramos um paciente hipertenso quando aferida PA > 140 x 90 mmHg em uma única medida.
- **C:** Aspectos como frequência cardíaca, lesões de órgão alvo e associação de outros fatores de risco para doença cardiovascular não influenciam na droga de escolha para iniciar terapia anti-hipertensiva.
- **D:** Depois de diagnosticado um paciente hipertenso, independente de sua categoria de risco e de seus níveis pressóricos, é imperioso o início de terapia medicamentosa.
- **E:** Alguns anti-hipertensivos tem efeitos adversos bastante indesejáveis como os inibidores de ECA que propiciam o desenvolvimento de Diabetes Mellitus.

[Ver Resposta](#)

Questão 68 (ID 173)

Banca / ano: HCMT / 2015

Enunciado:

Paciente 45 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial leve, sem outras alterações no exame clínico. A melhor conduta propedêutica é ECG, EAS, potássio sérico, glicemia e creatinina. Após realização dos exames, não foi encontrada nenhuma alteração ou fatores de risco. Qual deve ser a conduta inicial?

Alternativas:

- **A:** Somente mudança de hábitos de vida e acompanhar por 6 meses.
- **B:** Hidroclorotiazida.



- C: Beta-bloqueador.
- D: Não precisa de tratamento.

[Ver Resposta](#)

Tratamento Farmacológico: Classes de Medicamentos, Monoterapia vs. Combinação e Metas Pressóricas

Questão 69 (ID 7)

Banca / ano: Faculdade de Medicina do ABC / 2025

Enunciado:

Paciente, 60 anos, com HAS desde os 47, sem outras comorbidades. Após longo período de bom controle pressórico, há 2 anos, passou a ter elevação da pressão arterial, sempre > 140/90 mmHg, em MRPA. O paciente está em uso regular e correto de hidroclorotiazida 25 mg/dia, enalapril 40 mg/dia, amlodipina 10 mg/dia e atenolol 100 mg/dia. Trata-se de hipertensão

Alternativas:

- A: resistente, sem necessidade de investigação de causas secundárias.
- B: resistente, com necessidade de ampliar investigação para causas secundárias.
- C: refratária, com necessidade de investigação de causas secundárias.
- D: metabólica, e a causa mais provável é hipertensão renovascular.

[Ver Resposta](#)

Questão 70 (ID 20)

Banca / ano: AMP / 2024

Enunciado:

A hipertensão arterial (HA) é uma das principais causas de doença no mundo, afeta mais de 1 bilhão de indivíduos e causa cerca de 9,4 milhões de mortes a cada ano. Avalie as alternativas seguintes sobre a patogenia da HA e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).

- () O débito cardíaco e a resistência periférica são dois importantes determinantes da pressão arterial (PA)
- () O efeito do sódio na PA relaciona-se com o fornecimento de sódio com cloreto; os sais de sódio sem cloreto apresentam pouco ou nenhum efeito na PA.
- () A maior parte da renina na circulação é sintetizada na arteríola aferente renal, e realiza a clivagem do angiotensinogênio para formar um decapeptídeo inativo, a angiotensina I.
- () A enzima conversora da angiotensina (ECA), localizada primariamente nos rins, transforma a angiotensina I. em angiotensina II, um octapeptídeo ativo.
- () A ECA realiza a clivagem de muitos outros peptídeos, promovendo inclusive o aumento da produção da bradicinina.

A sequência correta é

Alternativas:



- A: V, F, F, V, V.

- B: V, V, V, F, F.

- C: F, F, V, V, V.

- D: V, F, V, F, V.

- E: F, V, F, V, F.

[Ver Resposta](#)

Questão 71 (ID 57)

Banca / ano: UEPA Belém / 2020

Enunciado:

Paciente do sexo masculino, 65 anos, sem queixas no momento da consulta, diabético em seguimento há 5 anos com avaliação de órgãos-alvo sem alterações, comparece em retorno de rotina trazendo exames solicitados previamente, mostrando alterações no colesterol total cujo resultado é de 268 mg/dL, além de azotemia que o paciente não possuía antes, estimando-se um clearance de creatinina de 53 mL/min/m². Ao exame físico o paciente mostra-se com sobrepeso, normocorado, normocárdico, eupneico, hidratado, sem edemas aparentes, pressão arterial de 148 x 95 mmHg, glicemia capilar de 178 mg/dL; sem outras alterações. Com base no quadro apresentado pelo paciente, assinale a conduta correta.

Alternativas:

- A: Por tratar-se de hipertensão estágio 1 o paciente deve ser orientado a realizar mudanças de estilo de vida como dieta e exercício, devendo ser reavaliado em 3 meses.

- B: Por tratar-se de paciente com hipertensão estágio 2 de baixo risco cardiovascular está indicada a introdução de terapia medicamentosa com IECA ou BRA.

- C: Por haver evidência de nefropatia diabética o uso de IECA ou BRA está contraindicado devido o risco de perda acelerada da função renal.

- D: Trata-se de paciente com hipertensão estágio 1 de alto risco cardiovascular, estando indicada a introdução de terapia medicamentosa conjunta às mudanças de estilo de vida.

- E: Por tratar-se de paciente com hipertensão estágio 2 de risco cardiovascular muito alto está indicada a introdução de terapia medicamentosa com IECA ou BRA + diurético tiazídico.

[Ver Resposta](#)

Questão 72 (ID 97)

Banca / ano: Hospital Unimed Rio / 2018

Enunciado:

Em relação à hipertensão arterial sistêmica (HAS), é INCORRETO afirmar?

Alternativas:

- A: Em 90 à 95% dos pacientes, uma única causa reversível de pressão arterial elevada não pode ser identificada (HAS primária ou essencial).



- **B:** Contribuem para a maioria dos pacientes com HAS primária, o consumo excessivo de calorias, sal ou álcool.

- **C:** A ativação neuro-humoral contribui para a patogênese inicial ao comprometer a função vascular e a estrutura vascular que precedem a HAS.

- **D:** No nível do sistema de órgãos, a HAS é consequente a uma perda de função das vias que promovem vasoconstricção e retenção de sódio pelo rim, ou um ganho de função das veias que promovem vasodilatação e excreção renal de sódio.

[Ver Resposta](#)

Questão 73 (ID 190)

Banca / ano: UFPB / 2014

Enunciado:

Paciente de 45 anos, hipertenso, obeso, fumante, com alto risco cardiovascular. Médico prescreve AAS para reduzir o risco de infarto. Considerando os níveis de prevenção, em relação à HAS e ao infarto, o AAS é respectivamente:

Alternativas:

- **A:** Uma ação de prevenção primária do tipo proteção específica e uma ação de prevenção primária do tipo promoção da saúde.

- **B:** Uma ação de prevenção secundária e uma ação de prevenção primária do tipo proteção específica.

- **C:** Uma ação de prevenção primária do tipo proteção específica para as duas enfermidades.

- **D:** Uma ação de prevenção secundária do tipo tratamento para as duas enfermidades.

- **E:** Uma ação de prevenção terciária.

[Ver Resposta](#)

Manejo da Hipertensão em Situações Específicas (Resistente, Pseudocrise, Idosos, Diabéticos, DRC)

Questão 74 (ID 58)

Banca / ano: PSU MG / 2020

Enunciado:

Mulher de 43 anos é levada a UPA por policiais, queixando-se de cefaleia holocraniana moderada que iniciou há 45 minutos, após ser assaltada em via pública. Nega quaisquer outras queixas. É hipertensa e faz uso irregular de anlodipino e enalapril. Ao exame físico, apresenta PA 190/120mmHg, FC 104bpm, FR 21irpm, SpO₂ em ar ambiente 98%, Tax 36,5 °C. Está alerta, orientada e chorosa. Fundoscopia e exame neurológico sem anormalidades. Sem outras alterações ao exame físico. O eletrocardiograma e a radiografia do tórax não apresentam anormalidades. Exames de laboratório: Creat 0,5mg/dL, exame de urina; sem alterações.

Após essas avaliações, assinale a conduta inicial MAIS ADEQUADA nesse caso.



Alternativas:

- **A:** Alta da UPA, com orientação de adesão aos anti-hipertensivos já em uso e retorno ambulatorial em poucos dias.
- **B:** Internação hospitalar e prescrição de anti-hipertensivo oral e analgésico.
- **C:** Internação hospitalar e prescrição de anti-hipertensivo venoso titulável.
- **D:** Observação na UPA, prescrição de benzodiazepínico e analgésico

[Ver Resposta](#)

Questão 75 (ID 67)

Banca / ano: Unicamp / 2019

Enunciado:

Homem, 88a, retorna pelo achado laboratorial de elevação do colesterol (LDL colesterol = 165mg/dl; HDL colesterol = 40mg/dl e triglicerídeos = 230 mg/dl); creatinina e fosfatase = 23U/L; AST = 10U/L; ALT = 12 U/L; creatinina = 0,9 mg/dl. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial sistêmica, intolerância à glicose e osteoartrite de quadril. Medicamentos em uso: hidroclorotiazida (25 mg/dia), losartana (50 mg/dia), metformina (850 mg 2x/dia), carbonato de cálcio (500 mg 2x/dia), paracetamol (500 mg 6/6 horas) e sulfato de glucosamina (1,5 mg/dia). A CONDUTA É:

Alternativas:

- **A:** Manter as medicações em uso.
- **B:** Prescrever estatina e ácidos graxos ômega-3.
- **C:** Prescrever estatina e orientar caminhadas diárias.
- **D:** Prescrever ciprofibrato.

[Ver Resposta](#)

Questão 76 (ID 81)

Banca / ano: CEOQ / 2019

Enunciado:

A MAPA pode dar informações clínicas valiosas em pacientes idosos, como nos casos de suspeita de hipotensão arterial ortostática, pós-prandial, medicamentosa e situacional, bem como na avaliação de disautonomia e síncope. Indique a CORRETA.

Alternativas:

- **A:** Nos idosos, algumas limitações devem ser salientadas. O enrijecimento arterial próprio da idade tende a superestimar a PA medida pelo método oscilométrico e, conseqüentemente, na presença de pseudo-hipertensão, a MAPA está sujeita a erros.
- **B:** A presença de hiato auscultatório, comum nos idosos, mas que sendo usado o método oscilométrico não resultará em limitações.
- **C:** Não se aceitam para os idosos os mesmos valores de normalidade da MAPA adotados para os adultos não idosos.



- **D:** A redução do descenso da PA durante o sono, a pressão de pulso aumentada e a elevação matinal precoce da PA, rara nos idosos, relacionam-se a aumento do risco cardiovascular.

[Ver Resposta](#)

Questão 77 (ID 182)

Banca / ano: CMC / 2014

Enunciado:

Paciente do sexo masculino, 28 anos de idade, apresenta cansaço aos esforços sem medicação, com antecedentes familiares de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Ao exame físico - peso: 96 kg; altura: 1,65 m; índice de massa corporal: 35; pressão arterial: 160 x 100 mmHg; pulso: 72 ppm rítmico, coração: B2 hiperfonética, abdome sem alterações; membros inferiores sem edemas e com pulsos periféricos normais. Exames complementares: ureia: 35 mg/dl; creatinina: 1,0 mg/dl; sódio: 137 mEq/L; potássio: 3,9 mEq/L; glicemia jejum: 100 mg/dl; colesterol total 240 mg/dl, LDL colesterol: 140 mg/dl e HDL-colesterol: 35 mg/dl; triglicérides: 280 mg/dl; exame de urina tipo I normal. A suspeita diagnóstica inicial é:

Alternativas:

- **A:** hipertensão arterial essencial.
- **B:** hiperaldosteronismo primário.
- **C:** hipertensão renovascular.
- **D:** feocromocitoma.

[Ver Resposta](#)

Questão 78 (ID 200)

Banca / ano: UFPA / 2013

Enunciado:

Paciente do sexo masculino, pardo, de 67 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 e HAS primária, ambos com cerca de 10 anos de diagnóstico, apresenta-se ao exame físico com sinais de insuficiência vascular periférica, precórdio com ictus desviado para esquerda, presença de hiperfonese de B2 à ausculta e pressão arterial de 170 mmHg x 110 mmHg. Quanto a esse quadro, é correto afirmar:

Alternativas:

- **A:** A avaliação da função renal é mandatória para monitoramento de lesão de órgão-alvo e decisão do esquema terapêutico adequado, em especial no idoso.
- **B:** O uso dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina é indicado para o tratamento, independentemente dos níveis das escórias nitrogenadas.
- **C:** Trata-se de um quadro de hipertensão arterial estágio II, com lesão de órgão-alvo, e é necessária a avaliação ecocardiográfica.
- **D:** O uso de betabloqueadores deve ser estimulado pela melhora que proporciona na circulação periférica.



- E: O exame fundoscópico deve ser realizado, pois norteará a mudança do esquema terapêutico.

[Ver Resposta](#)

Questão 79 (ID 196)

Banca / ano: Ulbra / 2013

Enunciado:

Paciente feminina com 59 anos é hipertensa há 11 anos, sem controle adequado dos níveis pressóricos (agora em estágio I), mesmo em uso de doses convencionais de quatro anti-hipertensivos (captopril, tiazídico, anlodipino e clonidina). Qual das opções é a correta para este caso?

Alternativas:

- A: Angiotomografia das artérias renais para diagnósticos de estenose vascular.
- B: Radioablação com objetivo de denervação simpática renal.
- C: Acrescentar espironolactona e solicitar provas de função renal.
- D: Trocar o captopril por metildopa devido à possibilidade de perda de função renal.

[Ver Resposta](#)

Formas Específicas e Causas Secundárias da Hipertensão Arterial

Hipertensão do Avental Branco e Hipertensão Mascarada: Diagnóstico Diferencial e Implicações Clínicas

Questão 80 (ID 21)

Banca / ano: HIAE / 2024

Enunciado:

Marlene, 58 anos, comparece à consulta com médico de família e comunidade (MFC) pela primeira vez e conta que não é examinada desde que teve seu último parto, há 20 anos. Agendou esta consulta porque tem sentido cansaço frequente para suas atividades laborais, mas nega falta de ar. Atualmente, trabalha com faxina em casa de família. Não tem histórico pessoal de nenhuma doença. Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas. Seus pais eram hipertensos e a mãe, diabética. Ao exame físico apresenta-se eupneica, corada, acianótica, anictérica em bom estado geral. FC: 80 bpm. FR: 18 ipm. Pressão arterial (PA) verificada em 2 medidas com intervalo de 2 minutos 150 x 95 e 145 x 90 mmHg (membro superior direito) e 160 x 100 e 150 x 95 mmHg (membro superior esquerdo). Índice de massa corpórea 29 kg/m². Não apresentava edemas. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Entre as condutas abaixo, a melhor para o diagnóstico de hipertensão arterial neste caso é:

Alternativas:

- A: Considerar o diagnóstico de hipertensão arterial diante da presença de sintomas associados à elevação de PA observada ao exame físico. Devido à baixa adesão da paciente à assistência à saúde, iniciar o tratamento medicamentoso com anti-hipertensivo.



- **B:** Solicitar monitoramento da pressão arterial na unidade básica de saúde, durante 2 dias. Considerar como diagnóstico de HAS as médias das medidas sistólicas acima de 140 e/ou as medidas diastólicas acima de 90 mmHg.

- **C:** Realizar monitoramento residencial da pressão arterial com aparelho digital de braço, 3 vezes por dia por 3 dias. Considerar como pré-hipertensão as medidas sistólicas acima ou igual a 140 e/ou as medidas diastólicas acima ou igual a 90 mmHg.

- **D:** Aguardar 1 hora e reavaliar a PA na UBS, para estabelecer o diagnóstico mais rapidamente. Considerar alteradas medidas acima de 130 x 80 mmHg. Instituir o tratamento se necessário, nesta mesma consulta, considerando a baixa adesão da paciente aos programas preventivos.

[Ver Resposta](#)

Questão 81 (ID 63)

Banca / ano: UNAERP / 2019

Enunciado:

Assinale a opção incorreta.

Alternativas:

- **A:** Na hipertensão mascarada, os valores da PA estão normais no consultório e elevados pela MAPA.

- **B:** Na hipertensão do avental branco, os valores da PA estão elevados no consultório e normais pela MAPA.

- **C:** Os pré-hipertensos têm a mesma probabilidade de se tornarem hipertensos quando comparados a indivíduos com PA normal.

- **D:** O efeito do avental branco não muda o diagnóstico, ou seja, se o indivíduo é normotenso, permanecerá normotenso, e, se é hipertenso, continuará sendo hipertenso.

- **E:** A prevalência da hipertensão mascarada é de 13% (intervalo de 10-17%) em estudos de base populacional.

[Ver Resposta](#)

Questão 82 (ID 101)

Banca / ano: UFPI / 2018

Enunciado:

Em relação à hipertensão arterial sistêmica, pode-se afirmar:

Alternativas:

- **A:** Um aumento dos níveis pressóricos, em uma única medição, sem evidência de lesão aguda de órgão-alvo, estabelece o diagnóstico.

- **B:** A medida residencial da pressão arterial não é um preditor de desfechos clínicos.

- **C:** O risco cardiovascular da hipertensão mascarada é desprezível.

- **D:** A ausência de descenso noturno na monitorização ambulatorial da pressão arterial é um

preditor de maior risco cardiovascular.

- E: Pacientes considerados pré-hipertensos dificilmente evoluem para hipertensão estabelecida.

[Ver Resposta](#)

Questão 83 (ID 129)

Banca / ano: FUBOG / 2017

Enunciado:

Em toda consulta, Nestor da Silva apresenta, na sua avaliação médica, uma elevação de 20 mmHg em sua medida da pressão sistólica. Refere que isso se deve à ansiedade causada pela consulta profissional, mas em casa, ao utilizar aparelho devidamente certificado e calibrado, sua pressão sistólica se encontra em 125 mmHg. Assim, ele pode ser classificado como “vítima” do efeito de avental branco. Sobre isso, conclui-se que:

Alternativas:

- A: Seu diagnóstico irá mudar.
- B: Será agora classificado como hipertenso.
- C: Pode ocorrer falsa impressão de necessidade de adequação medicamentosa.
- D: Agora é classificado como hipertenso sistólico isolado.

[Ver Resposta](#)

Questão 84 (ID 161)

Banca / ano: HSJ / 2016

Enunciado:

Define-se Hipertensão do Avental Branco (HAB) quando o paciente apresenta:

Alternativas:

- A: Medidas de Pressão Arterial (PA) persistentemente elevadas ("maior ou igual a" 140 x 90 mmHg) no consultório e médias de PA consideradas normais na residência.
- B: Valores normais de PA no consultório (< 140 x 90 mmHg), porém com PA elevada pela Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA).
- C: Medidas de PA persistentemente elevadas ("maior ou igual a" 140 x 90 mmHg) no consultório e médias de PA persistentemente elevadas na residência.
- D: Valores normais de PA no consultório (< 140 x 90 mmHg) com PA normal pela MRPA.

[Ver Resposta](#)

Questão 85 (ID 168)

Banca / ano: UFRGS / 2015

Enunciado:



Assinale a assertiva correta sobre a hipertensão arterial sistêmica.

Alternativas:

- **A:** Investigação de doenças arteriais deve ser realizada quando houver diferença de Pressão Arterial (PA) entre os membros superiores a partir de 40/20 mmHg nas medidas sistólica e diastólica.
- **B:** O diagnóstico de hipertensão arterial não pode ser estabelecido somente com base nas medidas aferidas no consultório, mesmo na presença de lesões em órgãos-alvo.
- **C:** A elevação da pressão arterial sistólica noturna observada em Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) não prediz aumento de eventos cardiovasculares.
- **D:** O risco cardiovascular dobra quando há aumento de 20 mmHg na PA sistólica e de 10 mmHg na PA diastólica, mesmo nos pacientes considerados normotensos.
- **E:** A hipertensão mascarada, também chamada síndrome do avental branco, é caracterizada pela presença de medidas elevadas em consultório que se revelam normais em MAPA.

[Ver Resposta](#)

Questão 86 (ID 181)

Banca / ano: UFSC / 2014

Enunciado:

Paciente masculino, 40 anos, procura a unidade básica de saúde para consulta de rotina. Nega queixas. É tabagista e sedentário. O médico verifica a pressão arterial, na técnica adequada, nas três medidas realizadas a PA é 138/85 mmHg. Assinale a alternativa que apresenta a conduta MAIS ADEQUADA:

Alternativas:

- **A:** Reavaliar em um ano.
- **B:** Reavaliar em dois meses. Orientar mudanças de estilo de vida.
- **C:** Reavaliar em um ano. Orientar mudanças de estilo de vida.
- **D:** Indicar MAPA.
- **E:** Reavaliar em seis meses. Orientar mudanças de estilo de vida.

[Ver Resposta](#)

Questão 87 (ID 180)

Banca / ano: UFMT / 2014

Enunciado:

Levando-se em consideração os valores pressóricos aferidos no consultório (PAC) e no ambulatório (MAPA), numere os achados pressóricos da segunda coluna de acordo com os diagnósticos da primeira coluna.

- 1 - Hipertensão controlada.



2 - Hipertensão arterial sistêmica.

3 - Hipertensão do avental branco.

4 - Hipertensão mascarada.

() PAC < 140/90 mmHg, MAPA > 130/85 mmHg.

() PAC > ou = 140/90 mmHg, MAPA > 130/85 mmHg.

() PAC > ou = 140/90 mmHg, MAPA < 130/85 mmHg.

() PAC < 140/90 mmHg, MAPA < ou = 130/85 mmHg.

Marque a sequência correta.

Alternativas:

- A: 2, 4, 1, 3.

- B: 3, 1, 4, 2.

- C: 4, 2, 3, 1.

- D: 1, 3, 2, 4.

[Ver Resposta](#)

Investigação e Manejo da Hipertensão Resistente, Refratária e Causas Secundárias (Renal, Endócrina, Vascular)

Questão 88 (ID 19)

Banca / ano: CESUPA / 2024

Enunciado:

Cecília, 38 anos, ao iniciar a consulta com seu médico de família cai no choro, relata que vem tendo problemas com o marido e que tiveram uma discussão momentos antes, ao sair de casa. Encontra-se com obesidade I, PA média durante a consulta foi de 185x100mmHg. Em consultas anteriores, tinha medidas de 135x90mmHg e 140x95mmHg, respectivamente. Sobre o manejo da pressão de Cecília, deve-se:

Alternativas:

- A: Oferecer algum calmante e encaminhar à psicóloga.

- B: Acolher a paciente, após acalmá-la orientar sobre iniciar anti-hipertensivo.

- C: Encaminhá-la para a UPA pois encontra-se em uma emergência hipertensiva.

- D: Agendar uma outra consulta, quando ela estiver mais calma, para realizar nova medida da PA.

[Ver Resposta](#)

Questão 89 (ID 13)

Banca / ano: Faculdade de Medicina do ABC / 2024

Enunciado:



Mulher de 55 anos é avaliada quanto a o aumento no nível de creatinina sérica. Relata hipertensão de longa data em uso regular de lisinopril (20 mg/dia). Ao exame físico: pressão arterial: 129 x 78 mmHg; frequência cardíaca: 78/min; demais sinais vitais são normais, assim como o restante do exame. Exames de sangue: creatinina: 1,4 mg/dL (era de 0,55 mg/dL há 5 meses). Taxa de filtração glomerular estimada: > 52 mL/min/1,73m². Exame de urina: gravidade específica: 1,014; pH: 5,7; não há sangue ou proteína. Relação albumina-creatinina na urina: 390 mg/9. Ultrassom: rins de tamanhos normais com ecogenicidade aumentada; não há hidronefrose ou anormalidade do sistema coletor. Considerando o caso acima exposto, assinale a alternativa que apresenta o manejo mais adequado.

Alternativas:

- A: Aumentar o lisinopril e associar anlodipino, AAS infantil e atorvastatina.
- B: Marcar retorno em 6 meses com nova creatinina.
- C: Pedir uma biópsia renal.
- D: Solicitar marcadores séricos de autoimunidade e sorologias para doenças infecciosas.
- E: Trocar o lisinopril por hidroclorotiazida.

[Ver Resposta](#)

Questão 90 (ID 155)

Banca / ano: SMA / 2016

Enunciado:

Analise as afirmativas abaixo em relação à hipertensão arterial sistêmica:

I - Os pacientes com diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica geralmente apresentam cefaleia como sintoma principal;

II - A doença renal primária é a etiologia mais comum de hipertensão secundária;

III - A hipertensão arterial sistêmica constitui um fator de risco independente para insuficiência cardíaca.

Assinale a alternativa correta:

Alternativas:

- A: Somente a afirmativa I está correta.
- B: Somente a afirmativa II está correta.
- C: Somente as afirmativas I e III estão corretas.
- D: Somente as afirmativas II e III estão corretas.
- E: Todas as afirmativas estão corretas.

[Ver Resposta](#)



Epidemiologia, Fisiopatologia e Fatores de Risco da Hipertensão Arterial

Prevalência, Incidência e Impacto da Hipertensão na Saúde Pública (Dados Demográficos e Estudos)

Questão 91 (ID 41)

Banca / ano: SUS Roraima / 2021

Enunciado:

MAB, 55 anos, sexo feminino, viúva, G1 P0A 1, vai à unidade básica de saúde, pedindo uma consulta médica, pois nos últimos dias está sentindo um mal-estar e não dorme direito. Negou dor em tórax, alterações visuais e demais queixas. Ao exame foi constatado PA 190 x 110 mmHg. Diante do exposto, marque a resposta correta:

Alternativas:

- **A:** Recomenda-se que a investigação da hipertensão arterial em pacientes adultos com pressão menor que 120x80 mmHg, seja feita anualmente, devido ao risco alto de doença cardiovascular.
- **B:** Recomenda-se que a investigação de hipertensão a cada ano nas pessoas com pressão arterial menor que 120/80 e semestral se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg.
- **C:** Devido à variabilidade individual da medida da pressão arterial, é recomendado, para se realizar o diagnóstico, que se obtenham duas ou mais aferições em pelo menos duas ou mais visitas ao longo de um período de uma ou mais semanas.
- **D:** As questões B e C estão corretas e a A está errada.

[Ver Resposta](#)

Questão 92 (ID 136)

Banca / ano: HOA / 2017

Enunciado:

A Hipertensão Arterial (HA) é a condição clínica multifatorial que leva à elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente, está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como a genética, que influencia a sua ocorrência. Acerca da Hipertensão Arterial, marque a opção considerada INCORRETA:

Alternativas:

- **A:** Estudos brasileiros que avaliaram o impacto de polimorfismos genéticos na população de quilombolas não conseguiram identificar um padrão mais prevalente.
- **B:** Mostraram forte impacto da miscigenação, dificultando ainda mais a identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos.
- **C:** Mostraram pequeno impacto da miscigenação, no padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos.



- **D:** A miscigenação dificulta mais a identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos.

[Ver Resposta](#)

Questão 93 (ID 116)

Banca / ano: HCB / 2017

Enunciado:

Sobre Hipertensão, aponte a opção CORRETA.

Alternativas:

- **A:** Hipertensão Arterial (HA) é a condição clínica unifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos maior ou igual a 140 e/ou 90 mmHg.

- **B:** Raramente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo.

- **C:** Agravada pela presença de outros Fatores de Risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e Diabetes Melito (DM).

- **D:** Mantém associação dependente com eventos como morte súbita, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (DRC), fatal e não fatal.

[Ver Resposta](#)

Questão 94 (ID 143)

Banca / ano: CEOQ / 2017

Enunciado:

Dentre os fatores de risco para Hipertensão Arterial, diversos fatores relacionados a ela podem ser considerados como importantes. Desse modo, marque a opção INCORRETA.

Alternativas:

- **A:** Não ocorre uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de Hipertensão.

- **B:** A prevalência de HA autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos.

- **C:** Estudos realizados no Brasil, incluindo indivíduos idosos, mostraram 68% de prevalência de Hipertensão.

- **D:** Estudos brasileiros que avaliaram o impacto de polimorfismos genéticos na população de quilombolas não conseguiram identificar um padrão mais prevalente.

[Ver Resposta](#)

Questão 95 (ID 134)

Banca / ano: HOA / 2017

Enunciado:



Em relação ao sedentarismo e à hipertensão, ocorrem diversos dados relevantes, com EXCEÇÃO do seguinte. Aponte-o.

Alternativas:

- **A:** Observou-se associação significativa entre HA e idade, sexo masculino, sobrepeso, adiposidade central, sedentarismo nos momentos de folga e durante o trabalho, escolaridade inferior a 8 anos e renda per capita < 3 salários mínimos.
- **B:** Dados apontam que indivíduos insuficientemente ativos (adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física considerando o lazer, o trabalho e o deslocamento) representaram grande parte dos adultos, sendo o percentual significativamente menor entre as mulheres.
- **C:** Houve diferença nas frequências de insuficientemente ativos entre as faixas etárias, com destaque para idosos (62,7%).
- **D:** Houve diferença nas frequências de insuficientemente ativos para adultos sem instrução e com nível de escolaridade fundamental incompleto.

[Ver Resposta](#)

Questão 96 (ID 135)

Banca / ano: HOA / 2017

Enunciado:

A ingestão de bebidas alcoólicas interfere de maneira diversa nos achados de hipertensão da população. Desse modo, aponte a alternativa INCORRETA:

Alternativas:

- **A:** Ingestão de álcool crônico e elevado aumenta a PA de forma consistente.
- **B:** Em mulheres, houve efeito protetor com dose inferior a 10 g de álcool/dia.
- **C:** Em mulheres, houve risco de hipertensão com consumo de 100 g de álcool/dia.
- **D:** Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os mais jovens e aumentou com o nível de escolaridade.

[Ver Resposta](#)

Questão 97 (ID 166)

Banca / ano: HFA / 2016

Enunciado:

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, com relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e seus fatores de risco, assinale a alternativa CORRETA:

Alternativas:

- **A:** Inexiste relação entre a pressão arterial e a idade do indivíduo
- **B:** A prevalência global de HAS é mais elevada nas mulheres até os 50 anos de idade



- **C:** Embora a população brasileira apresente uma dieta rica em sódio, carboidratos e gorduras, a elevação da pressão arterial não se relaciona com o consumo elevado de sódio
- **D:** A ingestão de bebidas alcoólicas por um período de tempo prolongado pode aumentar os níveis de pressão arterial
- **E:** A atividade física reduz a incidência de HAS apenas em indivíduos previamente hígidos, não apresentando o mesmo efeito em indivíduos pré-hipertensos

[Ver Resposta](#)

Fatores de Risco e Mecanismos Fisiopatológicos da Hipertensão (Modificáveis, Não Modificáveis, SRAA, SNS)

Questão 98 (ID 27)

Banca / ano: CERMAM / 2023

Enunciado:

No diagnóstico de Hipertensão Arterial podemos encontrar Hipertensão mascarada que é caracterizada por:

Alternativas:

- **A:** Valores elevados no consultório, porém com PA normal pela MAPA ou medidas residenciais.
- **B:** Valores normais da PA no consultório, porém com PA elevada pela MAPA ou medidas residenciais.
- **C:** Valores elevados da PA no consultório e pela MAPA.
- **D:** Valores normais da PA no consultório e pela MAPA.

[Ver Resposta](#)

Questão 99 (ID 84)

Banca / ano: UFRGS / 2018

Enunciado:

No idoso, sobretudo após os 70 anos, hipertensão arterial sistólica isolada é uma condição clínica prevalente.

Que alteração do sistema cardiovascular associada ao envelhecimento, dentre as abaixo, não contribui para a patogênese dessa condição?

Alternativas:

- **A:** Aumento da resposta cronotrópica.
- **B:** Aumento da resistência vascular periférica.
- **C:** Redução da complacência do ventrículo esquerdo.
- **D:** Diminuição do tônus do sistema nervoso autônomo.



- E: Diminuição da resposta fisiológica dos barorreceptores.

[Ver Resposta](#)

Questão 100 (ID 124)

Banca / ano: SCMCG / 2017

Enunciado:

Quanto aos ditos fatores de risco para a doença hipertensiva, marque a opção CORRETA.

Alternativas:

- A: O consumo excessivo de sódio, um dos principais FR para HA, associa-se somente a eventos Cardíacos.
- B: Consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma inconsistente.
- C: Em homens, o risco aumentado de Hipertensão tornou-se consistente a partir de 31 g de álcool/dia.
- D: Em mulheres, houve efeito hipertensivo com dose inferior a 10 g de álcool/dia.

[Ver Resposta](#)

Questão 101 (ID 191)

Banca / ano: UFMT / 2014

Enunciado:

Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica, marque V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

- () Nos pacientes obesos, as alterações hemodinâmicas, como elevação do débito cardíaco e do volume plasmático, são fatores que contribuem para o aparecimento da hipertensão arterial.
- () A perda de peso nos pacientes obesos hipertensos aumenta a resposta hipotensora à restrição de sódio.
- () O aumento da insulina plasmática não é responsável pela hipertensão induzida pela obesidade.
- () A ultrassonografia com Doppler, devido a dificuldades técnicas e a seu baixo valor, tem sido pouco utilizada como screening para hipertensão renovascular.

Assinale a sequência correta.

Alternativas:

- A: V, F, F, V.
- B: F, F, V, F.
- C: F, V, V, V.
- D: V, V, F, F.

[Ver Resposta](#)



Questão 102 (ID 205)

Banca / ano: HAC PR / 2012

Enunciado:

Diversos sistemas fisiológicos influenciam a ocorrência e manutenção da hipertensão arterial, também são relacionados fatores ambientais entre os quais se destacam:

Alternativas:

- A: Baixos consumos de potássio, magnésio e cálcio.
- B: Flacidez endotelial da aorta e de grandes artérias.
- C: Diabetes mellitus insulínodépendente.
- D: Todas as alternativas acima estão corretas.
- E: Nenhuma das alternativas acima está correta.

[Ver Resposta](#)

Respostas

Resposta para Questão 1 (ID 2)

GABARITO: C

II e III estão corretas. A assertiva I está incorreta porque, embora a medição anual da pressão arterial seja recomendada para rastreamento, ela não é indicada apenas se a pressão for inferior a 140/90 mmHg. A medição anual é importante para todos, independentemente dos valores iniciais, para monitorar e detectar precocemente possíveis alterações na pressão arterial. A assertiva II está correta, pois o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica deve ser confirmado, sempre que possível, com medidas fora do ambiente clínico, como a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), para evitar o efeito do avental branco e obter uma avaliação mais precisa da pressão arterial do paciente. A assertiva III também está correta, pois a história de pré-eclâmpsia durante a gravidez é reconhecida como um fator de risco significativo para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica em mulheres ao longo da vida.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 2 (ID 14)

GABARITO: D

Resposta:

Após a primeira aferição de 146 x 92 mmHg no membro superior esquerdo, a conduta do médico deverá ser aguardar pelo menos 1 minuto para realizar uma nova medição. Esta segunda aferição deve ser feita no membro superior direito para comparar as pressões arteriais entre os braços. Caso a diferença entre as medidas dos dois braços seja inferior a 10 mmHg, o médico deverá identificar o membro com a pressão arterial mais elevada e realizar uma terceira aferição neste mesmo membro. A pressão arterial do paciente será então definida como a média das duas últimas leituras realizadas no membro de maior pressão. Se essa média for igual ou superior a 180/110 mmHg, o paciente será considerado hipertenso já nesta consulta, necessitando de condutas imediatas e acompanhamento adequado.



[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 3 (ID 45)

GABARITO: E

Resposta:

Errado. A estimativa da pressão sistólica pela palpação da artéria radial, antes da aferição auscultatória, continua sendo recomendada. Essa etapa inicial é importante para evitar o desconforto do paciente causado pela insuflação excessiva do manguito e para fornecer uma estimativa da pressão sistólica, auxiliando na correta identificação dos sons de Korotkoff durante a ausculta. A técnica auscultatória, que utiliza o estetoscópio para ouvir os sons arteriais, é o método padrão para medir a pressão arterial no consultório, e a etapa de palpação prévia facilita a realização precisa dessa técnica. Portanto, a diretriz não contraindica, mas sim recomenda a palpação da artéria radial para estimar a pressão sistólica antes da aferição auscultatória.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 4 (ID 64)

GABARITO: E

Resposta:

A Fase 3 dos Sons de Korotkoff é caracterizada pelo retorno dos sons após um possível hiato auscultatório (período em que os sons podem desaparecer temporariamente). Nesta fase, os sons tornam-se mais nítidos, intensos e altos, substituindo os sons soprosos das fases anteriores.

Este fenômeno ocorre porque, à medida que a pressão no manguito diminui gradualmente, a artéria braquial permanece aberta durante a sístole (contração do coração), permitindo o fluxo sanguíneo e a produção de sons audíveis. No entanto, durante a diástole (relaxamento do coração), a artéria ainda permanece fechada devido à pressão externa do manguito, o que contribui para a nitidez e intensidade dos sons percebidos nesta fase.

As demais fases apresentam características distintas:

- **Fase 1:** Surgimento dos primeiros sons, de baixa intensidade e alta frequência, marcando a pressão sistólica.
- **Fase 2:** Sons suaves e prolongados, podendo ocorrer o hiato auscultatório.
- **Fase 4:** Sons abafados e de baixa intensidade, indicando a aproximação da pressão diastólica.
- **Fase 5:** Desaparecimento completo dos sons, marcando a pressão diastólica.

Portanto, a descrição do enunciado ("Desaparecimento dos sons soprosos e surgimento de sons mais nítidos e intensos") corresponde precisamente à Fase 3 dos Sons de Korotkoff.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 5 (ID 83)

GABARITO: D

É correto afirmar que, no idoso, o descenso da pressão arterial durante o sono está relacionado com a redução da resistência vascular periférica. Em contrapartida, em indivíduos jovens, esse fenômeno está associado à redução do débito cardíaco. Essa diferença se deve a alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, como o aumento da rigidez arterial, que modifica os mecanismos de controle da pressão arterial durante o sono em comparação com os jovens. A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) é um exame valioso para avaliar o

comportamento da pressão arterial ao longo de 24 horas e identificar padrões como o descenso noturno atenuado, comum em idosos.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 6 (ID 89)

GABARITO: D

Resposta:

A alternativa correta é a **D**.

Justificativa:

- **Alternativa A incorreta:** As VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2016 preconizam a aferição da pressão arterial na posição supina, e para a pesquisa de hipotensão ortostática em idosos, a medida deve ser realizada após 3 minutos na posição ortostática, e não 5 minutos.
- **Alternativa B incorreta:** Para uma circunferência braquial de 40 cm, o manguito padrão de adulto (adequado para 27-34 cm) é inadequado. Seria necessário um manguito para braço obeso. O uso de um manguito inadequado, neste caso menor que o necessário, pode levar a leituras de pressão arterial falsamente elevadas. A correção por tabelas pode ser considerada em algumas situações, mas o ideal é utilizar o manguito de tamanho apropriado para garantir a acurácia da medida.
- **Alternativa C incorreta:** O hiato auscultatório é um fenômeno comum em idosos, caracterizado pelo desaparecimento transitório dos sons de Korotkoff durante a deflação do manguito. Ele pode levar a uma subestimação da pressão arterial sistólica (o primeiro som pode ser perdido e reaparecer em níveis mais baixos) e a uma superestimação da pressão arterial diastólica (o último som pode ser ouvido até níveis mais baixos que a pressão diastólica real). A alternativa descreve o oposto do efeito real do hiato auscultatório.
- **Alternativa D correta:** A suspeita de pseudo-hipertensão deve ser considerada em idosos, especialmente naqueles com hipertensão resistente. A pseudo-hipertensão ocorre devido ao enrijecimento das artérias, o que pode levar a leituras de pressão arterial elevadas, mesmo que a pressão arterial intra-arterial não esteja tão alta. A manobra de Osler é utilizada para auxiliar na identificação da pseudo-hipertensão. Se a artéria radial permanecer palpável após a insuflação do manguito acima da pressão sistólica, sugere-se a presença de pseudo-hipertensão. Este achado indica que a pressão medida pelo manguito pode não refletir a pressão arterial real dentro da artéria.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 7 (ID 148)

GABARITO: C

A aferição correta da Pressão Arterial (PA) para confirmação diagnóstica de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) requer um protocolo específico. As alternativas A, B e D descrevem condutas adequadas para a aferição da PA: o paciente deve estar posicionado sentado, com pernas descruzadas e pés apoiados no chão (A e D), com o dorso recostado e relaxado (D). O braço deve estar posicionado na altura do coração e apoiado, com as roupas não garroteando o membro (B).

A alternativa C está inadequada porque medir a PA na posição de pé, após 3 minutos, é um procedimento específico para avaliar a hipotensão postural, e não faz parte da metodologia padrão para a confirmação diagnóstica inicial de HAS. A medição inicial da PA para diagnóstico de HAS deve ser realizada com o paciente sentado e relaxado.

[Ver Questão](#)



Resposta para Questão 8 (ID 123)

GABARITO: B

A alternativa inadequada é a B. Os protocolos vigentes para aferição da pressão arterial recomendam que o paciente não pratique exercícios físicos por pelo menos 60 minutos antes da medição, e não 20 minutos como citado na alternativa B. As demais alternativas (A, C e D) estão corretas e alinhadas com as recomendações para a correta aferição da pressão arterial, sendo necessário certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não ingeriu bebidas alcoólicas e não fumou nos 30 minutos anteriores ao procedimento.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 9 (ID 165)

GABARITO: D

A alternativa correta é a **D) Sessenta minutos sem atividade física.**

Justificativa:

Para uma aferição correta da pressão arterial, as diretrizes médicas recomendam que o paciente esteja em repouso e em condições basais. Isso inclui estar sem realizar atividade física por pelo menos 60 minutos antes da medição. A atividade física pode elevar temporariamente a pressão arterial, o que não refletiria a pressão arterial basal do indivíduo.

As demais alternativas estão incorretas pelos seguintes motivos:

- **A) Dois minutos de repouso em ambiente calmo.** O tempo de repouso recomendado é de 3 a 5 minutos, e não apenas dois. Dois minutos podem não ser suficientes para o paciente atingir um estado basal adequado para a aferição.
- **B) Doze horas de abstinência sexual.** Não existe nenhuma recomendação nas diretrizes médicas que determine a necessidade de abstinência sexual como preparo para a aferição da pressão arterial.
- **C) Deflação do manguito na velocidade de 10 mmHg por segundo.** A velocidade correta de deflação do manguito durante a aferição da pressão arterial é de 2 mmHg por segundo. Uma deflação muito rápida pode levar a erros na medição dos sons de Korotkoff, que são utilizados para determinar a pressão sistólica e diastólica.
- **E) Duas horas sem uso de tabaco.** O tempo recomendado de abstinência de tabaco antes da aferição da pressão arterial é de 30 minutos, e não duas horas. Embora duas horas também seja um tempo adequado, a alternativa D é mais diretamente relacionada a um preparo essencial e amplamente recomendado pelas diretrizes para garantir uma medição precisa da pressão arterial.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 10 (ID 162)

GABARITO: D

Resposta:

A alternativa correta é a **D**.

Justificativa:



A alternativa **A** está incorreta porque, embora descreva corretamente alguns aspectos da aferição da pressão arterial, como o repouso de 5 minutos e a medida na artéria braquial, o posicionamento ideal do paciente para a medição é sentado, com os pés apoiados no chão, pernas descruzadas, dorso recostado e braço relaxado e apoiado na altura do coração. A posição de decúbito dorsal horizontal não é a mais recomendada para a aferição da pressão arterial de rotina.

A alternativa **B** está incorreta porque, em pacientes que apresentam pressão arterial muito elevada, como 185 x 120mmHg, o diagnóstico de hipertensão arterial pode ser confirmado em uma única aferição, especialmente se o paciente apresentar alto risco cardiovascular. Não é necessário esperar por duas outras medidas maiores que 140 x 90mmHg para iniciar a investigação e o tratamento, dada a urgência da situação.

A alternativa **C** está incorreta porque, em pacientes recém-diagnosticados com hipertensão arterial, não se recomenda descartar a investigação de hipertensão renovascular de forma indiscriminada. A suspeita de hipertensão renovascular deve ser considerada em casos específicos, como em pacientes com sinais clínicos sugestivos (sopro abdominal, alteração da função renal após uso de certas medicações, episódios de edema agudo de pulmão sem causa aparente), para que a etiologia da hipertensão seja corretamente identificada e tratada, quando possível.

A alternativa **D** está correta porque a avaliação inicial de pacientes com diagnóstico recente de hipertensão arterial deve incluir a solicitação de exames complementares como eletrocardiograma, perfil lipídico, glicemia de jejum, função renal, eletrólitos e urina tipo I. Estes exames são importantes para avaliar o impacto da hipertensão em outros órgãos, identificar fatores de risco cardiovascular adicionais e auxiliar na escolha do tratamento mais adequado, além de rastrear possíveis causas secundárias de hipertensão.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 11 (ID 48)

GABARITO: D

A pressão arterial da paciente na primeira visita à Unidade de Saúde da Família era de 182x100mmHg. De acordo com a classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica, valores de pressão arterial sistólica ≥ 180 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg em uma única medição já são suficientes para classificar o paciente como Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio 3. No caso da paciente, a pressão sistólica de 182 mmHg se enquadra nesse critério, definindo o diagnóstico como HAS Estágio 3.

As demais alternativas estão incorretas:

* A alternativa A) "Pressão arterial elevada" não corresponde a uma classificação formal da hipertensão arterial.

* As alternativas B) "Hipertensão arterial sistêmica estágio 1" e C) "Hipertensão arterial sistêmica estágio 2" correspondem a níveis pressóricos mais baixos do que os apresentados pela paciente na primeira consulta. Para HAS Estágio 1, a pressão arterial sistólica estaria entre 140-159 mmHg ou a diastólica entre 90-99 mmHg. Para HAS Estágio 2, a pressão arterial sistólica estaria entre 160-179 mmHg ou a diastólica entre 100-109 mmHg. A paciente, com 182x100mmHg, ultrapassa esses limites, enquadrando-se no Estágio 3.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 12 (ID 51)

GABARITO: B

Justificativa:

Afirmativa I - Verdadeira: A Hipertensão do Jaleco Branco é caracterizada pelo aumento da pressão arterial aferida no consultório médico, enquanto as medições realizadas fora desse

ambiente, como na Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), apresentam valores normais. Essa condição geralmente possui um prognóstico favorável, assemelhando-se ao de indivíduos normotensos, embora com um risco cardiovascular discretamente elevado em comparação com estes.

Afirmativa II - Falsa: A Hipertensão Mascarada descreve a situação inversa da Hipertensão do Jaleco Branco. Nela, as medidas de pressão arterial no consultório são normais, mas as medições realizadas fora do consultório, como na MAPA, indicam pressão arterial elevada. Ao contrário do que afirma a proposição, a Hipertensão Mascarada não possui um bom prognóstico; ela está associada a um risco cardiovascular significativamente aumentado, sendo considerada mais perigosa que a Hipertensão do Jaleco Branco e requerendo tratamento similar ao da hipertensão arterial sistêmica estabelecida.

Afirmativa III - Verdadeira: Em geral, as medições de pressão arterial realizadas em ambiente de consultório tendem a ser mais baixas quando comparadas às medições feitas fora desse ambiente. Isso ocorre porque, no consultório, idealmente, o paciente está em repouso, em um ambiente controlado e seguindo as orientações para a correta aferição da pressão arterial. Fatores como o estresse do dia a dia, atividades físicas e alimentação, que podem elevar a pressão arterial, são menos controlados fora do ambiente clínico.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 13 (ID 98)

GABARITO: A

A alternativa correta é a **A) Hipertensão arterial primária**.

Justificativa:

A hipertensão arterial primária, também conhecida como hipertensão essencial, é a forma mais comum de hipertensão, representando cerca de 95% dos casos. O diagnóstico é fortemente sugerido pelas características da paciente e do quadro clínico apresentado:

- **Fatores de risco:** A paciente possui múltiplos fatores de risco clássicos para hipertensão primária, como raça negra, idade (54 anos), tabagismo, obesidade e histórico familiar positivo para hipertensão. A presença desses fatores aumenta significativamente a probabilidade de hipertensão essencial.
- **Quadro clínico inicial:** A elevação da pressão arterial (170 x 100 mmHg) em uma primeira consulta, associada a sintomas como sudorese noturna e ondas de calor (que podem ser coincidentes ou relacionados à menopausa, comum nessa faixa etária), é compatível com o início de um quadro de hipertensão primária.
- **Resposta inicial ao tratamento:** A prescrição de hidroclorotiazida como monoterapia inicial é uma conduta comum e recomendada para o tratamento da hipertensão primária, especialmente na primeira consulta. A redução parcial da pressão arterial após três semanas (de 170 x 100 mmHg para 165 x 90 mmHg), embora não tenha atingido a meta ideal, não exclui o diagnóstico de hipertensão primária. Em muitos casos, especialmente em hipertensão estágio 2 como a apresentada inicialmente, pode ser necessário um tempo maior para ajuste da dose ou terapia combinada para alcançar o controle pressórico adequado.

Análise das demais alternativas:

- **B) Baixa resposta do controle pressórico por ansiedade e possivelmente influenciado pela menopausa:** Embora a ansiedade e a menopausa possam influenciar os níveis pressóricos, essa alternativa não explica a causa da hipertensão, mas sim possíveis fatores que podem contribuir para a variação da pressão arterial. A resposta parcial ao diurético não indica necessariamente uma

"baixa resposta" anormal, especialmente em um curto período de tempo e com a pressão arterial inicial elevada. Além disso, focar nesses fatores não aborda o diagnóstico primário de hipertensão.

- **C) Hipertensão arterial secundária:** A hipertensão secundária é menos comum (cerca de 5% dos casos) e está associada a causas específicas e identificáveis. Não há informações no caso clínico que sugiram uma causa secundária para a hipertensão. Sinais de alerta para hipertensão secundária incluem início súbito de hipertensão, hipertensão resistente a múltiplos medicamentos, ou sintomas e sinais específicos de doenças subjacentes (como doença renal, endocrinopatias, etc.), que não estão presentes no caso. A idade da paciente (54 anos) e a resposta inicial ao tratamento também tornam a hipertensão secundária menos provável neste contexto inicial.
- **D) Hiperaldosteronismo secundário:** O hiperaldosteronismo secundário é uma causa específica de hipertensão secundária, geralmente associada a hipertensão resistente, hipocalemia (baixos níveis de potássio no sangue, que pode ser espontânea ou induzida por diuréticos) e, em alguns casos, alterações adrenais. Não há informações no caso clínico que sugiram hiperaldosteronismo secundário. A resposta parcial ao diurético tiazídico (hidroclorotiazida) não é típica de hiperaldosteronismo, e não há menção a hipocalemia ou hipertensão resistente. Portanto, essa alternativa é menos provável no contexto apresentado.

Em resumo, considerando os fatores de risco da paciente, o quadro clínico inicial e a resposta inicial ao tratamento, a **hipertensão arterial primária** é o diagnóstico mais provável e a alternativa correta.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 14 (ID 86)

GABARITO: A

Segundo a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, considera-se hipertensão arterial quando os valores da pressão arterial são iguais ou superiores a 140 mmHg para a pressão sistólica e/ou 90 mmHg para a pressão diastólica. Portanto, a alternativa correta é a que indica o valor de 140x90mmHg. Apesar de a questão ter sido anulada, a alternativa 'A' reflete o consenso estabelecido pela diretriz mencionada para a definição de hipertensão.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 15 (ID 111)

GABARITO: C

O diagnóstico de hipertensão arterial não é confirmado em um prazo fixo de 30 dias para todos os pacientes. A conduta diagnóstica e o tempo para confirmação dependem da avaliação clínica individual, dos níveis pressóricos encontrados e do risco cardiovascular do paciente.

Justificativas das alternativas:

- **A) Correta.** A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) é fundamental para diagnosticar a hipertensão do avental branco, condição em que a pressão arterial se eleva no ambiente clínico, mas permanece normal em outros locais. No caso do paciente, que apresenta pressão normal no consultório, mas relata picos hipertensivos em casa associados à cefaleia, a MAPA é um exame importante para elucidar se há hipertensão real ou se o aumento da pressão é um fenômeno isolado ao ambiente médico ou reativo à dor.

- **B) Correta.** Medidas não farmacológicas, como mudanças no estilo de vida (alimentação saudável, atividade física regular, redução do consumo de álcool e sal, cessação do tabagismo, controle do estresse), são sempre indicadas para pacientes com suspeita de hipertensão ou mesmo para prevenção cardiovascular geral. Essas medidas são a base do tratamento, independentemente da confirmação diagnóstica imediata ou da necessidade de tratamento medicamentoso futuro.
- **C) Incorreta.** Não existe um prazo fixo de 30 dias para confirmar o diagnóstico de hipertensão arterial em todos os casos. O tempo para confirmação diagnóstica varia. Em situações de emergência hipertensiva ou níveis pressóricos muito elevados, o diagnóstico e a intervenção podem ser imediatos. Em casos como o do paciente, com pressão normal no consultório e suspeita de hipertensão do avental branco ou hipertensão episódica, a confirmação pode levar mais tempo e depender de exames complementares como a MAPA e da reavaliação clínica. A alternativa induz ao erro ao sugerir um prazo único e inflexível para a confirmação diagnóstica.
- **D) Correta.** A suspeita de hipertensão arterial deve ser levantada em todo paciente que apresentar medidas casuais de pressão arterial repetidamente maiores que 140 x 90 mmHg. Essas medidas elevadas são um sinal de alerta e indicam a necessidade de investigação diagnóstica mais aprofundada para confirmar ou descartar a hipertensão arterial.
- **E) Correta.** Tanto a técnica oscilométrica automática (utilizada em aparelhos digitais e na MAPA) quanto a técnica auscultatória (que utiliza o estetoscópio) são métodos validados para a medição da pressão arterial, desde que realizadas com metodologia adequada e equipamentos calibrados. Ambas as técnicas são aceitas para o diagnóstico e o seguimento da pressão arterial, e a escolha entre elas pode depender da disponibilidade, da habilidade do profissional e das características do paciente.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 16 (ID 159)

GABARITO: D

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, o ponto de corte para considerar um indivíduo adulto hipertenso, baseado na medição convencional da pressão arterial no consultório, é quando os níveis de pressão arterial são iguais ou superiores a 140 mmHg para a pressão sistólica e/ou 90 mmHg para a pressão diastólica.

Portanto, a alternativa correta é a D) "maior ou igual a" 140/90 mmHg. As demais alternativas apresentam valores inferiores a este ponto de corte, que não se enquadram na definição de hipertensão arterial sistêmica conforme as diretrizes atuais.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 17 (ID 170)

GABARITO: C

A pressão arterial do paciente está elevada (155/95 mmHg), caracterizando, em uma única medida, hipertensão. No entanto, o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) não deve ser estabelecido com apenas uma aferição. É fundamental confirmar a elevação da pressão arterial em pelo menos duas outras ocasiões, em consultas médicas distintas, para afastar a possibilidade de hipertensão do avental branco ou variações pressóricas momentâneas.

Considerando que o paciente apresenta fatores de risco cardiovascular como tabagismo, pai com histórico de infarto precoce, circunferência abdominal limítrofe e glicemia de jejum no limite superior da normalidade, a conduta inicial mais adequada é orientar medidas não farmacológicas, como mudança no estilo de vida (cessação do tabagismo, dieta saudável, atividade física regular, redução do consumo de sal e álcool) e agendar novas medidas da pressão arterial para confirmar o diagnóstico de hipertensão.



As demais alternativas estão incorretas porque:

- **Alternativa A:** Diagnosticar hipertensão estágio 2 e iniciar tratamento farmacológico imediato com base em uma única medida é prematuro e inadequado. O estadiamento e a decisão terapêutica devem ser confirmados após a repetição das medidas e avaliação global do risco cardiovascular do paciente.
- **Alternativa B:** Aguardar 6 meses para confirmar a elevação da pressão arterial é um intervalo de tempo excessivamente longo, especialmente considerando os fatores de risco do paciente. Essa conduta pode postergar a adoção de medidas importantes para a saúde cardiovascular.
- **Alternativa D:** Embora exames complementares possam ser necessários em algum momento para avaliar o impacto da hipertensão em órgãos-alvo e estratificar o risco cardiovascular, a prioridade inicial é confirmar o diagnóstico de hipertensão com novas medidas da pressão arterial e orientar medidas não farmacológicas. Solicitar exames complementares antes de confirmar o diagnóstico não é a conduta mais apropriada neste momento.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 18 (ID 183)

GABARITO: D

Neste caso, o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não pode ser estabelecido de imediato. A aferição da pressão arterial realizada em campanhas de rastreamento, embora importante para identificar indivíduos com risco, necessita de confirmação em ambiente ambulatorial ou consultório, seguindo um protocolo adequado. Para um diagnóstico preciso, é fundamental que a medição da pressão arterial seja realizada em condições ideais, com o paciente em repouso por pelo menos 5 minutos, sentado confortavelmente com os pés apoiados no chão, braço relaxado e na altura do coração. Além disso, é recomendado evitar o consumo de cafeína, tabaco ou a prática de exercícios físicos nos 30 minutos que antecedem a aferição. Apenas após a confirmação da pressão elevada em medidas subsequentes e em condições apropriadas, o diagnóstico de HAS pode ser confirmado e a investigação de causas secundárias ou a necessidade de exames complementares, como o MAPA, podem ser considerados. As campanhas de rastreamento são valiosas para triagem, mas não substituem a avaliação clínica completa para o diagnóstico definitivo de HAS.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 19 (ID 195)

GABARITO: D

Justificativa: O paciente apresenta medidas de pressão arterial no consultório consistentemente elevadas, com valores entre 140-146 mmHg de sistólica e 90-91 mmHg de diastólica, caracterizando hipertensão no ambiente clínico. A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) revela uma média de pressão arterial em vigília de 134 x 86 mmHg. Embora a pressão sistólica na MAPA seja ligeiramente inferior aos valores de consultório, a pressão diastólica em vigília de 86 mmHg é igual ou superior ao ponto de corte de 85 mmHg, que, juntamente com as medidas de consultório $\geq 140/90$ mmHg, confirma o diagnóstico de hipertensão arterial. A hipertensão do avental branco é menos provável, pois, embora haja uma diferença entre as medidas de consultório e MAPA, a pressão diastólica na MAPA não está abaixo do limiar considerado para excluir hipertensão. O paciente não é normotenso, pois tanto as medidas de consultório quanto a MAPA indicam pressão arterial elevada. A hipertensão lábil, embora possa apresentar variações, não é a classificação mais precisa neste caso, onde há uma elevação

consistente da pressão, confirmada pela MAPA. Portanto, a classificação mais adequada é hipertenso.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 20 (ID 34)

GABARITO: B

Justificativa:

- **Assertiva I:** VERDADEIRA. A hipertensão do avental branco ocorre quando a pressão arterial está elevada no consultório médico, mas normal em medições fora desse ambiente, como na Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). Apesar da elevação transitória no consultório, o risco cardiovascular associado a essa condição é considerado similar ao de pessoas sem hipertensão, especialmente quando comparado à hipertensão sustentada ou mascarada.
- **Assertiva II:** FALSA. A hipertensão mascarada é caracterizada por medidas de pressão arterial normais no consultório, mas elevadas fora dele. Ao contrário do que afirma a assertiva, indivíduos com hipertensão mascarada apresentam um risco cardiovascular significativamente maior do que os não hipertensos, comparável ou até superior ao de hipertensos diagnosticados no consultório.
- **Assertiva III:** VERDADEIRA. O indivíduo considerado "real não hipertenso" apresenta pressão arterial normal tanto nas medições de consultório quanto nas medições fora dele. Este grupo possui, de fato, o menor risco de complicações cardiovasculares relacionadas à pressão arterial, quando comparado aos indivíduos com hipertensão do avental branco, hipertensão mascarada ou hipertensão sustentada.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 21 (ID 43)

GABARITO: E

Justificativa:

O item está **errado**. A condição descrita no enunciado, onde o paciente apresenta pressão arterial normal no consultório (120 x 80 mmHg) e elevada na monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA) de 24 horas (150 x 100 mmHg), caracteriza a **hipertensão mascarada**, e não a hipertensão do avental branco.

A **hipertensão do avental branco** ocorre quando o paciente apresenta pressão arterial elevada apenas no ambiente clínico ou consultório médico, com valores normais quando medidos fora desse ambiente, como na MAPA ou na monitorização residencial da pressão arterial (MRPA).

No caso apresentado, o padrão é inverso: a pressão arterial é normal no consultório e elevada fora dele, o que define a **hipertensão mascarada**. Indivíduos com hipertensão mascarada têm um risco cardiovascular semelhante ao de hipertensos diagnosticados e necessitam de acompanhamento e tratamento adequados.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 22 (ID 56)

GABARITO: A

A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) é o exame indicado para confirmar o diagnóstico de hipertensão do jaleco branco. A condição é caracterizada pela elevação da pressão



arterial no consultório médico, enquanto as medições realizadas fora deste ambiente, como em casa, apresentam valores normais. O MAPA monitora a pressão arterial durante 24 horas, fornecendo um perfil completo da pressão arterial do paciente ao longo do dia e da noite, permitindo identificar se a hipertensão é restrita ao ambiente clínico. As demais alternativas não são adequadas para confirmar o diagnóstico de hipertensão do jaleco branco. Melhorar a relação médico-paciente pode ser benéfico, mas não é um método diagnóstico. O ecocardiograma transtorácico avalia o coração, sendo útil para identificar danos causados pela hipertensão crônica, não para diagnosticar a hipertensão do jaleco branco. Benzodiazepínicos são medicamentos para ansiedade e não são usados para diagnóstico, e a dieta com restrição de sal é uma medida terapêutica, não diagnóstica.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 23 (ID 79)

GABARITO: A

A alternativa correta é a **A**. A área sob a curva na MAPA, apesar de demonstrar boa correlação com outros parâmetros como cargas de pressão e médias de pressão arterial, ainda carece de validação clínica robusta. A principal limitação para a sua aplicação rotineira reside na ausência de estudos definitivos que estabeleçam uma relação clara e consistente entre os valores obtidos pela área sob a curva e os desfechos clínicos relevantes, como morbidade e mortalidade cardiovascular.

Embora o conceito de área sob a curva seja promissor para refinar a interpretação da MAPA, refletindo a magnitude e a duração das elevações pressóricas ao longo do tempo, a falta de evidências que confirmem seu valor prognóstico impede que seja amplamente adotado na prática clínica. As diretrizes e consensos médicos atuais ainda não incorporaram a área sob a curva como um parâmetro padrão para a tomada de decisões terapêuticas ou para a estratificação de risco cardiovascular, justamente pela necessidade de mais pesquisas que validem seu uso e definam seus valores de referência em diferentes contextos clínicos.

As demais alternativas (B, C e D) estão incorretas porque afirmam, de maneira equivocada, que o uso da área sob a curva na prática clínica é autorizado, rotineiro ou padrão, o que não corresponde ao cenário atual. A realidade é que, embora a área sob a curva seja objeto de pesquisa e tenha potencial, sua aplicação clínica ainda é limitada pela falta de estudos que a correlacionem com desfechos clínicos importantes.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 24 (ID 91)

GABARITO: D

Resposta:

O paciente apresenta hipertensão não controlada. A pressão arterial aferida no consultório (148 x 90 mmHg) já indica hipertensão, pois está acima dos valores de referência ($\geq 140 \times 90$ mmHg). A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) confirma esse diagnóstico, demonstrando que a média das medidas nas 24 horas (134 x 82 mmHg) e durante a vigília (136 x 86 mmHg) também estão elevadas, superando os valores de referência para hipertensão no MAPA ($\geq 130 \times 80$ mmHg em 24 horas e $\geq 135 \times 85$ mmHg na vigília).

As outras alternativas são descartadas porque:

- **Hipertensão mascarada** ocorre quando a pressão arterial é normal no consultório, mas elevada no MAPA, o que não se aplica ao caso, pois o paciente apresenta hipertensão em ambas as medidas.
- **Hipertensão controlada** é descartada, pois o paciente não apresenta níveis pressóricos dentro da normalidade, seja no consultório ou no MAPA.



- **Hipertensão do avental branco** se caracteriza por pressão arterial elevada no consultório, mas normal no MAPA, o oposto do que foi observado no paciente, que também apresenta hipertensão no MAPA.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 25 (ID 142)

GABARITO: C

A alternativa correta é a C. As medições da pressão arterial fora do consultório, como a MRPA e a MAPA, apresentam diversas vantagens no diagnóstico e acompanhamento da hipertensão, exceto a mencionada na alternativa C.

- **Alternativa C (Correta - Exceção):** A medição da PA fora do consultório, na verdade, tende a aumentar o engajamento dos pacientes. Ao realizar as medições em casa ou utilizar a MAPA, o paciente se torna mais ativo no processo de diagnóstico e acompanhamento, compreendendo melhor sua condição e aderindo mais ao tratamento. Portanto, a alternativa C apresenta uma desvantagem que não corresponde à realidade da medição da PA fora do consultório.
- **Alternativa A (Incorreta):** A medição fora do consultório, seja MRPA ou MAPA, permite obter um número significativamente maior de medidas da pressão arterial em comparação com a medição isolada no consultório. Isso proporciona uma avaliação mais precisa e representativa da pressão arterial do paciente ao longo do tempo.
- **Alternativa B (Incorreta):** As medições realizadas fora do consultório refletem as atividades diárias e o cotidiano do paciente, fornecendo uma visão mais realista da pressão arterial em condições normais de vida. Isso é crucial para diferenciar a hipertensão verdadeira de elevações pressóricas situacionais.
- **Alternativa D (Incorreta):** Uma das grandes vantagens da medição fora do consultório é a redução ou eliminação do "efeito do avental branco". Este efeito se refere à elevação da pressão arterial em consultório devido ao estresse ou ansiedade associados ao ambiente clínico, o que pode levar a diagnósticos errôneos de hipertensão. A MRPA e a MAPA minimizam esse efeito, oferecendo uma avaliação mais fidedigna da pressão arterial basal do paciente.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 26 (ID 140)

GABARITO: A

A alternativa correta é a A. A aferição da pressão arterial em pacientes em hemodiálise apresenta particularidades importantes, sendo influenciada pelo ciclo dialítico. Medir a pressão arterial no período pré-diálise pode levar a uma superestimação dos valores devido à hipervolemia, condição comum nesses pacientes. Além disso, a pressão arterial pré-diálise tende a apresentar grande variabilidade, o que dificulta a tomada de decisões terapêuticas precisas baseadas em uma única medição.

Por outro lado, a pressão arterial aferida logo após a diálise pode ser subestimada, pois o procedimento remove volume de líquido do corpo, o que temporariamente reduz a pressão.

A recomendação mais adequada, conforme as diretrizes médicas, é realizar a medição da pressão arterial fora das unidades de diálise, preferencialmente nos intervalos entre as sessões de hemodiálise (período interdialítico). Essa prática permite obter valores mais representativos da pressão arterial usual do paciente, auxiliando no monitoramento e ajuste do tratamento anti-hipertensivo de forma mais eficaz. Medições residenciais, feitas em casa pelo paciente,



correlacionam-se melhor com a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e com os desfechos cardiovasculares nessa população.

As demais alternativas estão incorretas porque:

- **B) Incorreta.** Medições de pressão arterial residencial estão associadas a um *melhor* controle pressórico interdiálítico quando comparadas à medição isolada pré-diálise, pois refletem a pressão arterial ao longo do tempo e em condições mais habituais para o paciente.
- **C) Incorreta.** Embora a pressão arterial pré-diálise seja geralmente superestimada e variável, a alternativa C está parcialmente correta ao mencionar a superestimação e variabilidade, mas incompleta ao não apresentar a orientação adequada para a aferição.
- **D) Incorreta.** A pressão arterial é subestimada quando obtida após a diálise, e não superestimada como sugere a alternativa, devido à redução do volume intravascular promovida pela hemodiálise.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 27 (ID 112)

GABARITO: D

De acordo com as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o valor de pressão arterial (PA) que caracteriza hipertensão na monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) durante a vigília é $\geq 135/85$ mmHg. Este exame, conhecido como MAPA, avalia a pressão arterial do paciente ao longo de 24 horas, fornecendo medidas durante o período de sono e de vigília. Considera-se que, durante o período em que o paciente está acordado e ativo (vigília), valores iguais ou superiores a 135 mmHg para a pressão sistólica e/ou 85 mmHg para a pressão diastólica indicam hipertensão. As demais alternativas apresentam valores inferiores ou superiores que não correspondem ao limiar estabelecido pelas diretrizes para o diagnóstico de hipertensão na MAPA durante a vigília.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 28 (ID 127)

GABARITO: B

A alternativa correta é a **B**. A Hipertensão Mascarada é definida pela condição em que o paciente apresenta níveis de pressão arterial normais durante as medições no consultório médico, mas exibe pressão arterial elevada quando medida pela Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou pela Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA).

As demais alternativas estão incorretas pelos seguintes motivos:

- **Alternativa A:** Incorreta. A Hipertensão Mascarada está sim relacionada a um maior risco na população diabética. O diabetes é um dos fatores de risco importantes associados à hipertensão mascarada, aumentando a necessidade de monitoramento e controle da pressão arterial nesses pacientes.
- **Alternativa C:** Incorreta. Existe relação da Hipertensão Mascarada com dados pessoais e hábitos de vida. Fatores como sexo masculino, tabagismo, consumo de álcool, prática de atividade física e hipertensão induzida pelo exercício são considerados fatores de risco ou situações que aumentam a suspeita de Hipertensão Mascarada.
- **Alternativa D:** Incorreta. A prevalência da Hipertensão Mascarada é maior, e não menor, quando a pressão arterial do consultório está no nível limítrofe. Pacientes com pressão



arterial limítrofe no consultório têm maior probabilidade de apresentar Hipertensão Mascarada, sendo recomendada a investigação com MAPA ou MRPA nesses casos.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 29 (ID 204)

GABARITO: A

As afirmativas I, II e III estão corretas. A assertiva I está correta pois a hipertensão na gravidez é uma condição que requer monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) devido às variações fisiológicas da pressão arterial nesse período, sendo a MAPA um método mais preciso para diagnóstico e acompanhamento. A assertiva II também está correta, uma vez que pacientes diabéticos possuem uma meta pressórica mais rigorosa ($< 130/80$ mmHg) devido ao seu risco cardiovascular elevado. A assertiva III está correta, pois a ultrassonografia renal é um exame de imagem recomendado na suspeita de hipertensão parenquimatosa renal, auxiliando na identificação de alterações renais estruturais. A assertiva IV está incorreta, pois em pacientes com hipertrofia ventricular esquerda, que configura lesão em órgão-alvo e alto risco cardiovascular, a meta pressórica recomendada é $< 130/80$ mmHg, e não $< 140/90$ mmHg.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 30 (ID 210)

GABARITO: C

Resposta:

O paciente apresenta um quadro de hipertensão mascarada. Essa condição é caracterizada por pressão arterial normal ou limítrofe no consultório, como observado na medida inicial de 132×86 mmHg (pré-hipertensão), contrastando com valores elevados da pressão arterial aferidos pela Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA).

Na MAPA, a média da pressão arterial em vigília de 142×90 mmHg e durante o sono de 132×84 mmHg indicam hipertensão. Especificamente, a pressão em vigília (142×90 mmHg) está acima dos valores de referência para normotensão e pré-hipertensão, configurando hipertensão estágio I pela MAPA.

A hipertensão do avental branco é descartada, pois nesta condição a pressão arterial está elevada no consultório, mas normal na MAPA, o que não se verifica no caso. A normotensão é excluída pelos resultados da MAPA que demonstram hipertensão em vigília e durante o sono. Embora a MAPA confirme hipertensão, o diagnóstico mais preciso, considerando a discrepância entre a pressão no consultório (inicialmente limítrofe) e a MAPA (elevada), é hipertensão mascarada.

Adicionalmente, o eletrocardiograma (ECG) com sobrecarga de ventrículo esquerdo e alterações da repolarização ventricular reforça a hipótese de hipertensão, indicando possível lesão de órgão-alvo decorrente da pressão arterial elevada não detectada pelas medidas isoladas no consultório.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 31 (ID 49)

GABARITO: E

A conduta inicial correta para o paciente em questão, diante de uma pressão arterial de 200×100 mmHg em um primeiro atendimento, mesmo assintomático e jovem, é solicitar uma investigação laboratorial abrangente. A elevação significativa da pressão arterial, classificada como estágio 3 de hipertensão, demanda uma avaliação que vá além do simples controle da pressão ou de exames cardiológicos isolados.



A alternativa A está incorreta, pois, mesmo em pacientes jovens, uma elevação tão expressiva da pressão arterial não deve ser ignorada, sendo imprescindível a investigação diagnóstica para identificar possíveis causas secundárias ou comorbidades associadas, além de avaliar o risco cardiovascular global.

A alternativa B está incorreta, pois, embora exames cardiológicos como ECG e ecocardiograma sejam importantes em algum momento da avaliação de hipertensão, eles não são suficientes como abordagem inicial isolada. É fundamental investigar outros fatores de risco e possíveis lesões em órgãos-alvo, como os rins, que não são avaliados apenas com exames cardiológicos básicos.

A alternativa C também está incorreta, pois, embora inclua exames importantes como glicemia e perfil lipídico para avaliar risco cardiovascular, ela ainda é incompleta. A avaliação inicial da hipertensão arterial necessita incluir exames que avaliem a função renal e o metabolismo eletrolítico, como ureia, creatinina, potássio e exame de urina.

A alternativa D está incorreta, pois exames como Doppler de artéria renal, atividade de renina e aldosterona são indicados para investigação de hipertensão secundária, em casos específicos e não como rastreamento inicial de todo paciente hipertenso, especialmente na primeira abordagem em uma unidade básica de saúde.

A alternativa E apresenta a abordagem inicial mais completa e correta. A solicitação de exames como urina I, ureia, creatinina e potássio permite avaliar a função renal e possíveis alterações eletrolíticas, que podem ser tanto causa quanto consequência da hipertensão. A glicemia de jejum, colesterol total e frações e triglicerídeos são essenciais para estratificar o risco cardiovascular do paciente, identificando dislipidemias e resistência à insulina, comorbidades frequentemente associadas à hipertensão arterial. O ácido úrico, embora menos central, também pode ser relevante na avaliação do risco cardiovascular.

Portanto, a alternativa E é a que melhor representa a conduta inicial recomendada para um paciente com hipertensão arterial estágio 3, visando uma avaliação abrangente e a identificação de fatores de risco e possíveis lesões orgânicas desde o primeiro atendimento.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 32 (ID 50)

GABARITO: C

JUSTIFICATIVA:

A pressão arterial do paciente foi aferida em 165 mmHg x 102 mmHg. De acordo com a VIII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a classificação da hipertensão é definida pelos seguintes estágios:

- **Pressão Normal:** menor que 120 mmHg x 80 mmHg
- **Pré-hipertensão:** 120-129 mmHg x menor que 80 mmHg
- **Hipertensão Estágio 1:** 130-139 mmHg x 80-89 mmHg
- **Hipertensão Estágio 2:** 140-179 mmHg x 90-109 mmHg
- **Hipertensão Estágio 3:** maior ou igual a 180 mmHg x 110 mmHg

Analisando os valores de pressão arterial do paciente (165 mmHg x 102 mmHg), observa-se que tanto a pressão sistólica (165 mmHg) quanto a diastólica (102 mmHg) se enquadram na faixa de Hipertensão Estágio 2. Portanto, a afirmação de que se trata de um caso de HAS estágio 2 está correta. Em casos onde a pressão sistólica e diastólica se encontram em categorias diferentes, prevalece a classificação de maior gravidade. Neste caso, ambas as medidas confirmam o diagnóstico de HAS estágio 2.

[Ver Questão](#)



Resposta para Questão 33 (ID 94)

GABARITO: A

A alternativa correta é a **A**.

Justificativa:

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a hipertensão arterial sistêmica estágio 1 é definida quando a pressão sistólica se encontra entre 140 e 159 mmHg e/ou a pressão diastólica se encontra entre 90 e 99 mmHg. A alternativa A descreve precisamente esses valores, caracterizando corretamente o estágio 1 da hipertensão.

As demais alternativas apresentam classificações incorretas:

- **Alternativa B:** Descreve uma condição onde a pressão sistólica está elevada (acima de 140 mmHg), mas a diastólica está abaixo de 90 mmHg. Essa combinação não define o estágio 1 da HAS.
- **Alternativa C:** Refere-se à **pré-hipertensão**, onde os valores da pressão arterial são mais baixos do que os definidos para o estágio 1 da hipertensão.
- **Alternativa D:** Corresponde à hipertensão arterial sistêmica **estágio 2**, que é um nível mais elevado de pressão arterial em comparação ao estágio 1.

Portanto, a alternativa A é a única que apresenta os valores corretos para a definição de hipertensão arterial sistêmica estágio 1, conforme os critérios estabelecidos pela SBC.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 34 (ID 100)

GABARITO: A

Segundo o "8º Joint Report", que fundamenta as diretrizes da American Heart Association (AHA), idosos com 60 anos ou mais são considerados hipertensos quando sua pressão arterial sistólica é igual ou superior a 150 mmHg ou a pressão arterial diastólica é igual ou superior a 90 mmHg. A alternativa A ("maior ou igual que" 150/90 mmHg) está em perfeita concordância com essa definição. As demais alternativas apresentam valores de pressão arterial que não correspondem ao limiar de hipertensão para idosos conforme estabelecido pelo "8º Joint Report".

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 35 (ID 145)

GABARITO: B

Resposta:

A alternativa incorreta é a **B**.

Justificativa:

A pré-hipertensão é definida como uma condição na qual a pressão arterial sistólica (PAS) encontra-se entre 121 e 139 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg, conforme a alternativa A corretamente descreve. Essa condição é reconhecida como um estado de risco aumentado para o desenvolvimento de hipertensão arterial (HA) e eventos cardiovasculares (CV) futuros, como mencionado nas alternativas C e D. Indivíduos pré-hipertensos têm uma probabilidade maior de progredir para hipertensão estabelecida, necessitando, portanto, de monitoramento clínico mais atento e intervenções no estilo de vida para mitigar esse risco, como também apontado na alternativa D.



No entanto, a alternativa B apresenta uma informação quantitativa imprecisa. Estudos epidemiológicos indicam que uma parcela significativa dos eventos cardiovasculares atribuíveis à elevação da pressão arterial ocorre em indivíduos classificados como pré-hipertensos, mas essa proporção é de aproximadamente **um terço**, e não "um décimo" como citado na alternativa B. Portanto, a alternativa B subestima a relevância clínica da pré-hipertensão no contexto dos eventos cardiovasculares relacionados à pressão arterial elevada.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 36 (ID 115)

GABARITO: C

A alternativa **inadequada** é a **C**.

Análise das alternativas:

- **Alternativa A: CORRETA.** A Pré-Hipertensão (PH) é definida pelos valores de pressão arterial sistólica (PAS) entre 121 e 139 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg. Essa definição está alinhada com as diretrizes médicas para classificação da pressão arterial.
- **Alternativa B: CORRETA.** A condição de Pré-Hipertensão está associada a um risco aumentado de desenvolvimento futuro de Hipertensão Arterial (HA) e de outras anormalidades cardíacas e doenças cardiovasculares (DCV). Indivíduos pré-hipertensos demandam acompanhamento médico e modificações no estilo de vida para mitigar esses riscos.
- **Alternativa C: INCORRETA.** Aproximadamente um terço, e não um décimo, dos eventos cardiovasculares (CV) atribuíveis à elevação da pressão arterial ocorrem em indivíduos classificados como pré-hipertensos. A alternativa subestima a proporção de eventos cardiovasculares relacionados à pré-hipertensão, o que a torna inadequada.
- **Alternativa D: CORRETA.** Meta-análises confirmam que, dentro do espectro da pré-hipertensão, o risco de desenvolver Doenças Cardiovasculares (DCV), Doença Isquêmica Cardíaca (DIC) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) é progressivamente maior quanto mais elevados forem os níveis pressóricos. Indivíduos com PAS entre 130 e 139 mmHg ou PAD entre 85 e 89 mmHg apresentam um risco mais elevado em comparação com aqueles com níveis mais próximos da normalidade alta (PAS entre 120 e 129 mmHg ou PAD entre 80 e 84 mmHg).

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 37 (ID 192)

GABARITO: C

A pressão arterial do paciente (138/84 mmHg) é classificada como normal alta. Apesar de não ser hipertensão estágio 1, também não é considerada pressão normal, demandando atenção e orientação. O paciente apresenta fatores de risco relevantes como estresse, sedentarismo e sobrepeso (IMC 26,3 kg/m²), além de histórico familiar de hipertensão, o que aumenta a sua predisposição para desenvolver hipertensão arterial no futuro.

A conduta inicial mais adequada, antes de considerar o uso de medicamentos, é a adoção de medidas não farmacológicas, focando na mudança do estilo de vida. As principais recomendações incluem a perda de peso para atingir um IMC saudável, o início de atividade física regular e a redução do consumo de sódio na dieta. Essas medidas visam controlar a pressão arterial e reduzir o risco cardiovascular do paciente a longo prazo.



As demais alternativas estão incorretas porque:

- **A) e B)** Classificam a pressão arterial como "normal", o que não corresponde à classificação de 138/84 mmHg como normal alta, e negligenciam a necessidade de orientações mais abrangentes além da redução de sal.
- **D) e E)** Propõem a prescrição de fármacos anti-hipertensivos de imediato. Embora a história familiar seja um fator de risco, a pressão normal alta, em um primeiro momento, deve ser abordada com mudanças no estilo de vida antes de se considerar a terapia medicamentosa, a menos que o paciente apresente alto risco cardiovascular ou outras condições que justifiquem a intervenção farmacológica precoce.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 38 (ID 197)

GABARITO: B

Resposta:

A pressão arterial do paciente, 130 x 85 mmHg, enquadra-se na categoria de pré-hipertensão de acordo com as diretrizes atuais de classificação da pressão arterial.

Para entender melhor, vamos analisar as categorias:

- **Normal:** A pressão arterial normal é definida como valores iguais ou inferiores a 120 mmHg para a pressão sistólica (o número mais alto) e 80 mmHg para a pressão diastólica (o número mais baixo). No caso do paciente, a pressão sistólica está acima de 120 mmHg e a diastólica está acima de 80 mmHg, portanto, não se classifica como normal.
- **Pré-hipertensão:** Esta categoria é definida por valores de pressão sistólica entre 121 e 139 mmHg ou pressão diastólica entre 81 e 89 mmHg. O paciente apresenta 130 mmHg de sistólica (dentro do intervalo 121-139 mmHg) e 85 mmHg de diastólica (dentro do intervalo 81-89 mmHg). Portanto, a pressão do paciente se encaixa perfeitamente na definição de pré-hipertensão.
- **Hipertensão Leve (Estágio 1):** A hipertensão leve é caracterizada por pressão sistólica entre 140 e 159 mmHg ou pressão diastólica entre 90 e 99 mmHg. Os valores do paciente estão abaixo desses limites, descartando esta classificação.
- **Hipertensão Moderada (Estágio 2):** A hipertensão moderada é definida por pressão sistólica entre 160 e 179 mmHg ou pressão diastólica entre 100 e 109 mmHg. Novamente, os valores do paciente são significativamente inferiores a esses patamares, excluindo esta classificação.

Em resumo: A pressão arterial de 130 x 85 mmHg do paciente corresponde à classificação de pré-hipertensão, indicando um risco aumentado de desenvolver hipertensão no futuro e a necessidade de adotar medidas de estilo de vida saudáveis e monitoramento regular da pressão arterial.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 39 (ID 17)

GABARITO: C

As medidas recomendadas para rastreamento neste paciente, considerando o impacto em morbimortalidade e seus fatores de risco, incluem a glicemia de jejum para rastrear diabetes, o colesterol total e frações para identificar dislipidemias, e a aferição da pressão arterial para detectar hipertensão. Esses exames são fundamentais na avaliação inicial do risco cardiovascular, especialmente em pacientes com idade, histórico de tabagismo, obesidade e histórico familiar relevante para essas condições.



A aferição da pressão arterial é crucial para identificar a hipertensão, um importante fator de risco cardiovascular. A dosagem de glicemia de jejum é essencial para rastrear o diabetes, outra condição que aumenta significativamente o risco cardiovascular. O colesterol total e frações são necessários para avaliar dislipidemias, que também contribuem para o aumento do risco de eventos cardiovasculares.

As outras alternativas apresentam medidas menos prioritárias ou não recomendadas para o rastreamento inicial neste contexto. O teste ergométrico não é indicado como rastreamento de rotina em pacientes assintomáticos de baixo risco. O teste de tolerância oral à glicose é mais utilizado para diagnóstico em casos específicos e não como rastreamento inicial, e a dosagem de PSA para rastreamento de câncer de próstata em assintomáticos é controversa e não diretamente ligada ao rastreamento de risco cardiovascular primário neste contexto. O ácido úrico, embora relevante em algumas condições, não é um exame de rastreamento primário para risco cardiovascular. O cálculo de risco cardiovascular é uma etapa posterior ao rastreamento inicial dos fatores de risco modificáveis como hipertensão, diabetes e dislipidemia.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 40 (ID 29)

GABARITO: A

Análise das afirmativas sobre Hipertensão Arterial (HA):

I. (Falsa) Acidentes vasculares cerebrais (AVC) são, de fato, frequentes em pacientes hipertensos, contudo, a grande maioria (cerca de 85%) é de natureza isquêmica, e não hemorrágica. Os AVCs hemorrágicos representam uma menor proporção, em torno de 15% dos casos.

II. (Verdadeira) A hipertrofia ventricular esquerda (HVE), que é o aumento do músculo do ventrículo esquerdo do coração, é uma complicação comum da hipertensão arterial. Pacientes hipertensos com HVE apresentam um risco significativamente elevado de desenvolver cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca e morte súbita. O tratamento eficaz da hipertensão, visando o controle adequado da pressão arterial, pode levar à regressão ou reversão da HVE, diminuindo, conseqüentemente, o risco cardiovascular associado.

III. (Falsa) Embora o rim seja tanto um órgão-alvo da hipertensão quanto possa ser uma causa secundária da mesma, a macroalbuminúria é definida por valores superiores a 300 mg/g de creatinina na urina, e não > 10 mg/g. Valores entre 30 e 300 mg/g são considerados microalbuminúria, um marcador mais precoce de lesão renal do que a macroalbuminúria.

IV. (Verdadeira) Na hipertensão maligna, a encefalopatia hipertensiva ocorre devido a uma falha nos mecanismos de autorregulação do fluxo sanguíneo cerebral. Em condições normais, o cérebro mantém um fluxo sanguíneo constante, mesmo diante de variações na pressão arterial. Na hipertensão maligna, essa autorregulação falha, levando a uma vasodilatação excessiva dos vasos cerebrais e hiperperfusão, o que pode resultar em edema cerebral e encefalopatia.

V. (Falsa) O sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) é um importante regulador da pressão arterial, mas a angiotensina II, principal hormônio desse sistema, possui propriedades vasoconstritoras, e não vasodilatadoras. A aldosterona, por sua vez, atua nos rins promovendo a retenção de sódio e água, e não a excreção, contribuindo para o aumento do volume sanguíneo e, conseqüentemente, da pressão arterial.

Sequência Correta: F, V, F, V, F

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 41 (ID 26)

GABARITO: B

A alternativa correta é a **B**. A hipertensão arterial é de fato a principal causa predisponente para o acidente vascular cerebral (AVC), tanto isquêmico quanto hemorrágico. Estudos demonstram que

as complicações cerebrovasculares decorrentes da hipertensão estão mais fortemente relacionadas com os níveis da pressão arterial sistólica do que com a diastólica.

As demais alternativas estão incorretas pelos seguintes motivos:

A) Incorreta. A hipertrofia ventricular esquerda, que pode ser causada pela hipertensão, realmente tende a regredir com o tratamento anti-hipertensivo. No entanto, a regressão da hipertrofia está mais associada à redução da pressão arterial **sistólica**, e não da diastólica, conforme apontam estudos e diretrizes médicas.

C) Incorreta. Embora o tratamento da hipertensão seja benéfico para reduzir o risco cardiovascular em diversos pacientes, não há evidências robustas que sustentem o tratamento medicamentoso da hipertensão leve (estágio 1, entre 140/90 mmHg e 160/100 mmHg) em indivíduos que apresentam baixo risco cardiovascular geral. O tratamento é claramente recomendado e eficaz em pacientes de alto risco ou com níveis pressóricos mais elevados.

D) Incorreta. Não há uma preferência generalizada por inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) sobre bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) no tratamento de idosos hipertensos. Ambos são classes de medicamentos eficazes e podem ser utilizados. A afirmação de que BCCs invariavelmente provocam taquicardia reflexa "importante" e que isso os tornaria menos desejáveis que IECA em idosos não se sustenta como regra geral na prática clínica.

E) Incorreta. Beta-bloqueadores não são considerados uma excelente primeira opção para o tratamento da hipertensão sistólica isolada em idosos. De fato, em idosos, especialmente nos mais frágeis ou com certas comorbidades, os beta-bloqueadores devem ser utilizados com cautela e, em alguns casos, evitados, devido ao risco de efeitos adversos como bradicardia, principalmente se o paciente utilizar outras medicações que também lentificam o ritmo cardíaco. Outras classes de anti-hipertensivos, como diuréticos e bloqueadores de canais de cálcio, são frequentemente preferidas para iniciar o tratamento da hipertensão em idosos, incluindo a hipertensão sistólica isolada.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 42 (ID 47)

GABARITO: B

Para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial, como a paciente do caso, as metas pressóricas preconizadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e pela Sociedade Brasileira de Diabetes são mais rigorosas, visando reduzir o risco cardiovascular aumentado nesses indivíduos.

Considerando o alto risco cardiovascular da paciente, devido à associação de diabetes e hipertensão e aos níveis pressóricos elevados mesmo em uso de medicação, as metas pressóricas recomendadas são:

- **Pressão Arterial Sistólica (PAS) inferior a 130 mmHg**
- **Pressão Arterial Diastólica (PAD) inferior a 80 mmHg**

Essa meta mais restrita busca otimizar a proteção contra eventos cardiovasculares, como infarto e acidente vascular cerebral, que são mais frequentes e graves em pacientes com diabetes e hipertensão não controladas adequadamente.

As demais alternativas apresentam metas menos rigorosas (C e D) ou inadequadas (A, que apresenta um valor diastólico menor que o sistólico, além de metas excessivamente baixas), não condizentes com as recomendações para pacientes de alto risco cardiovascular como a do caso em questão.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 43 (ID 59)

GABARITO: C



Certo. A paciente em questão apresenta múltiplos fatores que a classificam como de alto risco cardiovascular. A presença de diabetes mellitus com controle glicêmico inadequado (HbA1c = 8,2%), associada à cardiopatia isquêmica com histórico de infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, configura um cenário de alto risco cardiovascular estabelecido.

Indivíduos com doença cardiovascular aterosclerótica prévia, como infarto do miocárdio, são automaticamente considerados de alto risco cardiovascular, independentemente de outros fatores. A insuficiência cardíaca, complicação da doença cardíaca isquêmica, também contribui para essa classificação de risco elevado.

Adicionalmente, a paciente apresenta acantose nigricans (manchas hiperpigmentadas em áreas de dobras), um sinal clínico frequentemente associado à resistência à insulina, condição comum em pacientes com diabetes tipo 2 e que também eleva o risco cardiovascular.

Portanto, considerando o histórico clínico da paciente, que inclui doença cardiovascular estabelecida e diabetes mal controlada, a afirmação de que ela possui alto risco cardiovascular é correta e alinhada com as diretrizes médicas atuais.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 44 (ID 73)

GABARITO: C

Resposta:

A paciente apresenta hipertensão estágio 2, conforme a classificação da sétima diretriz brasileira de hipertensão arterial, devido à pressão arterial aferida de 170 x 100mmHg. Em pacientes com hipertensão estágio 2 e múltiplos fatores de risco cardiovascular como obesidade, dislipidemia e glicemia alterada, a terapia medicamentosa deve ser iniciada de imediato, concomitantemente à mudança no estilo de vida. A meta pressórica preconizada para pacientes de alto risco cardiovascular, como no caso da paciente em questão, é manter a pressão arterial abaixo de 130 x 80mmHg. A diretriz recomenda, para hipertensão estágio 2, o início da terapia com a combinação de dois fármacos de classes diferentes para atingir a meta pressórica de forma mais eficaz e rápida.

Justificativa das alternativas incorretas:

- **Alternativa A:** Incorreta quanto ao tempo de início da terapia medicamentosa (não se espera 3 meses em pacientes de alto risco com estágio 2) e também quanto à meta pressórica, que está correta, mas não justifica a alternativa como um todo.
- **Alternativa B:** Incorreta quanto ao estágio da hipertensão (a pressão de 170x100mmHg classifica como estágio 2 e não 3) e à meta pressórica, que está incorreta (>130x90mmHg não é a meta ideal para pacientes de alto risco).
- **Alternativa D:** Incorreta quanto à conduta terapêutica (monoterapia não é a primeira linha recomendada para hipertensão estágio 2, especialmente em pacientes de alto risco) e, embora acerte o estágio e a meta pressórica, a conduta terapêutica inadequada torna a alternativa errada.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 45 (ID 70)

GABARITO: D

Análise da questão:

O paciente em questão, homem de 51 anos, apresenta hipertensão arterial estágio II (PA ≥ 160x100mmHg) confirmada em consulta e aferições domiciliares. Além da pressão arterial elevada,



ele possui fatores de risco cardiovascular adicionais, como histórico familiar de infarto precoce e dislipidemia (colesterol total elevado e HDL baixo), o que o classifica como paciente de alto risco cardiovascular.

Conduta preconizada pelas VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial:

Para pacientes com hipertensão estágio II e alto risco cardiovascular, as diretrizes recomendam o início imediato do tratamento medicamentoso com terapia combinada, associada a mudanças no estilo de vida. A terapia combinada inicial visa um controle mais rápido e eficaz da pressão arterial, reduzindo o risco de eventos cardiovasculares.

Análise das alternativas:

- **Alternativa A) iniciar Anlodipino 5 mg, 1 x ao dia, com reavaliação em 2 meses. Se a PA persistir elevada, acrescentar Clortalidona 25 mg, 1x ao dia.** Incorreta. A monoterapia inicial com Anlodipino, um bloqueador do canal de cálcio, não é a conduta mais adequada para um paciente de alto risco e com hipertensão estágio II. A diretriz preconiza terapia combinada desde o início nesses casos. Adiar a combinação terapêutica pode retardar o controle pressórico ideal.
- **Alternativa B) introduzir Atenolol 25 mg e Hidroclorotiazida 25 mg, 1x ao dia.** Incorreta. Embora seja uma terapia combinada, a associação de Atenolol (betabloqueador) e Hidroclorotiazida (diurético tiazídico) não é a primeira linha recomendada para o tratamento inicial da hipertensão arterial, especialmente em pacientes com perfil metabólico desfavorável (dislipidemia). Betabloqueadores podem ter efeitos metabólicos adversos, como piora da dislipidemia e aumento do risco de diabetes, o que não é desejável para este paciente que já apresenta dislipidemia.
- **Alternativa C) iniciar Enalapril 20 mg de 12/12h, com reavaliação em 2 meses. Se a PA persistir elevada, acrescentar Hidroclorotiazida 25 mg, 1x ao dia.** Incorreta. Similar à alternativa A, iniciar com monoterapia, neste caso com Enalapril (inibidor da ECA), mesmo em dose mais alta, não é o ideal para um paciente de alto risco e com hipertensão estágio II. A terapia combinada é mais apropriada desde o início para otimizar o controle pressórico e reduzir o risco cardiovascular.
- **Alternativa D) introduzir Enalapril 10 mg de 12/12h e Clortalidona 25 mg, 1x ao dia.** Correta. Esta alternativa propõe a terapia combinada inicial com Enalapril (inibidor da ECA) e Clortalidona (diurético tiazídico), ambos em doses baixas. Essa combinação é eficaz e recomendada pelas diretrizes como terapia inicial para pacientes com hipertensão estágio II e alto risco cardiovascular. A associação de um IECA com um diurético tiazídico é uma das combinações preferenciais para o tratamento da hipertensão, proporcionando bom controle pressórico e proteção cardiovascular. A reavaliação posterior é fundamental para ajuste das doses ou adição de outras medicações, se necessário, para atingir a meta pressórica individualizada do paciente.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 46 (ID 85)

GABARITO: E

A conduta prioritária para a paciente em questão é a intensificação do tratamento para o diabetes mellitus tipo 2, devido ao controle glicêmico inadequado, evidenciado pela hemoglobina glicada de 8,7%. Apesar de estar utilizando metformina e glimepirida em doses otimizadas, a paciente não atingiu a meta glicêmica desejada.

A microalbuminúria presente indica um sinal de alerta para nefropatia diabética incipiente, reforçando a necessidade de um controle glicêmico mais rigoroso para prevenir a progressão da doença renal e reduzir o risco cardiovascular.

Embora a paciente apresente triglicerídeos elevados, o valor não é tão alto a ponto de indicar o ciprofibrato como primeira escolha medicamentosa. O foco inicial deve ser o controle do diabetes.



O ácido acetilsalicílico não está indicado como profilaxia primária nesta paciente assintomática e sem doença cardiovascular estabelecida. A losartana poderia ser considerada futuramente para o tratamento da microalbuminúria, mas o controle glicêmico é mais urgente neste momento. A atorvastatina não é prioritária, pois o LDL-colesterol está em níveis adequados.

A insulina surge como a opção mais adequada para otimizar o controle glicêmico de forma mais efetiva e rápida, considerando que a paciente já está em uso de doses máximas de hipoglicemiantes orais e não atingiu a meta terapêutica.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 47 (ID 119)

GABARITO: C

Análise das Alternativas:

- **Alternativa A: CORRETA.** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) eleva progressivamente o risco de complicações cardiovasculares graves. O aumento dos níveis pressóricos está diretamente relacionado ao aumento da incidência de infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca e insuficiência renal.
- **Alternativa B: CORRETA.** A hipertensão secundária deve ser investigada em pacientes jovens, com hipertensão de difícil controle ou que apresentem sinais como hipocalcemia (baixos níveis de potássio) ou alcalose metabólica (alteração no equilíbrio ácido-base do corpo) não explicadas pelo uso de diuréticos. Essas condições podem sugerir causas secundárias para a hipertensão, como o hiperaldosteronismo primário.
- **Alternativa C: INCORRETA.** Nem todos os pacientes com pré-hipertensão necessitam de tratamento farmacológico imediato. A pré-hipertensão, caracterizada por níveis pressóricos elevados, mas ainda não no nível de hipertensão estabelecida, requer inicialmente intervenções não farmacológicas, como mudanças no estilo de vida (dieta, exercício, controle de peso). O tratamento com medicamentos pode ser considerado em pré-hipertensos com alto risco cardiovascular ou outras condições associadas, mas não é mandatário para todos os casos.
- **Alternativa D: CORRETA.** As classes de medicamentos anti-hipertensivos de primeira linha incluem os tiazídicos (diuréticos), os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (como os inibidores da ECA e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II) e os antagonistas dos canais de cálcio. Essas classes são eficazes e amplamente utilizadas no tratamento inicial da hipertensão arterial.
- **Alternativa E: CORRETA.** Pacientes hipertensos que apresentam fatores de risco cardiovascular adicionais (como idade avançada, histórico familiar de doença cardíaca precoce, tabagismo, diabetes, dislipidemia, obesidade) e/ou lesões em órgãos-alvo (como hipertrofia ventricular esquerda, doença renal crônica) necessitam de tratamento mais intensivo. A presença desses fatores aumenta o risco cardiovascular global, exigindo uma abordagem terapêutica mais agressiva para reduzir complicações.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 48 (ID 114)

GABARITO: B

Resposta:

A alternativa correta é a **B) Radiografia de tórax.**

Justificativa:



A questão busca identificar o exame que **não** é recomendado para a avaliação de lesão de órgão-alvo em pacientes hipertensos, conforme as diretrizes brasileiras. Vamos analisar cada alternativa:

- **A) Velocidade da onda de pulso:** Este exame é considerado o padrão-ouro para avaliar a rigidez arterial, sendo de grande relevância na avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. A rigidez arterial é uma importante lesão de órgão-alvo, e sua avaliação contribui para estratificar o risco do paciente.
- **B) Radiografia de tórax:** A radiografia de tórax **não é recomendada** como exame de rastreamento para lesões de órgãos-alvo em pacientes hipertensos. Embora possa ser útil em algumas situações clínicas específicas para avaliar outras condições pulmonares ou cardíacas, não é um exame direcionado para a detecção de danos em órgãos-alvo relacionados à hipertensão arterial de forma rotineira.
- **C) Eletrocardiograma:** O eletrocardiograma (ECG) é um exame útil e recomendado na avaliação de pacientes hipertensos. Ele pode identificar sinais de hipertrofia ventricular esquerda (aumento do músculo cardíaco), que é uma importante lesão de órgão-alvo decorrente da hipertensão crônica.
- **D) Índice tornozelo-braquial:** O índice tornozelo-braquial (ITB) é um exame importante para avaliar a presença de doença arterial periférica, uma manifestação de doença aterosclerótica que pode ser agravada pela hipertensão. A doença aterosclerótica é considerada uma lesão de órgão-alvo vascular, e o ITB auxilia na sua detecção, especialmente em membros inferiores.

Portanto, a radiografia de tórax se destaca como o exame que não se enquadra nas recomendações para avaliação de lesão de órgão-alvo na avaliação de risco adicional no hipertenso, em comparação com os demais exames listados.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 49 (ID 152)

GABARITO: C

Estágio 2, terapia medicamentosa deve ser iniciada de imediato; < 130 x 80 mmHg; terapia combinada (duas classes diferentes).

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 50 (ID 150)

GABARITO: D

Resposta:

A alternativa correta é a **D**.

Justificativa:

A **hipertensão arterial** é uma condição clínica de caráter multifatorial, marcada pela elevação persistente dos níveis pressóricos. Essa condição não se manifesta de forma isolada, estando frequentemente associada a distúrbios metabólicos como diabetes, obesidade e síndrome metabólica, e é agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus.

Analisando as alternativas:

- **Alternativa A incorreta:** A hipertensão arterial **não** raramente se associa a distúrbios metabólicos. Pelo contrário, há uma forte e frequente associação. Além disso, a hipertensão contribui para alterações funcionais e estruturais em órgãos-alvo, sendo agravada por fatores de risco como os mencionados.



- **Alternativa B incorreta:** A hipertensão arterial **não** é caracterizada por uma elevação eventual dos níveis pressóricos, mas sim por uma elevação **persistente**. Os valores de 140/90 mmHg são os limiares definidos para hipertensão, e a condição se configura pela manutenção desses níveis elevados de forma constante.
- **Alternativa C incorreta:** A associação da hipertensão com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM) é **independente**, e não dependente. Isso significa que a hipertensão, por si só, eleva o risco desses eventos, independentemente da presença de outros fatores.
- **Alternativa D correta:** A hipertensão arterial mantém uma associação **independente** com eventos como insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), tanto em manifestações fatais quanto não fatais. A hipertensão aumenta significativamente o risco de desenvolvimento dessas condições ao longo da vida.

Ver Questão

Resposta para Questão 51 (ID 5)

GABARITO: B

Análise das Alternativas:

A alternativa correta é a **B**. Vamos entender o porquê e analisar as demais opções:

- **Alternativa B) potássio, lipidograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, creatinina (para estimativa da taxa de filtração glomerular), ácido úrico e elementos anormais do sedimento urinário.** Esta alternativa está correta porque reflete os exames de rotina recomendados pela Diretriz Brasileira de Hipertensão (2020) para pacientes hipertensos. Esses exames são cruciais para avaliar diversos aspectos da saúde do paciente hipertenso, como:
 - **Potássio:** Importante para avaliar o equilíbrio eletrolítico e função renal, frequentemente afetados pela hipertensão e uso de medicamentos anti-hipertensivos.
 - **Lipidograma:** Avalia os níveis de colesterol e triglicerídeos, importantes fatores de risco cardiovascular que frequentemente coexistem com a hipertensão.
 - **Glicemia de jejum e Hemoglobina Glicada:** Essenciais para rastrear e monitorar o diabetes mellitus, uma comorbidade comum e fator de risco adicional em hipertensos.
 - **Creatinina (com estimativa da Taxa de Filtração Glomerular - TFG):** Avalia a função renal, que pode ser prejudicada pela hipertensão crônica. A TFG é um indicador importante da saúde dos rins.
 - **Ácido Úrico:** Níveis elevados podem estar associados a um maior risco cardiovascular e pior prognóstico em hipertensos.
 - **Elementos Anormais do Sedimento Urinário (EAS):** O exame de urina pode revelar sinais de lesão renal ou outras condições que podem influenciar ou ser influenciadas pela hipertensão.
- **Alternativa A) hemograma, sódio, potássio, lipidograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, creatinina (para estimativa da taxa de filtração glomerular), ácido úrico e elementos anormais do sedimento urinário.** Incorreta porque inclui o **hemograma** e o **sódio** como exames de rotina. Embora o sódio seja importante no contexto da hipertensão, ele não é considerado um exame de rotina para todos os pacientes hipertensos, assim como o hemograma não faz parte da rotina básica de exames para hipertensão, a menos que haja suspeita de outras condições específicas.



- **Alternativa C) sódio, potássio, lipidograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ureia, creatinina (para estimativa da taxa de filtração glomerular), ácido úrico e elementos anormais do sedimento urinário.** Incorreta por incluir o **sódio** e a **ureia** como exames de rotina. A ureia, assim como o sódio, não é um exame de rotina para todos os pacientes hipertensos. A creatinina já é suficiente para avaliar a função renal na rotina inicial, e a ureia pode ser solicitada em situações específicas, mas não como parte da rotina básica.
- **Alternativa D) hemograma, potássio, lipidograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ureia, creatinina (para estimativa da taxa de filtração glomerular), ácido úrico e elementos anormais do sedimento urinário.** Incorreta por incluir o **hemograma** e a **ureia**. Conforme explicado anteriormente, nem o hemograma nem a ureia são considerados exames de rotina para a avaliação inicial e acompanhamento de todos os pacientes hipertensos, de acordo com as diretrizes.

Em resumo, a alternativa B apresenta o conjunto de exames de análises clínicas que constituem a rotina recomendada para pacientes hipertensos, conforme a Diretriz Brasileira de Hipertensão (2020), visando uma avaliação abrangente dos fatores de risco e possíveis complicações associadas à hipertensão.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 52 (ID 11)

GABARITO: C

A conduta mais adequada para o paciente em questão é solicitar ecocardiograma e monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA).

Justificativa:

O paciente, apesar de assintomático, apresenta uma pressão arterial limítrofe (pré-hipertensão) e um eletrocardiograma com critério de Cornell positivo (R em AVL + S em V3 = 29mm). O critério de Cornell sugere a possibilidade de hipertrofia ventricular esquerda, que é uma lesão de órgão-alvo comum em pacientes hipertensos.

Nesse contexto, a investigação complementar se faz necessária para:

1. **Avaliar a presença de hipertrofia ventricular esquerda:** O ecocardiograma é o exame de escolha para avaliar a estrutura e função do coração, permitindo confirmar ou descartar a hipertrofia ventricular, além de fornecer informações sobre outras possíveis alterações cardíacas.
2. **Investigar hipertensão mascarada:** A pressão arterial aferida no consultório pode não refletir o comportamento da pressão arterial ao longo do dia. A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) é fundamental para identificar a hipertensão mascarada, condição em que a pressão arterial é normal no consultório, mas elevada fora dele, aumentando o risco cardiovascular.

Análise das demais alternativas:

- **A) Solicitar ressonância cardíaca:** A ressonância cardíaca é um exame de imagem cardíaca avançado e de alto custo. Embora útil em casos selecionados, não é o exame de primeira linha para investigação inicial de hipertrofia ventricular e hipertensão em um paciente assintomático com pré-hipertensão.
- **B) Solicitar Holter 24 horas - 3 canais:** O Holter é indicado principalmente para a investigação de arritmias cardíacas. No caso apresentado, não há informações que sugiram arritmias, portanto, o Holter não seria o exame prioritário.
- **D) Solicitar ecocardiograma bidimensional com doppler:** Embora o ecocardiograma seja um exame importante e esteja indicado, ele isoladamente pode ser insuficiente para a

completa avaliação do caso. A associação com a MAPA é crucial para descartar hipertensão mascarada e obter uma avaliação mais abrangente do risco cardiovascular do paciente.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 53 (ID 8)

GABARITO: E

O exame de potássio sérico é considerado parte da rotina de acompanhamento do paciente hipertenso. A hipertensão arterial e o uso de medicamentos para seu controle, como os diuréticos, podem afetar os níveis de potássio no organismo. Alguns diuréticos podem levar à perda excessiva de potássio (hipocalemia), enquanto outros podem causar retenção (hipercalemia), ambas as condições podendo ser perigosas e necessitando de monitoramento regular.

Os demais exames, embora importantes em determinadas situações no acompanhamento do paciente hipertenso, não são considerados de rotina para todos os pacientes:

- **Ecocardiograma:** É indicado em casos específicos para avaliar a estrutura e função cardíaca, principalmente se houver suspeita de doença cardíaca associada ou dano cardíaco devido à hipertensão de longa data, mas não é um exame de rotina para todos os hipertensos.
- **Sódio:** A dosagem de sódio é relevante no contexto da hipertensão, mas não é um exame isolado de rotina para todos os pacientes hipertensos. O sódio geralmente é avaliado dentro de um painel de eletrólitos, que pode ser solicitado em situações específicas ou como parte de uma avaliação mais ampla.
- **Uréia:** A dosagem de uréia, junto com a creatinina, avalia a função renal. A doença renal é uma complicação da hipertensão, e a função renal é monitorada, mas a uréia isoladamente não é o exame mais rotineiramente solicitado para todos os hipertensos. A creatinina é um marcador mais sensível e usualmente preferido para avaliar a função renal de rotina.
- **Fundoscopia:** É um exame importante para avaliar a presença de retinopatia hipertensiva, um dano aos vasos sanguíneos da retina causado pela pressão alta. Embora relevante para identificar danos em órgãos-alvo, a fundoscopia não é repetida rotineiramente em todos os acompanhamentos, sendo mais frequente no diagnóstico inicial e em intervalos definidos pelo médico conforme o risco e evolução do paciente.

Portanto, dentro das opções apresentadas, a dosagem de potássio sérico se encaixa como o exame complementar de rotina mais adequado para o acompanhamento do paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 54 (ID 18)

GABARITO: B

O exame laboratorial básico que deve ser solicitado anualmente para este paciente, além dos já mencionados, é o ácido úrico. Pacientes hipertensos frequentemente apresentam hiperuricemia (níveis elevados de ácido úrico), que está associada a um maior risco cardiovascular e pode contribuir para a progressão da doença renal, já relevante no contexto da hipertensão arterial crônica. Embora o paciente apresente outros fatores de risco como dislipidemia e sobrepeso, e exames como hemograma, ureia e sódio sejam importantes em diversas avaliações clínicas, o ácido úrico se destaca como um exame de rotina anual particularmente relevante para pacientes hipertensos, auxiliando na estratificação de risco e manejo clínico a longo prazo. Os demais exames listados (hemograma, ureia e sódio), embora possam ser solicitados em outras situações ou

periodicidades dependendo da avaliação clínica individualizada, não são considerados tão rotineiros e diretamente relacionados ao acompanhamento anual básico de um paciente hipertenso estável como o ácido úrico.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 55 (ID 24)

GABARITO: B

O exame de fundo de olho é recomendado em pacientes recém-diagnosticados com hipertensão arterial porque permite identificar a retinopatia hipertensiva, uma complicação ocular causada pela pressão alta. A presença e a gravidade da retinopatia hipertensiva fornecem informações importantes sobre o impacto da hipertensão nos vasos sanguíneos e auxiliam na estratificação do risco cardiovascular do paciente. Essa avaliação ajuda a determinar o prognóstico e a orientar o tratamento de forma mais precisa.

As demais alternativas estão incorretas porque:

- **A) palpação e ausculta dos rins e suprarrenais:** Embora a hipertensão secundária, como a causada por hiperaldosteronismo primário, seja uma consideração, a palpação e ausculta não são métodos eficazes para diagnosticar essa condição ou outras causas de hipertensão renovascular. O diagnóstico de hiperaldosteronismo primário é feito por exames laboratoriais específicos, como a dosagem de aldosterona e renina.
- **C) pesquisa de queixas como cefaleia e epistaxe:** Cefaleia e epistaxe são sintomas comuns e pouco específicos, que podem estar relacionados a diversas condições além da hipertensão. Embora picos hipertensivos possam causar esses sintomas, eles não são indicadores confiáveis de risco cardiovascular aumentado ou de necessidade de condutas específicas na avaliação inicial do paciente hipertenso.
- **D) dosagem de hemoglobina glicada para investigação de diabetes mellitus:** A dosagem de hemoglobina glicada é importante para rastrear diabetes mellitus, uma comorbidade relevante em pacientes hipertensos, pois aumenta o risco cardiovascular. No entanto, no contexto da questão, que foca na conduta e justificativa *diante* do diagnóstico de hipertensão, o exame de fundo de olho se destaca como mais diretamente relacionado à avaliação das repercussões da hipertensão e à estratificação de risco cardiovascular *decorrente da própria hipertensão*. A investigação de comorbidades como diabetes é uma etapa subsequente e complementar na avaliação global do paciente hipertenso.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 56 (ID 54)

GABARITO: C

Tabagismo. O tabagismo é um fator de risco cardiovascular significativo e modificável, que contribui para o prognóstico ruim em pacientes hipertensos. No caso apresentado, a paciente fuma meio maço de cigarros por dia, o que representa um fator de risco importante para o desenvolvimento de complicações da hipertensão, como doença cardiovascular e cerebrovascular.

As demais alternativas não representam o fator de risco mais diretamente associado ao prognóstico ruim neste contexto, conforme detalhado abaixo:

- **Alternativa A) História familiar de insuficiência renal e doença cerebrovascular:** Embora a história familiar seja relevante para o risco



cardiovascular, ela é um fator de risco não modificável e menos imediato em comparação ao tabagismo ativo da paciente.

- **Alternativa B) Elevação persistente da pressão arterial após o início da terapia:** A elevação persistente da pressão arterial indica um controle inadequado da hipertensão, mas não é um fator de risco inerente à história ou exame físico inicial da paciente, e sim uma resposta ao tratamento.
- **Alternativa D) Etilismo:** O consumo de álcool relatado pela paciente é baixo ("não mais que 1 vez por semana") e não configura um fator de risco significativo para pior prognóstico neste caso.
- **Alternativa E) Presença de hipertrofia ventricular esquerda ao ECG:** Embora a hipertrofia ventricular esquerda (HVE) seja um sinal de lesão em órgão-alvo e aumente o risco cardiovascular, no caso da paciente, o ECG revela apenas "critérios de voltagem limítrofes para hipertrofia ventricular esquerda", o que indica uma HVE incipiente ou menos definida. Além disso, o tabagismo é um fator de risco modificável mais primário e diretamente relacionado ao prognóstico ruim em hipertensos.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 57 (ID 65)

GABARITO: D

Resposta:

A alternativa INCORRETA é a D.

Justificativa:

- **Alternativa A está CORRETA:** Em pacientes com hipertensão estágio 2 e 3, que apresentam alto risco cardiovascular, o tratamento inicial realmente preconiza a combinação de duas medicações anti-hipertensivas, associadas a mudanças no estilo de vida. Essa abordagem intensiva visa um controle mais rápido e eficaz da pressão arterial nesses pacientes de maior risco.
- **Alternativa B está CORRETA:** Indivíduos com hipertensão estágio 1 e alto risco cardiovascular também se beneficiam do tratamento medicamentoso inicial, juntamente com a adoção de um estilo de vida saudável. O alto risco cardiovascular justifica a intervenção medicamentosa precoce para prevenir complicações.
- **Alternativa C está CORRETA:** Para pessoas com níveis de pressão arterial entre 120/80 mmHg e 139/89 mmHg (pré-hipertensão), a principal recomendação inicial é a mudança no estilo de vida. Essa medida pode ser suficiente para controlar a pressão arterial e evitar a progressão para hipertensão estabelecida, postergando ou até mesmo dispensando o uso de medicamentos.
- **Alternativa D está INCORRETA:** O ecocardiograma não é indicado como exame de rastreamento inicial para todos os pacientes hipertensos. Embora possa ser útil em casos específicos para avaliar danos cardíacos ou investigar causas secundárias de hipertensão, ele não é rotineiramente solicitado na avaliação inicial, especialmente em pacientes com eletrocardiograma normal e sinais de doença arterial coronária. O eletrocardiograma, por ser mais acessível e de menor custo, é o exame inicial recomendado para avaliar o coração de pacientes hipertensos.
- **Alternativa E está CORRETA:** A realização de um eletrocardiograma é recomendada na avaliação inicial de todos os pacientes hipertensos. Este exame é importante para identificar sinais de hipertrofia ventricular esquerda (aumento do coração) e outras alterações cardíacas que podem estar associadas à hipertensão, além de fornecer informações sobre o ritmo cardíaco e a presença de isquemia.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 58 (ID 72)

GABARITO: D

A rotina mínima de exames complementares para pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Atenção Básica inclui a realização de Urina tipo I, Fundoscopia e dosagem de Potássio. Esses exames são considerados essenciais na avaliação inicial do paciente hipertenso, pois auxiliam na identificação de fatores de risco cardiovascular e na detecção de possíveis lesões em órgãos-alvo, como rins e olhos, que podem ser causadas pela hipertensão. A Urina tipo I avalia a função renal e a presença de proteinúria, a Fundoscopia permite visualizar a retina e identificar sinais de retinopatia hipertensiva, e a dosagem de Potássio é importante para verificar o equilíbrio eletrolítico e identificar possíveis causas secundárias de hipertensão ou efeitos colaterais de medicamentos. Os demais exames listados nas outras alternativas, embora possam ser relevantes em determinados contextos, não fazem parte da rotina complementar mínima para todos os pacientes com HAS na Atenção Básica.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 59 (ID 132)

GABARITO: D

Justificativa:

A alternativa correta é a **D**. Pacientes com diabetes mellitus (DM), especialmente aqueles com maior duração da doença, apresentam uma probabilidade aumentada de desenvolver infarto agudo do miocárdio (IAM) de forma silenciosa, ou seja, sem os sintomas clássicos de dor no peito. Isso ocorre devido a neuropatia autonômica diabética, que pode afetar a percepção da dor e outros sintomas relacionados à isquemia cardíaca.

As demais alternativas estão incorretas pelos seguintes motivos:

- **Alternativa A Incorreta:** Embora a Doença Arterial Coronariana (DAC) possa se manifestar com dor anginosa típica ou atípica, a ausência de sintomas não é rara, especialmente em pacientes diabéticos. Estes pacientes frequentemente apresentam sintomas atípicos ou mesmo nenhum sintoma (IAM silencioso), como mencionado na justificativa da alternativa correta.
- **Alternativa B Incorreta:** A Doença Arterial Coronariana em pacientes diabéticos realmente possui um pior prognóstico, com menor sobrevida em curto prazo e maior risco de recorrência. No entanto, ao contrário do que afirma a alternativa, pacientes diabéticos não apresentam melhor resposta aos tratamentos propostos para DAC. Na verdade, eles tendem a ter uma resposta menos favorável e mais complicações.
- **Alternativa C Incorreta:** A letalidade do infarto agudo do miocárdio (IAM) em pacientes com diabetes mellitus é sim maior do que em pacientes não diabéticos, mas não chega a ser dez vezes maior. Estudos indicam que a letalidade em diabéticos é aproximadamente o dobro da observada em não diabéticos. A alternativa também acerta ao mencionar que a maior letalidade está relacionada à maior frequência de complicações como Insuficiência Cardíaca (IC), reinfarto e morte súbita, que são mais comuns em pacientes diabéticos após um IAM.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 60 (ID 126)

GABARITO: C



A hipertensão arterial, por ser uma condição clínica multifatorial, está intrinsecamente ligada a uma série de distúrbios e fatores de risco. A alternativa correta, **C) de dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM)**, descreve precisamente alguns dos principais distúrbios metabólicos que frequentemente acompanham ou são agravados pela hipertensão.

Justificativa das alternativas:

- **Alternativa A) incorreta:** Embora a hipertensão esteja associada a distúrbios metabólicos e alterações em órgãos-alvo, restringir a associação a "somente metabólicos" é incompleto. A hipertensão é influenciada por uma gama mais ampla de fatores, incluindo genéticos, ambientais e comportamentais.
- **Alternativa B) incorreta:** A hipertensão certamente é agravada pela presença de outros fatores de risco, mas a alternativa ao afirmar "somente sendo agravada" limita o conceito da multifatorialidade da hipertensão. A condição não é meramente agravada por fatores de risco; ela se desenvolve e se manifesta em conjunto com diversos distúrbios.
- **Alternativa C) correta:** Dislipidemia (alterações nos níveis de lipídios no sangue), obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito são condições metabólicas fortemente interligadas à hipertensão. Esses fatores de risco frequentemente coexistem e se potencializam mutuamente, contribuindo para o desenvolvimento e a progressão da hipertensão arterial.
- **Alternativa D) incorreta:** Afirmar que a hipertensão "não mantém associação" com eventos graves como morte súbita, AVE, IAM, IC, DAP e DRC é categoricamente errôneo. A hipertensão é um dos principais fatores de risco modificáveis para essas condições cardiovasculares e renais graves, sendo amplamente reconhecida a sua associação direta e causal com esses eventos.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 61 (ID 117)

GABARITO: D

A hipótese diagnóstica mais provável, diante do quadro clínico apresentado, é hiperaldosteronismo primário. Essa condição deve ser considerada como a primeira a ser investigada devido à combinação de hipertensão arterial grave em um paciente jovem (25 anos) associada à hipocalemia importante ($K^+ = 2,8 \text{ mEq/L}$). A hipocalemia, especialmente neste grau e contexto clínico, é um forte indício de produção excessiva de aldosterona, hormônio que, em excesso, eleva a pressão arterial e causa perda de potássio.

A presença de B4 (quarta bulha cardíaca) sugere disfunção diastólica e pode indicar lesão cardíaca já instalada como consequência da hipertensão, reforçando a necessidade de investigação etiológica e tratamento adequado.

As demais alternativas são menos prováveis:

- **Alternativa A (Hipertensão do jaleco branco):** Embora seja um diagnóstico diferencial em pacientes com hipertensão no consultório, a gravidade da hipertensão ($180 \times 106 \text{ mmHg}$), a presença de B4 e, principalmente, a hipocalemia tornam essa hipótese menos plausível como diagnóstico primário. A hipertensão do avental branco geralmente não se associa a alterações eletrolíticas como a hipocalemia.
- **Alternativa B (Coarctação da aorta):** A coarctação da aorta é uma causa de hipertensão secundária, mas tipicamente causa diferença de pressão e pulsos entre membros superiores e inferiores, com pulsos femorais e pediosos diminuídos ou ausentes. No caso descrito, os pulsos pediosos são palpáveis, o que torna a coarctação menos provável.
- **Alternativa C (Não há dados para sugerir etiologia):** Essa alternativa está incorreta, pois a combinação de hipertensão grave e hipocalemia em um paciente jovem é altamente



sugestiva de causas secundárias de hipertensão, sendo o hiperaldosteronismo primário uma das principais e mais prováveis a serem investigadas inicialmente.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 62 (ID 157)

GABARITO: D

Resposta:

A alternativa **D** está incorreta ao afirmar que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não apresenta relação com déficit cognitivos, Doença de Alzheimer e demência vascular. Estudos recentes têm demonstrado uma associação significativa entre HAS e o aumento do risco de déficit cognitivo e demências, incluindo a demência vascular e a Doença de Alzheimer. Acredita-se que a HAS possa contribuir para essas condições através de mecanismos como a microangiopatia trombótica no sistema nervoso central. O tratamento adequado da hipertensão, especialmente em idosos, tem se mostrado eficaz na redução da incidência de déficit cognitivo e demência.

As demais alternativas estão corretas e refletem o conhecimento atual sobre a HAS, conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia:

- **A) Correta.** A HAS é de fato um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, com alta prevalência na população adulta brasileira, variando entre 22% e 44%, com uma média de 32%.
- **B) Correta.** A prevalência da HAS aumenta com a idade, podendo ultrapassar 50% em pessoas entre 60 e 69 anos e atingir cerca de 75% em indivíduos com mais de 70 anos.
- **C) Correta.** A HAS é um importante fator etiológico para a insuficiência cardíaca, estando presente em grande parte dos pacientes diagnosticados com essa condição.
- **E) Correta.** A HAS caracteriza-se por alta prevalência e, infelizmente, baixas taxas de controle, o que a configura como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 63 (ID 164)

GABARITO: E

A alternativa correta é a E, que indica os exames de creatinina e eletrocardiograma. Segundo as diretrizes de hipertensão, esses exames possuem nível de evidência B para a investigação inicial de pacientes hipertensos. A dosagem de creatinina é importante para avaliar a função renal, um órgão-alvo frequentemente afetado pela hipertensão. O eletrocardiograma é essencial para detectar sinais de comprometimento cardíaco, como hipertrofia ventricular esquerda, que também pode ser consequência da hipertensão.

As demais alternativas estão incorretas porque incluem exames que não possuem nível de evidência B para a investigação inicial de rotina da hipertensão, ou que não são considerados exames de rotina nesse contexto. Por exemplo, ureia não é um exame de rotina inicial, potássio, glicemia de jejum e colesterol total possuem nível de evidência C, ecocardiograma é condicional e glicemia pós-prandial e curva glicêmica não fazem parte da investigação inicial de rotina.

[Ver Questão](#)



Resposta para Questão 64 (ID 177)

GABARITO: E

JUSTIFICATIVA:

O item está **errado**. A hipertensão arterial impõe uma sobrecarga de pressão ao coração, mais especificamente ao ventrículo esquerdo. Para compensar esse aumento da pressão, o músculo cardíaco do ventrículo esquerdo se adapta, tornando-se mais espesso e forte, um processo conhecido como **hipertrofia ventricular esquerda**, e não hipotrofia.

A hipotrofia ventricular esquerda, que seria a diminuição do tamanho e da massa muscular do ventrículo esquerdo, não é uma consequência típica da hipertensão arterial. Pelo contrário, a hipertensão, ao longo do tempo, leva ao aumento do trabalho cardíaco e, conseqüentemente, à hipertrofia como mecanismo de adaptação.

Portanto, a afirmação de que a maioria dos pacientes hipertensos apresenta hipotrofia do ventrículo esquerdo é **incorreta**, pois o esperado é a hipertrofia ventricular esquerda como resposta adaptativa à pressão arterial elevada.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 65 (ID 40)

GABARITO: B

Resposta:

A alternativa **INCORRETA** é a **B) O teste genético de rotina para pacientes hipertensos é recomendado**.

Justificativa:

- **Alternativa A (Correta):** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é reconhecidamente uma condição multifatorial. Isso significa que seu desenvolvimento é influenciado por diversos fatores, incluindo a predisposição genética do indivíduo, o meio ambiente em que vive, seus hábitos de vida (como alimentação e prática de exercícios) e fatores socioeconômicos. Essa complexidade etiológica é amplamente documentada nas diretrizes médicas, refletindo a interação de múltiplos elementos no surgimento da HAS.
- **Alternativa B (Incorreta):** Ao contrário do que afirma a alternativa, as diretrizes médicas **não recomendam** a realização de testes genéticos de rotina para pacientes com hipertensão arterial. Testes genéticos são mais apropriados em contextos específicos, como na investigação de dislipidemias genéticas (ex: hipercolesterolemia familiar), onde a identificação de genes alterados pode ter implicações diretas no rastreamento familiar e tratamento. Para a hipertensão essencial, que é a forma mais comum da doença, a investigação genética de rotina não agrega valor clínico significativo e não é custo-efetiva.
- **Alternativa C (Correta):** A hipertensão arterial sistêmica é uma condição de alta prevalência na população brasileira e mundial. Apesar de ser uma doença crônica e muitas vezes silenciosa, o diagnóstico da HAS é relativamente simples e acessível, podendo ser realizado através de aferições corretas da pressão arterial. Além disso, a HAS possui tratamento eficaz, que inclui tanto medidas não medicamentosas (mudanças no estilo de vida) quanto medicamentosas, com diversas classes de fármacos disponíveis e, inclusive, fornecimento gratuito de alguns medicamentos pelo sistema de saúde.
- **Alternativa D (Correta):** A medição da pressão arterial é recomendada de forma anual para indivíduos que apresentam níveis pressóricos considerados normais no consultório (< 140/90 mmHg). Essa recomendação visa o rastreamento da hipertensão, permitindo a identificação precoce de possíveis elevações da pressão arterial ao longo do tempo. Em indivíduos com pressão arterial mais elevada (pré-hipertensão), a frequência de medição deve ser maior, devido ao risco aumentado de desenvolvimento de hipertensão.

- **Alternativa E (Correta):** Os valores que definem a hipertensão arterial sistêmica ($\geq 140/90$ mmHg) são, de certa forma, arbitrários no sentido de que representam um ponto de corte em um espectro contínuo de pressão arterial. No entanto, esses valores são estabelecidos com base em extensas pesquisas que demonstram que, a partir desses limiares, os benefícios do tratamento da hipertensão (tanto através de mudanças no estilo de vida quanto com medicamentos) superam os riscos associados à condição não tratada. Ou seja, o tratamento da HAS nesses níveis pressóricos reduz significativamente o risco de complicações cardiovasculares a longo prazo.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 66 (ID 109)

GABARITO: C

A conduta terapêutica inicial para o paciente em questão deve ser a mudança do estilo de vida associada ao tratamento medicamentoso. Pacientes diabéticos e hipertensos, como o caso apresentado, são considerados de alto risco cardiovascular, o que exige uma abordagem terapêutica mais agressiva e precoce. A meta pressórica a ser atingida nesses pacientes é mais rigorosa, sendo recomendada pressão arterial inferior a 130×80 mmHg, visando reduzir o risco de complicações cardiovasculares e renais associadas ao diabetes e à hipertensão. As mudanças no estilo de vida incluem dieta saudável, prática de atividade física regular, perda de peso (considerando a obesidade do paciente), e cessação do tabagismo e moderação no consumo de álcool, se aplicável. No entanto, devido ao alto risco cardiovascular e aos níveis pressóricos já elevados, a intervenção farmacológica é mandatória desde o início, não sendo apropriado aguardar a resposta isolada das medidas não farmacológicas. Portanto, a alternativa que melhor condiz com a recomendação atual para pacientes com o perfil clínico apresentado é a que preconiza a associação de mudança de estilo de vida e tratamento medicamentoso, com meta pressórica inferior a 130×80 mmHg.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 67 (ID 176)

GABARITO: A

Resposta:

A alternativa correta é a **A**.

Justificativa:

- **Alternativa A (Correta):** De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2010, o consumo excessivo de sal, a ingestão de álcool, o excesso de peso e fatores como a raça (etnia) são, de fato, fatores de risco bem estabelecidos para o desenvolvimento da hipertensão arterial.
- **Alternativa B (Incorreta):** O diagnóstico de hipertensão arterial não se baseia em uma única medida de pressão arterial elevada. As diretrizes preconizam que o diagnóstico seja confirmado pela constatação de níveis pressóricos elevados ($PA \geq 140/90$ mmHg) em pelo menos duas medições distintas, realizadas em momentos diferentes e seguindo a técnica correta de aferição.
- **Alternativa C (Incorreta):** Aspectos como a frequência cardíaca, a presença de lesões em órgãos-alvo (coração, rins, cérebro, etc.) e a associação de outros fatores de risco cardiovascular são cruciais na escolha da terapia anti-hipertensiva inicial. Esses fatores influenciam diretamente a decisão médica, buscando o medicamento mais adequado para cada paciente e suas condições específicas.
- **Alternativa D (Incorreta):** Nem todo paciente diagnosticado com hipertensão arterial necessita iniciar imediatamente a terapia medicamentosa. Em pacientes com hipertensão



estágio 1 e baixo ou moderado risco cardiovascular, o tratamento pode começar com medidas não farmacológicas, como mudanças no estilo de vida (dieta, exercícios, redução do consumo de sal e álcool). A terapia medicamentosa pode ser introduzida posteriormente, caso as medidas não farmacológicas não sejam suficientes para controlar a pressão arterial.

- **Alternativa E (Incorreta):** Os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) não causam Diabetes Mellitus. Pelo contrário, são medicamentos frequentemente utilizados e recomendados em pacientes diabéticos devido aos seus efeitos protetores para os rins e o coração, auxiliando na prevenção de complicações como a nefropatia diabética.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 68 (ID 173)

GABARITO: A

A conduta inicial mais adequada para o paciente em questão, com hipertensão arterial leve e sem outros fatores de risco ou alterações nos exames complementares, é a adoção de mudanças no estilo de vida. Esta abordagem inclui a implementação de hábitos saudáveis como dieta equilibrada com redução de sódio, prática regular de atividade física, controle do peso, cessação do tabagismo e moderação no consumo de álcool. O acompanhamento em 6 meses é fundamental para reavaliar a pressão arterial e verificar a eficácia das mudanças no estilo de vida. Caso as metas pressóricas não sejam atingidas com as medidas não farmacológicas, pode-se considerar a introdução de tratamento medicamentoso.

As alternativas B e C estão incorretas, pois o tratamento medicamentoso com hidroclorotiazida (diurético tiazídico) ou beta-bloqueador não é indicado como primeira linha em pacientes de baixo risco com hipertensão leve. A alternativa D também está incorreta, pois mesmo em casos de baixo risco, a hipertensão arterial necessita de tratamento e acompanhamento, iniciando-se com medidas não farmacológicas.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 69 (ID 7)

GABARITO: B

Resposta:

A hipertensão apresentada pelo paciente é classificada como resistente. Essa condição é definida pela persistência de níveis pressóricos elevados, acima de 140/90 mmHg, mesmo com o uso de três ou mais classes de medicamentos anti-hipertensivos em doses adequadas e toleradas, incluindo um diurético. No caso em questão, o paciente utiliza quatro classes de fármacos (hidroclorotiazida, enalapril, amlodipina e atenolol) e ainda assim mantém a pressão arterial elevada, confirmando a resistência ao tratamento medicamentoso.

Diante desse quadro de hipertensão resistente, torna-se imprescindível a investigação de causas secundárias que possam estar contribuindo para a elevação da pressão arterial. A identificação de uma causa secundária é crucial para direcionar o tratamento de forma mais eficaz e melhorar o controle pressórico, além de reduzir o risco cardiovascular associado à hipertensão não controlada.

As causas secundárias de hipertensão são diversas e incluem condições como doença renovascular, hiperaldosteronismo primário, apneia obstrutiva do sono e outras. A investigação diagnóstica pode envolver exames específicos para cada uma dessas condições, visando identificar e tratar a causa subjacente da hipertensão resistente.

É importante ressaltar que o termo "hipertensão refratária" é reservado para situações ainda mais complexas, onde a pressão arterial permanece descontrolada mesmo com o uso de cinco ou mais classes de anti-hipertensivos. Já o termo "hipertensão metabólica" não é um conceito médico estabelecido e, portanto, não se aplica à classificação da hipertensão neste contexto. A menção à hipertensão renovascular na alternativa D, embora seja uma possível causa secundária a ser

investigada, não justifica a classificação como "hipertensão metabólica" e nem a torna a causa mais provável sem investigação prévia.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 70 (ID 20)

GABARITO: B

(V) O débito cardíaco e a resistência periférica são dois importantes determinantes da pressão arterial (PA). A pressão arterial é diretamente proporcional ao débito cardíaco, que é o volume de sangue bombeado pelo coração por minuto, e à resistência periférica, que é a resistência dos vasos sanguíneos ao fluxo de sangue. Matematicamente, a relação é expressa pela fórmula $PA = \text{Débito Cardíaco} \times \text{Resistência Periférica}$.

(V) O efeito do sódio na PA relaciona-se com o fornecimento de sódio com cloreto; os sais de sódio sem cloreto apresentam pouco ou nenhum efeito na PA. O cloreto de sódio (NaCl) é o principal sal associado ao aumento da pressão arterial. O sódio, especialmente quando combinado com o cloreto, contribui para a retenção de líquidos e o aumento do volume sanguíneo, elevando a pressão arterial. Embora outros sais de sódio possam ter algum efeito, o cloreto de sódio é o mais relevante na dieta e na fisiopatologia da hipertensão.

(V) A maior parte da renina na circulação é sintetizada na arteríola aferente renal, e realiza a clivagem do angiotensinogênio para formar um decapeptídeo inativo, a angiotensina I. A renina é uma enzima produzida pelas células justaglomerulares, localizadas nas arteríolas aferentes dos rins. Sua principal função é catalisar a conversão do angiotensinogênio, uma proteína produzida pelo fígado, em angiotensina I. A angiotensina I é um decapeptídeo que possui atividade biológica relativamente baixa, sendo um precursor da angiotensina II.

(F) A enzima conversora da angiotensina (ECA), localizada primariamente nos rins, transforma a angiotensina I em angiotensina II, um octapeptídeo ativo. A enzima conversora da angiotensina (ECA) é encontrada em alta concentração nos pulmões, e não primariamente nos rins. A ECA desempenha um papel crucial na conversão da angiotensina I em angiotensina II, um potente vasoconstritor e hormônio ativo no sistema renina-angiotensina-aldosterona.

(F) A ECA realiza a clivagem de muitos outros peptídeos, promovendo inclusive o aumento da produção da bradicinina. A ECA, na verdade, degrada a bradicinina, convertendo-a em metabólitos inativos. A bradicinina é um vasodilatador, e sua degradação pela ECA contribui para o efeito vasoconstritor geral do sistema renina-angiotensina-aldosterona, elevando a pressão arterial. A ECA não promove o aumento da produção de bradicinina, mas sim a sua inativação.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 71 (ID 57)

GABARITO: D

O paciente apresenta hipertensão arterial estágio 1, confirmada pela pressão arterial de 148 x 95 mmHg. Além disso, ele é diabético com surgimento recente de azotemia e redução da função renal (clearance de creatinina de 53 mL/min/m²), o que indica lesão de órgão-alvo e o classifica como paciente de alto risco cardiovascular, e não de baixo risco como mencionado na alternativa B.

A alternativa A está incorreta, pois, embora mencione mudanças de estilo de vida, que são importantes, para pacientes de alto risco cardiovascular com hipertensão estágio 1, a intervenção medicamentosa é mandatória desde o início, e não apenas reavaliação em 3 meses.

A alternativa B está incorreta ao classificar o paciente como de baixo risco e hipertensão estágio 2. O paciente apresenta hipertensão estágio 1 e é de alto risco devido à nefropatia diabética.

A alternativa C está incorreta ao contraindicar o uso de IECA ou BRA. Pelo contrário, essas classes de medicamentos são indicadas e benéficas em pacientes diabéticos com nefropatia, devido ao seu efeito nefroprotetor comprovado, retardando a progressão da doença renal.



A alternativa D está correta ao classificar o paciente como portador de hipertensão estágio 1 e de alto risco cardiovascular, indicando a introdução de terapia medicamentosa em conjunto com mudanças de estilo de vida.

A alternativa E está incorreta ao classificar o paciente como de risco cardiovascular muito alto e hipertensão estágio 2. Embora o paciente seja de alto risco, a pressão arterial o classifica como estágio 1, e a introdução de IECA ou BRA associado a diurético tiazídico pode ser considerada em alguns casos, mas não é a conduta inicial obrigatória e única, sendo mais preciso indicar a terapia medicamentosa combinada, que pode incluir IECA ou BRA como primeira linha, mas não necessariamente exigindo um diurético tiazídico de início. A conduta mais adequada e inicial é a introdução de terapia medicamentosa combinada, que pode incluir IECA ou BRA, juntamente com as mudanças de estilo de vida, como proposto na alternativa D.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 72 (ID 97)

GABARITO: D

Resposta:

A alternativa **incorreta** é a **D**.

Justificativa:

- **Alternativa A está correta:** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) primária ou essencial corresponde à grande maioria dos casos, cerca de 90 a 95%, nos quais não se identifica uma causa única e reversível para a elevação da pressão arterial. Nesses casos, a HAS está associada a múltiplos fatores, como genética, estilo de vida e ambientais.
- **Alternativa B está correta:** Fatores de estilo de vida como o consumo excessivo de calorias, sal e álcool contribuem significativamente para o desenvolvimento da HAS primária. O excesso de calorias pode levar à obesidade, o consumo elevado de sódio favorece a retenção de líquidos e o aumento da pressão arterial, e o consumo excessivo de álcool também está relacionado à elevação da pressão arterial.
- **Alternativa C está correta:** A ativação neuro-humoral, que envolve o sistema nervoso simpático e o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), desempenha um papel importante na patogênese da HAS. Essa ativação contribui para a disfunção e o remodelamento vascular, processos que precedem e contribuem para a instalação da hipertensão arterial.
- **Alternativa D está incorreta:** A fisiopatologia da HAS no nível do sistema de órgãos envolve um **ganho de função** das vias que promovem **vasoconstrição** e **retenção de sódio** pelos rins, e uma **perda de função** das vias que promovem **vasodilatação** e **excreção renal de sódio**. A alternativa D inverte essa relação ao afirmar que a HAS seria consequente a uma "perda de função das vias que promovem vasoconstrição e retenção de sódio" e um "ganho de função das vias que promovem vasodilatação e excreção renal de sódio", o que é o oposto do que ocorre na fisiopatologia da HAS. Na realidade, na HAS, há um aumento da atividade dos sistemas vasoconstritores e de retenção de sódio, e uma diminuição da atividade dos sistemas vasodilatadores e de excreção de sódio.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 73 (ID 190)

GABARITO: Anulada

A questão apresenta uma prescrição de ácido acetilsalicílico (AAS) para um paciente com múltiplos fatores de risco cardiovascular (hipertensão, obesidade, tabagismo) com o objetivo de reduzir o risco de infarto. Ao analisar os níveis de prevenção em relação à hipertensão arterial sistêmica



(HAS) e ao infarto agudo do miocárdio (IAM), e considerando as informações fornecidas, percebe-se que a questão e as alternativas propostas não refletem o consenso médico atual sobre o uso de AAS na prevenção primária de eventos cardiovasculares.

Conforme o contexto técnico apresentado, estudos recentes (2018) demonstraram que o AAS não apresenta benefício líquido na prevenção primária de eventos cardiovasculares, mesmo em pacientes de alto risco. O risco de sangramento associado ao uso do AAS supera a discreta redução proporcional de eventos vasculares nesse cenário. A recomendação atual é que o AAS não seja prescrito para prevenção primária em pacientes que nunca tiveram um evento cardiovascular.

Analisando as alternativas à luz desse entendimento:

- **Alternativa A) Uma ação de prevenção primária do tipo proteção específica e uma ação de prevenção primária do tipo promoção da saúde.** Incorreta. O AAS, na prevenção de infarto neste contexto, seria classificado como prevenção primária do tipo proteção específica, mas não se enquadra como promoção da saúde para HAS. Além disso, a premissa da prevenção primária com AAS neste caso é questionável.
- **Alternativa B) Uma ação de prevenção secundária e uma ação de prevenção primária do tipo proteção específica.** Incorreta. O uso de AAS neste contexto não é prevenção secundária para HAS, e embora possa ser considerado prevenção primária do tipo proteção específica para infarto (na tentativa de evitar o primeiro evento), essa prática não é recomendada pelas diretrizes atuais para prevenção primária.
- **Alternativa C) Uma ação de prevenção primária do tipo proteção específica para as duas enfermidades.** Incorreta. Similar à alternativa A, mesmo que se force uma interpretação de prevenção primária para infarto, o mesmo não se aplica à HAS da mesma forma, e a eficácia e recomendação do AAS para prevenção primária são questionáveis.
- **Alternativa D) Uma ação de prevenção secundária do tipo tratamento para as duas enfermidades.** Incorreta. O AAS não está sendo utilizado como tratamento agudo para HAS ou infarto neste contexto, mas sim como uma medida preventiva (primária, embora não recomendada) de infarto.
- **Alternativa E) Uma ação de prevenção terciária.** Incorreta. Prevenção terciária se aplica a pacientes que já possuem uma doença estabelecida para evitar complicações e reabilitação, o que não se encaixa na situação descrita, que é de prevenção primária (mesmo que não recomendada) de infarto.

Portanto, nenhuma das alternativas reflete adequadamente a aplicação do AAS no contexto da prevenção de eventos cardiovasculares em pacientes de alto risco sem histórico prévio, especialmente considerando as diretrizes atuais que não recomendam o uso de AAS para prevenção primária devido à falta de benefício líquido e ao risco de sangramento. A questão, portanto, é passível de anulação por apresentar alternativas que não se alinham com o conhecimento científico atual e as recomendações para o uso de AAS na prevenção cardiovascular primária.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 74 (ID 58)

GABARITO: D

Resposta:

A conduta inicial mais adequada para a paciente em questão é a observação na UPA, com prescrição de benzodiazepínico e analgésico. O quadro clínico sugere uma pseudocrise hipertensiva, desencadeada pelo estresse emocional do assalto. Nesse tipo de crise, a elevação da pressão arterial é secundária a um fator desencadeante agudo, como dor, ansiedade ou estresse, e não há evidências de lesão aguda de órgãos-alvo.



A paciente apresenta cefaleia holocraniana moderada após o assalto, hipertensão arterial sem sinais de gravidade em outros sistemas (exame neurológico e fundoscopia normais, ECG e raio-x de tórax sem alterações, função renal preservada). O tratamento inicial deve focar na causa base da elevação pressórica, que neste caso é o estresse pós-traumático.

A prescrição de um benzodiazepínico visa reduzir a ansiedade e o estresse, contribuindo para a diminuição da pressão arterial. O analgésico é indicado para aliviar a cefaleia. A observação na UPA é fundamental para monitorar a resposta ao tratamento, verificar se a pressão arterial retorna a níveis mais seguros e reavaliar a necessidade de outras intervenções.

As demais alternativas são menos adequadas:

- **Alternativa A (Alta da UPA):** Embora a paciente não apresente sinais de emergência hipertensiva, a alta imediata sem observação e tratamento da causa base não é recomendada. A paciente necessita de monitorização e alívio dos sintomas.
- **Alternativa B (Internação hospitalar e anti-hipertensivo oral):** A internação hospitalar não é justificada neste momento, pois não há sinais de lesão de órgãos-alvo. O uso de anti-hipertensivo oral pode ser considerado posteriormente, se a pressão arterial não se normalizar após o tratamento da ansiedade e da dor, mas não é a conduta inicial mais adequada.
- **Alternativa C (Internação hospitalar e anti-hipertensivo venoso):** A prescrição de anti-hipertensivo venoso é reservada para emergências hipertensivas, com lesão aguda de órgãos-alvo. A paciente não apresenta essa condição, tornando essa alternativa inadequada e excessivamente agressiva para o quadro clínico apresentado.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 75 (ID 67)

GABARITO: C

Resposta:

A conduta mais adequada para o paciente em questão é prescrever estatina e orientar caminhadas diárias.

Justificativa:

O paciente apresenta um perfil lipídico caracterizado por elevação do LDL-colesterol (165 mg/dL) e triglicerídeos (230 mg/dL), além de HDL-colesterol no limite inferior da normalidade (40 mg/dL), configurando uma hiperlipidemia mista. Considerando a idade avançada (88 anos) e os fatores de risco cardiovascular preexistentes (hipertensão arterial sistêmica e intolerância à glicose), o paciente é classificado como de alto risco cardiovascular.

Em pacientes de alto risco, as diretrizes médicas recomendam o uso de estatina para reduzir o LDL-colesterol, visando diminuir o risco de eventos cardiovasculares como infarto e AVC. O objetivo principal é reduzir o LDL-colesterol em pelo menos 50% e atingir níveis inferiores a 70 mg/dL. Embora a profilaxia primária com estatina em idosos muito longevos possa ser debatida, as diretrizes de dislipidemia de 2019 consideram o tratamento com estatinas para profilaxia primária em pacientes acima de 75 anos, especialmente naqueles com outros fatores de risco. Nesses casos, recomenda-se iniciar com doses mais baixas de estatina para minimizar o risco de efeitos colaterais.

A orientação para caminhadas diárias complementa o tratamento farmacológico, pois a atividade física regular é benéfica para a saúde cardiovascular, auxiliando na redução do risco cardiovascular global e na melhora do perfil lipídico.



As demais alternativas são menos adequadas:

- **Alternativa A (Manter as medicações em uso):** Esta conduta é inadequada, pois não aborda a hiperlipidemia mista do paciente, que representa um importante fator de risco cardiovascular modificável. A elevação do LDL-colesterol e triglicerídeos aumenta significativamente o risco de eventos cardiovasculares neste paciente de alto risco.
- **Alternativa B (Prescrever estatina e ácidos graxos ômega-3):** Embora a estatina seja indicada, a prescrição de ácidos graxos ômega-3 não possui indicação formal para o tratamento da hiperlipidemia mista neste contexto, apesar de alguns estudos sugerirem potenciais benefícios adicionais em casos específicos. A prioridade é a redução do LDL-colesterol com estatina.
- **Alternativa D (Prescrever ciprofibrato):** O ciprofibrato é um fibrato indicado principalmente para pacientes com hipertrigliceridemia grave (geralmente acima de 500 mg/dL), com o objetivo de prevenir pancreatite aguda. No caso do paciente, os triglicerídeos estão elevados, mas não em níveis que justifiquem o uso de fibratos como primeira linha de tratamento. A prioridade, neste caso, é a redução do LDL-colesterol com estatina, que também pode ter um efeito modesto na redução de triglicerídeos.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 76 (ID 81)

GABARITO: B

A presença de hiato auscultatório é comum em idosos, mas o método oscilométrico utilizado na MAPA não é afetado por essa condição, não resultando em limitações na aferição da pressão arterial. As demais alternativas apresentam informações incorretas sobre a MAPA em idosos. A alternativa A está incorreta ao afirmar que o enrijecimento arterial superestima a pressão arterial medida pelo método oscilométrico, sendo essa superestimação mais associada ao método palpatório. A alternativa C está incorreta, pois os valores de normalidade da MAPA são geralmente os mesmos para idosos e adultos, com exceção de particularidades na pressão sistólica para idosos acima de 80 anos em consultório. A alternativa D também está incorreta ao descrever a redução do descenso da PA, o aumento da pressão de pulso e a elevação matinal precoce da PA como raros em idosos, quando, na verdade, são alterações comuns e relacionadas ao aumento do risco cardiovascular nessa população.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 77 (ID 182)

GABARITO: A

A suspeita diagnóstica inicial mais provável é hipertensão arterial essencial (primária). Essa condição é a forma mais comum de hipertensão, especialmente em pacientes com histórico familiar da doença.

No caso apresentado, o paciente de 28 anos, apesar da idade relativamente jovem para hipertensão primária, possui antecedentes familiares significativos para hipertensão e diabetes, o que aumenta a probabilidade de hipertensão essencial. Além disso, embora apresente alguns fatores de risco como obesidade (IMC de 35) e dislipidemia (colesterol total elevado, LDL alto, HDL baixo e triglicerídeos aumentados), não há sinais clínicos ou laboratoriais que apontem fortemente para causas secundárias de hipertensão nas informações fornecidas e nos exames complementares.

As outras alternativas podem ser descartadas inicialmente pelos seguintes motivos:

- **B) Hiperaldosteronismo primário:** Essa condição é suspeitada em pacientes com hipertensão resistente ao tratamento medicamentoso, hipopotassemia (potássio baixo) e, em alguns casos, presença de nódulo adrenal. O paciente em questão apresenta potássio

normal e não há informações sobre resistência à medicação, pois o caso descreve uma avaliação inicial.

- **C) Hipertensão renovascular:** Essa causa de hipertensão deve ser investigada em pacientes com sopro abdominal, piora da função renal após uso de medicamentos como IECA ou BRA, ou histórico de edema agudo de pulmão súbito. O paciente não apresenta sopro abdominal descrito no exame físico, função renal normal e não há menção de edema agudo de pulmão.
- **D) Feocromocitoma:** Essa condição é caracterizada por hipertensão paroxística (picos de pressão alta) acompanhada de sintomas como cefaleia, sudorese e palpitações. O paciente não relata esses sintomas e a hipertensão foi detectada em exame físico de rotina, sem menção a crises hipertensivas com essa sintomatologia.

Portanto, considerando o conjunto de informações clínicas e laboratoriais, a hipertensão arterial essencial é a hipótese diagnóstica inicial mais coerente, sendo necessário o acompanhamento e tratamento adequados, além da investigação de outros fatores de risco cardiovascular presentes.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 78 (ID 200)

GABARITO: A

Resposta:

A alternativa correta é a **A**.

Justificativa:

A avaliação da função renal é crucial neste caso, pois o paciente apresenta um quadro de alto risco cardiovascular, com hipertensão arterial de longa data, diabetes mellitus e sinais de insuficiência vascular periférica, sugerindo lesão de órgãos-alvo. A doença renal crônica é uma complicação comum da hipertensão e do diabetes, especialmente em idosos, e impacta diretamente na escolha do tratamento anti-hipertensivo. A função renal comprometida pode influenciar a seleção e a dosagem de medicamentos, além de ser um fator prognóstico importante.

As demais alternativas estão incorretas pelos seguintes motivos:

- **B) Incorreta:** Embora os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) sejam frequentemente indicados para pacientes hipertensos, especialmente diabéticos, a avaliação da função renal é fundamental antes de iniciar ou ajustar essa classe de medicamentos. Em casos de disfunção renal significativa, o uso de IECA pode ser contraindicado ou requerer ajuste de dose rigoroso, devido ao risco de piora da função renal ou hipercalemia. Portanto, a indicação não é independente dos níveis de escórias nitrogenadas.
- **C) Incorreta:** O paciente apresenta hipertensão arterial estágio III, e não estágio II, considerando a pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg (170 mmHg x 110 mmHg). Embora a avaliação ecocardiográfica seja relevante para investigar lesão cardíaca (hipertrofia ventricular esquerda sugerida pelo ictus desviado e hiperfonese de B2), a alternativa está incorreta ao classificar o estágio da hipertensão e ao focar exclusivamente na necessidade do ecocardiograma como ponto central da conduta inicial.
- **D) Incorreta:** Betabloqueadores geralmente não são a primeira escolha para tratamento de hipertensão em pacientes com doença vascular periférica. Betabloqueadores podem causar vasoconstrição periférica, o que pode agravar os sintomas de claudicação e piorar a circulação periférica, sendo, portanto, desaconselhados ou utilizados com cautela nesses pacientes.
- **E) Incorreta:** O exame fundoscópico é importante para avaliar retinopatia hipertensiva e diabética, que são lesões de órgão-alvo. No entanto, embora forneça informações relevantes sobre o impacto da hipertensão e do diabetes nos vasos da retina, ele não é o exame que primariamente norteará a mudança do esquema terapêutico neste contexto de emergência.

hipertensiva e suspeita de lesão renal. A avaliação da função renal e a estabilização hemodinâmica são prioridades iniciais.

Ver Questão

Resposta para Questão 79 (ID 196)

GABARITO: C

A conduta mais adequada para o caso clínico apresentado é adicionar espironolactona e solicitar provas de função renal. A paciente em questão apresenta Hipertensão Arterial Resistente (HAR), definida pelo não controle da pressão arterial mesmo com o uso de quatro classes de anti-hipertensivos em doses adequadas.

A espironolactona, um antagonista da aldosterona, é considerada a quarta linha de tratamento medicamentoso para HAR, especialmente em casos onde há suspeita de hiperaldosteronismo primário, uma causa secundária comum de hipertensão resistente. Estudos demonstram que a espironolactona pode promover redução adicional da pressão arterial nesses pacientes.

É fundamental solicitar provas de função renal antes de iniciar a espironolactona e durante o tratamento, pois pacientes com hipertensão resistente podem ter ou desenvolver insuficiência renal, e a espironolactona requer ajuste de dose e monitorização em casos de disfunção renal.

As demais alternativas são menos adequadas como primeira conduta:

- **A) Angiotomografia das artérias renais para diagnósticos de estenose vascular:** Embora a estenose de artéria renal seja uma causa secundária de HAR a ser investigada, a angiotomografia é geralmente indicada após uma avaliação inicial menos invasiva, como o doppler renal, ou quando há alta suspeita clínica e o doppler é inconclusivo. Não é a primeira linha de investigação diagnóstica neste contexto clínico inicial.
- **B) Radioablação com objetivo de denervação simpática renal:** A denervação simpática renal é um procedimento invasivo reservado para casos de hipertensão resistente refratária a múltiplas medicações e otimização do tratamento, não sendo recomendada como estratégia inicial.
- **D) Trocar o captopril por metildopa devido à possibilidade de perda de função renal:** Não há justificativa clínica para substituir o captopril por metildopa neste cenário. Captopril, um inibidor da ECA, é um anti-hipertensivo eficaz e não há evidências que sustentem a troca por metildopa com o objetivo de preservar a função renal neste caso. A metildopa é mais utilizada em situações específicas como hipertensão gestacional.

Ver Questão

Resposta para Questão 80 (ID 21)

GABARITO: ANULADA

Justificativa:

A questão aborda a conduta mais adequada para o diagnóstico de hipertensão arterial (HAS) em uma paciente com aferições elevadas na primeira consulta. Analisando as alternativas:

A) INCORRETA. Diagnosticar HAS e iniciar tratamento medicamentoso baseando-se apenas em sintomas e em uma única aferição de pressão arterial elevada é inadequado. O diagnóstico de HAS requer, em geral, a confirmação da elevação da pressão arterial em pelo menos duas ocasiões distintas. A baixa adesão da paciente não justifica a precipitação no diagnóstico e tratamento sem a devida confirmação.

B) INCORRETA. Embora a repetição da medida da pressão arterial seja necessária, o monitoramento na unidade básica de saúde por dois dias, sem especificar um protocolo claro e a avaliação por um profissional de saúde em consulta, não é a conduta ideal para o diagnóstico de



HAS. A média das medidas sistólicas acima de 140 e/ou diastólicas acima de 90 mmHg refere-se a aferições casuais no consultório, e não necessariamente a um monitoramento em ambiente da UBS sem protocolo definido.

C) INCORRETA. O protocolo de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) proposto está incorreto. A MRPA usualmente envolve medições por 5 a 7 dias, com aferições pela manhã e à noite, totalizando um número maior de medidas do que o sugerido na alternativa. Além disso, o critério de "pré-hipertensão" (sistólica ≥ 140 e/ou diastólica ≥ 90 mmHg) não se aplica ao diagnóstico de HAS pela MRPA. Para a MRPA, considera-se hipertensão quando a média das medidas é $\geq 130/80$ mmHg.

D) INCORRETA. Reavaliar a pressão arterial após apenas 1 hora na mesma consulta não é suficiente para confirmar o diagnóstico de HAS. A confirmação diagnóstica geralmente requer uma segunda aferição em uma consulta futura ou a realização de MRPA/MAPA. Adicionalmente, o valor de 130×80 mmHg como referência para pressão alterada nesta situação está incorreto; o valor de referência para aferições no consultório é $\geq 140/90$ mmHg.

Conduta Adequada:

Diante da primeira aferição elevada de pressão arterial em Marlene, a conduta mais apropriada seria repetir a medida da pressão arterial em uma consulta futura, idealmente em um dia diferente, para confirmar a elevação. Outra opção seria solicitar a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) para obter múltiplas medidas fora do ambiente clínico e confirmar o diagnóstico de hipertensão de forma mais precisa, seguindo o protocolo correto da MRPA (múltiplas medidas por 5 a 7 dias) e utilizando os critérios diagnósticos adequados para este método (média $\geq 130/80$ mmHg).

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 81 (ID 63)

GABARITO: C

Resposta:

A alternativa incorreta é a C.

Justificativa:

- **Alternativa A está correta:** A hipertensão mascarada é caracterizada justamente por apresentar valores de pressão arterial normais nas medições de consultório, enquanto a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) revela valores elevados.
- **Alternativa B está correta:** A hipertensão do avental branco ocorre quando a pressão arterial se eleva no ambiente clínico (consultório) devido ao estresse ou ansiedade do paciente, retornando a níveis normais quando medida pela MAPA fora desse ambiente.
- **Alternativa C está incorreta:** Indivíduos classificados como pré-hipertensos possuem, na verdade, uma probabilidade significativamente maior de desenvolver hipertensão arterial em comparação com pessoas que apresentam pressão arterial normal. A pré-hipertensão é um estágio de risco aumentado para a hipertensão estabelecida.
- **Alternativa D está correta:** O efeito do avental branco é um fenômeno que pode gerar leituras elevadas da pressão arterial no consultório, mas ele não altera o diagnóstico fundamental do paciente. Se, após investigação com MAPA, o paciente for normotenso fora do consultório, o efeito do avental branco não o transforma em hipertenso. Da mesma forma, se for hipertenso, o efeito do avental branco não mudará essa condição subjacente. O diagnóstico definitivo requer avaliações complementares.
- **Alternativa E está correta:** Estudos epidemiológicos de base populacional demonstram que a prevalência da hipertensão mascarada varia entre 10% e 20% da população, sendo 13% um valor plausível dentro desse intervalo.

[Ver Questão](#)



Resposta para Questão 82 (ID 101)

GABARITO: D

Resposta:

A alternativa correta é a **D**.

Justificativa:

A **hipertensão arterial sistêmica (HAS)** é diagnosticada com base em múltiplas medições da pressão arterial, geralmente em diferentes ocasiões. Uma única medição elevada, mesmo que sem lesão aguda de órgão-alvo, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de HAS. É necessária a confirmação com medições repetidas e, em alguns casos, com a monitorização fora do consultório, como a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). Portanto, a alternativa **A** está incorreta.

A **medida residencial da pressão arterial (MRPA)** é, na verdade, um importante preditor de desfechos clínicos em pacientes hipertensos. Ela auxilia na avaliação do risco cardiovascular e é relevante para prever eventos futuros. A MRPA é útil para confirmar o diagnóstico de HAS, identificar a hipertensão do avental branco e a hipertensão mascarada, além de avaliar a resposta ao tratamento. Assim, a alternativa **B** está incorreta.

A **hipertensão mascarada**, condição em que a pressão arterial é normal no consultório, mas elevada fora dele, não possui um risco cardiovascular desprezível. Pelo contrário, estudos demonstram que o risco de eventos cardiovasculares em indivíduos com hipertensão mascarada é significativo, sendo comparável ao risco de pacientes com hipertensão estabelecida e superior ao de normotensos. Logo, a alternativa **C** está incorreta.

A **monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA)** permite avaliar o comportamento da pressão arterial durante as 24 horas, incluindo o período noturno. Em indivíduos saudáveis, espera-se uma redução da pressão arterial durante o sono, fenômeno conhecido como descenso noturno. A **ausência de descenso noturno** na MAPA é um importante indicador de maior risco cardiovascular, estando associada a um aumento na incidência de eventos cardiovasculares e mortalidade, independentemente dos níveis pressóricos diurnos. Por isso, a alternativa **D** está correta.

Pacientes considerados **pré-hipertensos**, ou seja, aqueles com níveis de pressão arterial entre 121-139 mmHg (sistólica) e/ou 81-89 mmHg (diastólica), têm uma **maior probabilidade** de evoluir para hipertensão estabelecida ao longo do tempo, em comparação com indivíduos com pressão arterial normal. A pré-hipertensão não é uma condição benigna e requer acompanhamento e modificações no estilo de vida para prevenir a progressão para hipertensão e reduzir o risco cardiovascular. Consequentemente, a alternativa **E** está incorreta.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 83 (ID 129)

GABARITO: C

Resposta:

A elevação da pressão arterial de Nestor apenas no consultório médico, enquanto em casa suas medições são normais, caracteriza o efeito do avental branco. Essa condição não indica que ele se tornou hipertenso ou que seu diagnóstico fundamental mudou para hipertensão. Contudo, a elevação da pressão no consultório pode levar a uma interpretação equivocada, sugerindo uma necessidade de tratamento medicamentoso que, de fato, não se justifica, já que em seu ambiente habitual a pressão arterial se mantém em níveis normais. As outras alternativas estão incorretas porque o efeito avental branco, por definição, não configura um diagnóstico de hipertensão estabelecida ou de hipertensão sistólica isolada, mas sim uma resposta situacional ao ambiente clínico.



[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 84 (ID 161)

GABARITO: A

A Hipertensão do Avental Branco (HAB) é caracterizada pelo aumento da pressão arterial em consultório médico ou ambiente hospitalar, enquanto as medições realizadas fora desses locais, como em casa, apresentam valores normais. A alternativa A descreve precisamente essa condição, indicando que o paciente apresenta pressão alta no consultório (maior ou igual a 140 x 90 mmHg), mas possui pressão arterial normal quando medida em casa.

As demais alternativas estão incorretas porque descrevem outras condições relacionadas à pressão arterial:

- **Alternativa B:** Descreve a Hipertensão Mascarada, que é o oposto da HAB. Nela, a pressão arterial é normal no consultório, mas elevada em medições fora dele.
- **Alternativa C:** Descreve a Hipertensão Arterial Sistêmica, onde a pressão arterial está elevada tanto no consultório quanto em casa.
- **Alternativa D:** Descreve a Normotensão, que é a condição em que a pressão arterial é normal tanto no consultório quanto em casa.

Portanto, a única alternativa que define corretamente a Hipertensão do Avental Branco é a **A**.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 85 (ID 168)

GABARITO: D

Resposta:

A assertiva correta é a **D**. O risco cardiovascular realmente duplica a cada aumento de 20 mmHg na pressão arterial sistólica ou 10 mmHg na pressão arterial diastólica, e esse princípio é válido inclusive para pacientes normotensos. Esse aumento exponencial do risco demonstra a importância do controle rigoroso da pressão arterial em todas as faixas de pressão, visando a prevenção de eventos cardiovasculares.

As demais alternativas estão incorretas pelos seguintes motivos:

- **A) Incorreta.** A investigação de doenças arteriais deve ser considerada quando a diferença de pressão arterial entre os membros superiores for superior a 20 mmHg na pressão sistólica ou superior a 10 mmHg na pressão diastólica, e não "a partir de 40/20 mmHg".
- **B) Incorreta.** O diagnóstico de hipertensão arterial pode ser estabelecido com medidas aferidas no consultório, desde que realizadas corretamente e confirmadas em duas ou mais ocasiões distintas, mesmo com a presença de lesões em órgãos-alvo.
- **C) Incorreta.** A elevação da pressão arterial sistólica noturna, detectada pela MAPA, é um importante fator preditivo de aumento do risco de eventos cardiovasculares, justamente porque o esperado fisiologicamente é a redução da pressão arterial durante o sono.
- **E) Incorreta.** A hipertensão mascarada é o oposto da síndrome do avental branco. Na hipertensão mascarada, as medidas de pressão arterial são normais no consultório, mas elevadas fora dele. Já a síndrome do avental branco se caracteriza por medidas elevadas no consultório e normais fora desse ambiente.

[Ver Questão](#)



Resposta para Questão 86 (ID 181)

GABARITO: E

Paciente apresenta pressão arterial de 138/85 mmHg, classificada como pré-hipertensão. De acordo com as diretrizes médicas, o manejo inicial da pré-hipertensão concentra-se em orientar o paciente sobre mudanças no estilo de vida, como a adoção de uma dieta saudável, prática regular de exercícios físicos, cessação do tabagismo e controle do peso. Além disso, recomenda-se o acompanhamento regular da pressão arterial em um período de 6 meses para monitorar a progressão e ajustar as estratégias de manejo, se necessário. A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) não é indicada de rotina para pacientes com pré-hipertensão, sendo reservada para casos específicos como suspeita de hipertensão mascarada. Portanto, a conduta mais adequada é reavaliar o paciente em seis meses, reforçando as orientações sobre as mudanças no estilo de vida.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 87 (ID 180)

GABARITO: C

A sequência correta é 4, 2, 3, 1, pois relaciona os achados pressóricos com os respectivos diagnósticos da seguinte forma:

- **(4) PAC < 140/90 mmHg, MAPA > 130/85 mmHg.** Este achado corresponde à **Hipertensão Mascarada (4)**. Nesses casos, a pressão arterial medida no consultório é normal, mas a pressão arterial ambulatorial (MAPA) indica hipertensão.
- **(2) PAC > ou = 140/90 mmHg, MAPA > 130/85 mmHg.** Este achado corresponde à **Hipertensão Arterial Sistêmica (2)**. Tanto a pressão arterial no consultório quanto na MAPA estão elevadas, confirmando o diagnóstico de hipertensão.
- **(3) PAC > ou = 140/90 mmHg, MAPA < 130/85 mmHg.** Este achado corresponde à **Hipertensão do Avental Branco (3)**. A pressão arterial está alta no consultório, mas normal na MAPA, indicando que a elevação da pressão é um fenômeno situacional, associado ao ambiente clínico.
- **(1) PAC < 140/90 mmHg, MAPA < ou = 130/85 mmHg.** Este achado corresponde à **Hipertensão Controlada (1)**. Tanto a pressão arterial no consultório quanto na MAPA estão dentro dos limites considerados normais ou controlados para pacientes hipertensos.

Portanto, a alternativa correta é a **C**.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 88 (ID 19)

GABARITO: B

A conduta mais adequada para o caso de Cecília é acolhê-la e, após acalmá-la, orientá-la sobre a necessidade de iniciar o tratamento com anti-hipertensivos. A pressão arterial aferida (185x100mmHg) é significativamente elevada e, embora possa haver um componente emocional contribuindo para a elevação no momento da consulta, o histórico de medidas anteriores já indicava uma pressão arterial persistentemente alta (135x90mmHg e 140x95mmHg).

Oferecer apenas um calmante e encaminhar para a psicóloga (Alternativa A) seria insuficiente, pois não aborda a necessidade de controle da pressão arterial, que já se mostra elevada em aferições prévias.



Encaminhá-la para a UPA como emergência hipertensiva (Alternativa C) pode ser considerado um exagero inicial. Embora a pressão esteja alta, o contexto sugere que pode haver um componente de pseudocrise hipertensiva devido ao estresse emocional. A conduta inicial deve ser acalmar a paciente e reavaliar a pressão arterial em um momento mais tranquilo. Uma emergência hipertensiva é caracterizada por risco iminente de lesão a órgãos-alvo, o que não foi explicitado no caso, e a conduta inicial deve ser mais cautelosa.

Agendar outra consulta para aferir a pressão quando estiver calma (Alternativa D) é uma conduta que posterga a intervenção necessária. Considerando as medidas anteriores e a atual, é preciso iniciar o manejo da hipertensão, mesmo que seja necessário reavaliar e ajustar o tratamento posteriormente. Acolher, acalmar e orientar sobre o tratamento medicamentoso (Alternativa B) é a conduta mais apropriada para o caso, pois considera tanto o estado emocional da paciente quanto a necessidade de abordar a hipertensão arterial.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 89 (ID 13)

GABARITO: D

A conduta mais adequada para o caso apresentado é solicitar marcadores séricos de autoimunidade e sorologias para doenças infecciosas. A paciente apresenta um aumento significativo da creatinina sérica em um período de 5 meses, acompanhado de albuminúria em níveis elevados, o que indica lesão renal. Apesar da pressão arterial controlada e da ausência de alterações significativas no exame de urina inicial (exceto pela baixa gravidade específica, que pode indicar alteração na capacidade de concentração renal), a progressão da disfunção renal e a albuminúria necessitam de investigação etiológica.

A solicitação de marcadores de autoimunidade e sorologias para doenças infecciosas visa identificar causas sistêmicas de doença renal que podem não ser evidentes em exames iniciais. Doenças autoimunes e infecções podem levar a glomerulonefrites ou outras formas de lesão renal progressiva.

As demais alternativas não representam o manejo mais adequado inicialmente:

- **A) Aumentar o lisinopril e associar anlodipino, AAS infantil e atorvastatina:** Aumentar a dose de lisinopril, um inibidor da ECA, pode ser considerado em pacientes com proteinúria, mas sem investigar a causa do aumento da creatinina e com uma elevação já documentada, aumentar a medicação sem diagnóstico pode ser inadequado. Adicionar anlodipino para controle pressórico pode ser válido, mas AAS e atorvastatina são focados em prevenção cardiovascular secundária e não na investigação da causa da lesão renal.
- **B) Marcar retorno em 6 meses com nova creatinina:** Conduta expectante por 6 meses é inadequada diante de uma elevação de creatinina e albuminúria progressiva. É necessário investigar a causa da disfunção renal para instituir tratamento específico e evitar progressão da lesão.
- **C) Pedir uma biópsia renal:** Embora a biópsia renal possa ser necessária em algum momento para elucidar o diagnóstico, ela não é a primeira conduta a ser tomada. Antes de um procedimento invasivo como a biópsia, é fundamental realizar investigações menos invasivas para identificar possíveis causas tratáveis ou sistêmicas para a disfunção renal.
- **E) Trocar o lisinopril por hidroclorotiazida:** Trocar o lisinopril por hidroclorotiazida sem investigar a causa da elevação da creatinina não é justificado. O lisinopril, um inibidor da ECA, é geralmente considerado renoprotetor, especialmente em pacientes com proteinúria. A hidroclorotiazida é um diurético tiazídico, útil para controle pressórico, mas não aborda a investigação da etiologia da lesão renal.

[Ver Questão](#)



Resposta para Questão 90 (ID 155)

GABARITO: D

Análise das afirmativas:

- **Afirmativa I - INCORRETA:** A hipertensão arterial sistêmica é majoritariamente assintomática. A cefaleia, embora possa ocorrer em alguns casos, não é o sintoma principal ou mais comum da hipertensão. A maioria dos pacientes não apresenta sintomas específicos até que a condição esteja em estágios mais avançados ou cause complicações.
- **Afirmativa II - CORRETA:** A doença renal primária, especialmente as doenças do parênquima renal, é a causa mais comum de hipertensão secundária. A hipertensão secundária é aquela que tem uma causa identificável, e os problemas renais são os principais responsáveis por esse tipo de hipertensão.
- **Afirmativa III - CORRETA:** A hipertensão arterial sistêmica é um fator de risco independente e bem estabelecido para o desenvolvimento de insuficiência cardíaca. A pressão alta crônica impõe um esforço excessivo ao coração, levando a alterações estruturais e funcionais que podem culminar na insuficiência cardíaca.

Conclusão:

As afirmativas II e III estão corretas, enquanto a afirmativa I está incorreta. Portanto, a alternativa correta é a **D**.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 91 (ID 41)

GABARITO: D

Devido à variabilidade da pressão arterial e para confirmar o diagnóstico de hipertensão, a aferição da pressão arterial deve ser realizada em diferentes momentos e, idealmente, em mais de uma consulta, conforme mencionado na alternativa C. Essa prática minimiza erros de medição e considera a flutuação natural da pressão arterial ao longo do tempo.

A alternativa B também está correta ao afirmar que a investigação da hipertensão deve ser anual para pessoas com pressão arterial menor que 120/80 mmHg e semestral para aqueles com pressão sistólica entre 120 e 139 mmHg ou diastólica entre 80 e 90 mmHg. Embora a diretriz possa mencionar "anualmente ou com maior frequência" para pré-hipertensos, a investigação semestral é uma conduta prudente e alinhada com o monitoramento mais rigoroso para essa faixa de pressão, que precede a hipertensão.

A alternativa A está incorreta ao afirmar que a investigação anual em pacientes com pressão menor que 120x80 mmHg se deve ao "risco alto de doença cardiovascular". Embora o monitoramento anual seja recomendado para esse grupo, o motivo principal não é um "risco alto" imediato, mas sim a necessidade de vigilância contínua da pressão arterial como medida preventiva geral, e não especificamente devido a um alto risco cardiovascular inerente a essa faixa de pressão. O risco cardiovascular é multifatorial e avaliado por outros critérios além da pressão arterial isolada.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 92 (ID 136)

GABARITO: C

Justificativa:

A questão aborda a influência da genética na Hipertensão Arterial (HA), especialmente em populações miscigenadas como a quilombola no Brasil. As alternativas A, B e D estão corretas ao



afirmar que estudos em quilombolas não identificaram padrões genéticos prevalentes para HA e que a miscigenação dificulta essa identificação. Isso ocorre porque a diversidade genética nessas populações torna complexo isolar um padrão genético específico associado à hipertensão.

A alternativa C, por outro lado, está **INCORRETA**. Ela sugere que a miscigenação teve um pequeno impacto no padrão genético para a elevação da pressão arterial, o que contradiz os achados de estudos e o entendimento sobre a influência da miscigenação na genética populacional. A miscigenação, na verdade, tende a diluir ou mascarar padrões genéticos específicos, dificultando a identificação de associações genéticas claras com condições multifatoriais como a hipertensão. Portanto, afirmar que a miscigenação teve "pequeno impacto" é uma informação equivocada em relação ao contexto apresentado.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 93 (ID 116)

GABARITO: C

A alternativa correta é a **C**.

Justificativa:

- **Alternativa A está INCORRETA:** A Hipertensão Arterial (HA) não é uma condição unifatorial, mas sim multifatorial. Embora seja definida pela elevação da pressão arterial acima de 140/90 mmHg, sua origem envolve diversos fatores de risco e associações, conforme explicitado no contexto técnico.
- **Alternativa B está INCORRETA:** A Hipertensão Arterial (HA) está significativamente associada a distúrbios metabólicos e a alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo. O contexto técnico reforça essa associação, mencionando a relação da HA com diabetes, obesidade, síndrome metabólica e o desenvolvimento de lesões em órgãos-alvo.
- **Alternativa C está CORRETA:** A Hipertensão Arterial (HA) é de fato agravada pela presença de outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e Diabetes Mellito (DM). O contexto técnico confirma que esses fatores de risco podem agravar o quadro hipertensivo e acelerar o desenvolvimento de lesões em órgãos-alvo.
- **Alternativa D está INCORRETA:** Embora a Hipertensão Arterial (HA) mantenha uma forte associação com eventos como morte súbita, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (DRC), o termo "associação dependente" pode ser interpretado de forma equivocada. O contexto técnico enfatiza que a hipertensão possui uma relação *independente* com esses desfechos cardiovasculares negativos, ou seja, a hipertensão por si só já aumenta o risco desses eventos, não sendo necessariamente uma associação dependente de outros fatores para que ocorram. Além disso, a formulação da alternativa pode sugerir que a associação é condicional, enquanto a hipertensão é um fator de risco direto e bem estabelecido para tais eventos.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 94 (ID 143)

GABARITO: A

A alternativa **INCORRETA** é a A.

Justificativa:

- **Alternativa A (Incorreta):** Ao contrário do que afirma a alternativa, existe sim uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de hipertensão arterial. A



hipertensão é mais comum em idosos devido a alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, como a rigidez arterial.

- **Alternativa B (Correta):** Estudos demonstram que há diferença na prevalência de hipertensão autorreferida entre os sexos. Em alguns casos, a prevalência pode ser maior em mulheres, o que pode estar relacionado à maior procura por serviços de saúde e, consequentemente, maior diagnóstico.
- **Alternativa C (Correta):** A prevalência de hipertensão no Brasil é alta, especialmente em idosos. Estudos brasileiros confirmam prevalências elevadas, e o valor de 68% em estudos com idosos é condizente com a realidade da hipertensão no país.
- **Alternativa D (Correta):** Pesquisas genéticas em populações quilombolas no Brasil, buscando associações entre polimorfismos genéticos e hipertensão, não identificaram padrões genéticos específicos prevalentes. Isso pode ser explicado pela miscigenação genética característica dessas comunidades.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 95 (ID 134)

GABARITO: B

A alternativa correta é a B. As demais alternativas apresentam dados que corroboram a relação entre sedentarismo, hipertensão e fatores associados, enquanto a alternativa B contém uma informação incorreta sobre a prevalência de sedentarismo entre homens e mulheres.

- **Alternativa A:** Correta. Fatores como idade, sexo masculino, sobrepeso, adiposidade central, sedentarismo, baixa escolaridade e baixa renda são consistentemente associados à hipertensão arterial.
- **Alternativa B:** Incorreta. Dados epidemiológicos indicam que o percentual de indivíduos insuficientemente ativos tende a ser maior entre as mulheres, e não menor, como afirma a alternativa.
- **Alternativa C:** Correta. Idosos são um grupo etário com alta prevalência de sedentarismo, o que os torna mais vulneráveis a condições como a hipertensão.
- **Alternativa D:** Correta. Baixa escolaridade está associada a menor conhecimento sobre saúde e menor acesso a práticas saudáveis, contribuindo para maiores índices de sedentarismo.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 96 (ID 135)

GABARITO: C

A alternativa incorreta é a C.

A) Correta. O consumo crônico e elevado de álcool está diretamente associado ao aumento da pressão arterial. A ingestão regular e excessiva de bebidas alcoólicas contribui para a elevação da pressão sanguínea de forma consistente.

B) Correta. Estudos indicam que, em mulheres, o consumo de álcool em doses baixas, inferiores a 10 gramas por dia, pode apresentar um efeito protetor em relação à hipertensão. É importante notar que este efeito protetor se refere a doses muito baixas e em um grupo específico.

C) Incorreta. Ao contrário do que afirma a alternativa, o risco de hipertensão em mulheres não se manifesta com o consumo de 100 gramas de álcool por dia. Na verdade, o risco de hipertensão em mulheres torna-se significativo a partir de um consumo diário de 30 gramas de álcool, e não 100

gramas. A alternativa apresenta um valor muito acima do limiar real para o aumento do risco de hipertensão em mulheres.

D) Correta. O padrão de consumo abusivo de álcool, caracterizado pela ingestão excessiva em um curto período de tempo, é mais comum entre os jovens, tanto homens quanto mulheres, e tende a ser mais prevalente em indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 97 (ID 166)

GABARITO: D

Resolução:

A alternativa correta é a **D**. Vamos analisar cada alternativa:

A) Incorreta. Existe uma relação direta e bem estabelecida entre o aumento da idade e a elevação da pressão arterial. Com o envelhecimento, os vasos sanguíneos tendem a perder elasticidade, o que contribui para o aumento da pressão arterial.

B) Incorreta. A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em mulheres tende a aumentar com a idade, sendo mais elevada em faixas etárias mais avançadas, geralmente após a menopausa. Antes dos 50 anos, a prevalência em homens tende a ser maior ou similar à das mulheres.

C) Incorreta. O consumo elevado de sódio é um dos principais fatores dietéticos relacionados ao aumento da pressão arterial. O sódio em excesso contribui para a retenção de líquidos, o que eleva o volume sanguíneo e, conseqüentemente, a pressão arterial. A redução do consumo de sódio é uma recomendação fundamental para o controle da HAS.

D) Correta. O consumo prolongado e excessivo de bebidas alcoólicas é um fator de risco conhecido para a hipertensão. O álcool pode afetar diversos mecanismos que regulam a pressão arterial, levando ao seu aumento com o tempo.

E) Incorreta. A atividade física é recomendada tanto para indivíduos hígidos quanto para pré-hipertensos e hipertensos. Em indivíduos pré-hipertensos, a prática regular de atividade física é uma medida importante para prevenir a progressão para hipertensão, auxiliando na redução da pressão arterial e melhorando a saúde cardiovascular de forma geral.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 98 (ID 27)

GABARITO: B

Resposta:

A Hipertensão Mascarada é caracterizada pela pressão arterial que se comporta de maneira aparentemente normal nas aferições realizadas no consultório médico, porém, revela-se elevada quando medida fora desse ambiente, seja por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou por medições residenciais.

Essa condição ocorre porque, em alguns indivíduos, o ambiente do consultório não reflete o padrão usual da pressão arterial. Assim, a pressão medida no consultório pode ser artificialmente baixa ou normal, mascarando um problema real de hipertensão que se manifesta no cotidiano do paciente.

Vamos analisar as alternativas:

- **A) Incorreta.** Essa alternativa descreve a "Hipertensão do Avental Branco" ou "Hipertensão de Consultório", onde a pressão está elevada no consultório, mas normal fora dele. É o oposto da Hipertensão Mascarada.



- **B) Correta.** Esta alternativa define precisamente a Hipertensão Mascarada: pressão normal no consultório e elevada em medidas fora do consultório (MAPA ou medidas residenciais).
- **C) Incorreta.** Essa alternativa descreve a Hipertensão Sustentada, onde a pressão arterial está elevada tanto no consultório quanto fora dele (MAPA).
- **D) Incorreta.** Essa alternativa descreve a Normotensão, ou seja, pressão arterial normal tanto no consultório quanto fora dele (MAPA).

Portanto, a alternativa **B** é a única que descreve corretamente a Hipertensão Mascarada. É crucial identificar essa condição, pois pacientes com hipertensão mascarada apresentam risco cardiovascular aumentado, similar ao de hipertensos não tratados, mesmo com medidas de pressão arterial aparentemente normais no consultório.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 99 (ID 84)

GABARITO: A

Resposta:

A alternativa correta é a **A) Aumento da resposta cronotrópica**.

Justificativa:

A hipertensão arterial sistólica isolada no idoso é caracterizada pelo aumento da pressão sistólica (pressão máxima durante a contração cardíaca) com pressão diastólica normal ou baixa. Essa condição é multifatorial e está associada a diversas alterações cardiovasculares relacionadas ao envelhecimento.

Vamos analisar cada alternativa:

- **A) Aumento da resposta cronotrópica.** A resposta cronotrópica refere-se à capacidade do coração de aumentar a frequência cardíaca em resposta a estímulos. Um aumento da resposta cronotrópica, que levaria a um aumento da frequência cardíaca, **não é um fator que contribui para a patogênese da hipertensão sistólica isolada**. Na verdade, em idosos, a resposta cronotrópica tende a ser reduzida. A hipertensão sistólica isolada está mais relacionada a alterações na estrutura e função dos vasos sanguíneos do que a um aumento da frequência cardíaca.
- **B) Aumento da resistência vascular periférica.** Com o envelhecimento, ocorre uma perda da elasticidade das artérias, tornando-as mais rígidas. Essa rigidez arterial leva a um aumento da resistência vascular periférica, ou seja, uma maior dificuldade para o sangue fluir pelos vasos. Para manter o fluxo sanguíneo, o coração precisa exercer mais força durante a sístole, elevando a pressão sistólica. Portanto, o aumento da resistência vascular periférica **contribui** para a hipertensão sistólica isolada.
- **C) Redução da complacência do ventrículo esquerdo.** A complacência ventricular esquerda é a capacidade do ventrículo esquerdo de se expandir e relaxar para receber o sangue durante a diástole. Com o envelhecimento, o ventrículo esquerdo pode se tornar menos complacente, mais rígido. Essa redução da complacência dificulta o enchimento ventricular e pode levar a um aumento da pressão sistólica para garantir o volume de sangue ejetado a cada batimento. Assim, a redução da complacência ventricular esquerda **contribui** para a hipertensão sistólica isolada.
- **D) Diminuição do tônus do sistema nervoso autônomo.** O sistema nervoso autônomo regula diversas funções cardiovasculares, incluindo o tônus vascular. Com o envelhecimento, pode ocorrer uma diminuição do tônus do sistema nervoso autônomo, o que pode afetar a regulação da pressão arterial. Embora a relação exata seja complexa, alterações no sistema nervoso autônomo podem **contribuir** para a disfunção vascular e, conseqüentemente, para a hipertensão sistólica isolada.

- **E) Diminuição da resposta fisiológica dos barorreceptores.** Os barorreceptores são sensores de pressão localizados nas artérias que ajudam a regular a pressão arterial. Com o envelhecimento, a sensibilidade e a resposta dos barorreceptores podem diminuir. Essa redução na resposta barorreflexa prejudica a capacidade do organismo de regular a pressão arterial de forma eficaz, podendo **contribuir** para a hipertensão, incluindo a hipertensão sistólica isolada.

Em resumo, o aumento da resposta cronotrópica (alternativa A) é a alteração que **não** contribui para a patogênese da hipertensão sistólica isolada no idoso, sendo as demais alternativas (B, C, D e E) fatores que estão relacionados e contribuem para essa condição clínica.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 100 (ID 124)

GABARITO: C

Justificativa:

A alternativa correta é a **C**. O consumo de álcool em homens apresenta uma relação dose-dependente com o aumento da pressão arterial. Estudos demonstram que o risco de hipertensão se torna consistente a partir do consumo de 31 gramas de álcool por dia.

As demais alternativas estão incorretas pelos seguintes motivos:

- **Alternativa A incorreta:** Embora o consumo excessivo de sódio seja um fator de risco crucial para a hipertensão arterial e esteja fortemente associado a eventos cardíacos, sua influência não se restringe apenas a estes. O excesso de sódio também está relacionado a eventos renais, entre outras complicações.
- **Alternativa B incorreta:** O consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas não aumenta a pressão arterial de forma inconsistente, mas sim de maneira consistente e significativa. A ingestão regular e excessiva de álcool é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento e agravamento da hipertensão.
- **Alternativa D incorreta:** Em mulheres, o consumo de doses inferiores a 10 gramas de álcool por dia não está associado a um efeito hipertensivo, mas sim, em alguns estudos, a um possível efeito protetor em relação à hipertensão arterial. O efeito hipertensivo em mulheres tende a surgir com doses mais elevadas de álcool.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 101 (ID 191)

GABARITO: D

Análise das afirmativas:

(**V**) Nos pacientes obesos, as alterações hemodinâmicas, como elevação do débito cardíaco e do volume plasmático, são fatores que contribuem para o aparecimento da hipertensão arterial.

Justificativa: Em pacientes obesos, o organismo passa por adaptações hemodinâmicas que incluem o aumento do débito cardíaco e do volume plasmático. Essas alterações são mecanismos que efetivamente contribuem para a elevação da pressão arterial e o desenvolvimento da hipertensão.

(**V**) A perda de peso nos pacientes obesos hipertensos aumenta a resposta hipotensora à restrição de sódio.

Justificativa: Pacientes obesos hipertensos frequentemente apresentam sensibilidade ao sal. A restrição de sódio na dieta já possui um efeito hipotensor nesses indivíduos. A perda de peso



potencializa essa resposta, tornando a redução do consumo de sódio ainda mais eficaz no controle da pressão arterial.

(F) O aumento da insulina plasmática não é responsável pela hipertensão induzida pela obesidade.

Justificativa: A resistência à insulina, comum na obesidade, leva a um aumento compensatório da insulina plasmática (hiperinsulinemia). Esse aumento da insulina é, sim, um dos mecanismos envolvidos na hipertensão induzida pela obesidade. A hiperinsulinemia pode afetar a pressão arterial por diversos mecanismos, incluindo a retenção de sódio e a ativação do sistema nervoso simpático.

(F) A ultrassonografia com Doppler, devido a dificuldades técnicas e a seu baixo valor, tem sido pouco utilizada como screening para hipertensão renovascular.

Justificativa: Ao contrário do que afirma a assertiva, a ultrassonografia com Doppler é um método de escolha e amplamente utilizado como rastreamento (screening) inicial para a hipertensão renovascular. Apesar de apresentar limitações técnicas, como a dependência da habilidade do operador e a dificuldade em pacientes obesos, ela mantém-se como um importante método diagnóstico devido à sua natureza não invasiva e custo-benefício favorável quando comparada a outros exames mais complexos.

[Ver Questão](#)

Resposta para Questão 102 (ID 205)

GABARITO: A

Resposta:

A alternativa correta é a **A) Baixos consumos de potássio, magnésio e cálcio.**

Justificativa:

A questão aborda fatores ambientais relacionados à hipertensão arterial. Dentre as opções apresentadas, a alternativa A descreve um fator ambiental dietético diretamente ligado ao desenvolvimento e manutenção da hipertensão.

Conforme o contexto técnico fornecido, dietas com baixos níveis de potássio, magnésio e cálcio são consideradas fatores ambientais que contribuem para a persistência da hipertensão. A dieta mediterrânea, reconhecida por seus efeitos benéficos no controle da pressão arterial, é justamente rica nesses minerais, além de fibras e baixa em colesterol e gorduras prejudiciais. A deficiência desses nutrientes essenciais pode, portanto, favorecer a elevação da pressão arterial.

As demais alternativas apresentam fatores que, embora possam estar relacionados à hipertensão, não se enquadram primariamente como fatores ambientais causadores diretos da condição, ou não são fatores ambientais no contexto da questão:

- **B) Flacidez endotelial da aorta e de grandes artérias:** A flacidez endotelial é uma disfunção fisiológica que pode ser consequência da hipertensão ou de outros fatores de risco, mas não é um fator ambiental primário que causa a hipertensão. É uma alteração no organismo, e não um fator externo ou ambiental.
- **C) Diabetes mellitus insulino dependente:** O diabetes mellitus é uma doença metabólica que aumenta o risco de hipertensão, mas não é um fator ambiental em si. Embora fatores ambientais como dieta e sedentarismo possam contribuir para o desenvolvimento do diabetes, o diabetes em si é uma condição de saúde, e não um fator ambiental primário causador direto da hipertensão no contexto da questão.

Portanto, a alternativa A é a mais adequada por descrever fatores ambientais dietéticos (baixos consumos de minerais) que comprovadamente influenciam a ocorrência e manutenção da hipertensão arterial.

[Ver Questão](#)

