

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

PROGRAMAS – GRUPO 007

Ecocardiografia (603) e Eletrofisiologia Clínica Invasiva (604).

Data e horário da prova:

*Domingo,
29/11/2020, às 8h.*

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Para ganhar é preciso gastar.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

CARDIOLOGIA
Itens de 1 a 120

Um paciente de 79 anos de idade comparece a consulta ambulatorial com queixa de dispneia, aos esforços impedindo as respectivas atividades habituais durante a hidroginástica, há seis meses. Ao exame físico, verificam-se FC = 90 bpm, FR = 18 irpm, SatO₂ = 96 %, presença de sopro sistólico ejetivo em foco aórtico com irradiação para base do pescoço, sem alterações na ausculta respiratória, turgência jugular ou edema de membros inferiores. Apresenta apenas dislipidemia como história médica relevante e a radiografia de tórax não revela cardiomegalia ou alterações em campos pulmonares. O eletrocardiograma demonstra sobrecarga de câmaras esquerdas. É realizado um ecocardiograma, ainda sem o resultado oficial, mas o paciente é informado de que apresenta estenose aórtica.

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

1. Na etapa de palpação do exame do precórdio, seria esperado um *ictus cordis* na linha axilar anterior esquerda no 5º espaço intercostal.
2. A presença de desdobramento de B2 durante a inspiração é um sinal de que a estenose aórtica é anatomicamente importante.
3. Em caso de estenose aórtica anatomicamente importante, seria esperada uma ascensão lenta e de baixa amplitude durante a palpação do pulso arterial radial.
4. Ao ecocardiograma, um gradiente médio ventrículo esquerdo (VE)/aorta aferido em 25 mmHg descartaria a presença de estenose aórtica anatomicamente importante.
5. O paciente deve submeter-se a um teste ergométrico para melhor caracterização dos sintomas, da reserva inotrópica e da capacidade funcional.
6. Se confirmado o diagnóstico de estenose aórtica anatomicamente importante, o tratamento clínico otimizado deve ser iniciado para esse paciente, e os procedimentos de abordagem da valva aórtica ficam reservados para os pacientes com persistência dos sintomas.
7. Para melhorar o prognóstico do paciente, deve-se instituir o tratamento medicamentoso otimizado com betabloqueador para controle de frequência cardíaca e inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs).
8. O procedimento percutâneo femoral de valvoplastia aórtica por cateter balão é uma opção desenvolvida recentemente e seria uma alternativa para o tratamento definitivo da estenose aórtica importante.

Uma paciente de 71 anos de idade está em avaliação pré-operatória para a realização de colectomia esquerda por carcinoma de cólon. Nega qualquer sintoma cardiovascular, mantendo boa capacidade funcional e conseguindo subir dois lances de escada seguidos sem sintomas. Já apresentou acidente vascular encefálico de provável etiologia aterosclerótica há dois anos, sem sequelas motoras após reabilitação; utilizava diariamente AAS 100 mg e atorvastatina 40 mg. O exame físico, o eletrocardiograma, a radiografia de tórax e os exames laboratoriais encontram-se sem alterações séricas.

Com relação a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

9. Pelo algoritmo de Lee, a paciente é classificada como classe III, com risco de 7% de complicações cardíacas maiores no perioperatório, considerada como apresentando um risco intermediário.
10. Não são necessários exames suplementares adicionais para avaliação cardiovascular pré-operatória dessa paciente.
11. Deve-se recomendar a essa paciente a suspensão do AAS de três a sete dias antes do procedimento proposto.
12. O pós-operatório imediato dessa paciente deveria ser realizado com monitorização em semi-intensiva/UTI, independentemente do resultado dos exames complementares adicionais pré-operatórios.
13. No pós-operatório dessa paciente, a presença de troponina elevada acima do percentil 99 do teste utilizado, associada a curva de elevação e queda típica, determina o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio perioperatório.
14. A realização de revascularização miocárdica rotineira nesse grupo de pacientes de risco cardiovascular intermediário a alto pelo algoritmo de Lee deve ser efetivada com o objetivo de redução de eventos cardíacos perioperatórios.
15. A utilização de estatina deve ser mantida durante todo o perioperatório da paciente, sendo tal uso seguro, mesmo no pós-operatório imediato.
16. No pós-operatório dessa paciente, o uso de heparina para profilaxia de tromboembolismo venoso deveria ser indicado, mesmo com a manutenção do AAS.

Um paciente de 70 anos de idade, sexo masculino, previamente hipertenso e sem outras comorbidades, busca atendimento em consulta cardiológica, pois pegou emprestado do filho um relógio do tipo *smartwatch*, que o alertou acerca de irregularidade do respectivo ritmo cardíaco em alguns momentos do dia. Logo antes da consulta, realizou eletrocardiograma que demonstrou um ritmo de fibrilação atrial.

A respeito desse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

17. No exame físico desse paciente, a presença de quarta bulha cardíaca poderia ser fisiológica, mas também poderia ser encontrada em caso de insuficiência cardíaca associada.
18. Pela irregularidade do pulso arterial, a utilização de um oxímetro seria mais adequada que o método palpatório manual para a verificação da frequência de pulso média desse paciente.
19. A presença de onda a no pulso venoso jugular permitiria a diferenciação entre taquicardia atrial multifocal e fibrilação atrial como causa da irregularidade do ritmo.
20. Com base apenas nos dados descritos no caso clínico, é correto indicar anticoagulação de longo prazo para o paciente.
21. Caso o paciente tivesse 60 anos de idade ou fosse do sexo feminino, a indicação de anticoagulação de longo prazo seria inadequada.

22. Entre as drogas disponíveis no Brasil, a propafenona ou o sotalol seriam opções mais adequadas para uma estratégia de controle de ritmo desse paciente, independentemente de outros exames complementares.
23. A ablação da fibrilação atrial por cateter poderia ser uma opção de tratamento para controle de ritmo desse paciente, mesmo antes da tentativa de uso das drogas antiarrítmicas.
24. Em caso de a ablação da fibrilação atrial ter sido realizada com sucesso, a comprovação de ausência de recorrência de fibrilação atrial, por um ano, com dispositivo de monitorização contínua permitiria a suspensão definitiva da anticoagulação.

Um paciente de 55 anos de idade, com histórico de diabetes e hipertensão, iniciou, há seis meses, quadro de dor precordial tipicamente anginosa aos esforços, sendo investigado com ecocardiograma com estresse com dobutamina, o qual confirmou isquemia por aparecimento de hipocinesia transitória dos segmentos inferiores apical e médio no estresse. A fração de ejeção de ventrículo esquerdo no repouso foi de 60%. Iniciou-se tratamento diário com AAS 100 mg, rosuvastatina 20 mg e atenolol 50 mg. A investigação da doença arterial coronariana prosseguiu com a solicitação de uma cineangiocoronariografia. Enquanto aguardava os exames, o paciente tornou-se assintomático com a medicação. Após um mês, retornou com o resultado da cineangiocoronariografia, que demonstrava uma lesão de 90% na porção proximal da coronária direita e uma lesão de 40% em terço distal da descendente anterior. Apresentou também exame laboratorial que revelou colesterol total = 130 mg/dL, LDL-C = 42 mg/dL, HDL-C = 25 mg/dL e triglicérides = 315 mg/dL.

Com relação a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

25. O atenolol do paciente deve ser substituído por um dos betabloqueadores que demonstraram redução de mortalidade, nesse tipo de paciente, em ensaios clínicos.
26. A rosuvastatina do paciente deve ser trocada por um fibrato, já que ele ainda apresenta triglicérides elevados com LDL-C excessivamente baixo.
27. No momento, deve-se indicar revascularização miocárdica a esse paciente, para redução do risco, em longo prazo, de infarto do miocárdio e morte cardiovascular.
28. Um valor de reserva de fluxo fracionada de 0,5 seria esperado para a coronária direita, enquanto um valor de 0,9 seria esperado para a descendente anterior.
29. Evidências recentes sugerem que o uso de rivaroxabana 2,5 mg, duas vezes ao dia, associado ao AAS, seria correto nesse paciente para prevenção secundária de eventos ateroescleróticos após pesar-se o risco de eventos isquêmicos e hemorrágicos.
30. Evidências recentes indicam que a utilização de ácido eicosapentaenoico (EPA) em altas doses seria correta nesse paciente para a prevenção secundária de eventos ateroescleróticos.
31. Uma pressão arterial < 140 mmHg x 90 mmHg seria uma meta pressórica adequada para esse paciente.

32. A reavaliação periódica rotineira com ecocardiograma seria inadequada para esse paciente, caso ele se mantivesse estável sem mudança de terapia.

Uma paciente de 76 anos de idade, com história prévia de hipertensão e fibrilação atrial permanente, está em programação de alta da enfermaria de cardiologia após realização de angioplastia, com *stent* farmacológico de segunda geração, em lesão única em descendente anterior em terço médio por acesso femoral, há cinco dias, após quadro de angina instável de alto risco. Atualmente ela está em uso de apixabana 5 mg duas vezes ao dia, AAS 100 mg uma vez ao dia, clopidogrel 75 mg uma vez ao dia, succinato de metoprolol 50 mg uma vez ao dia, ramipril 5 mg uma vez ao dia e sinvastatina 40 mg uma vez ao dia. Uma familiar da paciente gostaria de saber se a prescrição de alta será mantida, pois a paciente já teve um sangramento urinário prévio importante quando usava varfarina, bem como recomendações para cirurgia de herniorrafia inguinal que havia programado anteriormente.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

33. A paciente pode ter o AAS suspenso já na alta, com manutenção apenas com clopidogrel associado a apixabana.
34. O uso de prasugrel associado ou não ao AAS, juntamente com a anticoagulação, seria o ideal para redução de eventos isquêmicos nessa paciente.
35. Para essa paciente, tempo ideal de antiagregação plaquetária associada a anticoagulação é de seis meses, considerando-se o uso de um *stent* farmacológico.
36. Não havendo complicação associada a hérnia, a cirurgia não cardíaca eletiva idealmente não deveria ocorrer antes de 12 meses.
37. Uma vez transcorrido o período adequado para a realização da cirurgia não cardíaca eletiva, o tempo necessário de suspensão da apixabana antes da cirurgia de herniorrafia inguinal não depende da função renal da paciente, já que a apixabana possui baixa excreção renal.
38. O uso de iECA por essa paciente pode reduzir novas síndromes coronarianas agudas e mortalidade cardiovascular em longo prazo.
39. No longo prazo, essa paciente pode ter a manutenção do respectivo regime antitrombótico apenas com apixabana, sem antiagregação plaquetária.
40. Como o diagnóstico clínico da paciente foi de angina instável de alto risco, e não de infarto do miocárdio, a evidência de lesão miocárdica pode ter sido demonstrada apenas por elevação em curva típica de troponina ultrasensível, mas não por um teste normal de troponina.

Área livre

Uma paciente de 65 anos de idade, com obesidade grau 1 (peso = 85 kg, altura = 1,65 m), hipertensa há 20 anos, com adequado controle da pressão arterial, no período, utilizando diariamente anlodipino 10 mg e clortalidona 25 mg, comparece à consulta ambulatorial demonstrando pressão arterial de 170 mmHg x 95 mmHg, confirmada em duas medidas em ambos os membros superiores. Opta-se por introdução de enalapril 10 mg duas vezes ao dia. Ela retorna em duas semanas apresentando pressão arterial de 150 mmHg x 85 mmHg, com exames laboratoriais novos revelando um aumento de creatinina sérica de 0,9 mg/dL para 1,9 mg/dL, sem outras alterações laboratoriais.

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

41. Como a paciente ainda se mantém fora da meta de pressão arterial, o enalapril deve ser aumentado para 20 mg duas vezes ao dia.
42. Deve ser iniciada uma quarta medicação de classe medicamentosa diferente daquelas que a paciente já utiliza.
43. A probabilidade de uma causa de hipertensão arterial secundária é alta no caso dessa paciente.
44. A realização de um Doppler de artérias renais que fosse negativo para obstrução ao fluxo das artérias renais afastaria o diagnóstico de hipertensão renovascular no caso dessa paciente.
45. Para essa paciente, o diagnóstico de hipertensão renovascular não implicaria a necessidade de intervenção mecânica em artérias renais como primeira opção de tratamento.
46. A paciente apresenta um fator de risco para síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono, possível causa de hipertensão secundária.
47. Uma triagem negativa com o questionário de Berlim, durante a consulta ambulatorial, afastaria o diagnóstico de síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono para essa paciente.
48. Ao exame físico da paciente, a presença de “giba dorsal” e estrias púrpuras levantaria a suspeita diagnóstica de hiperparatireoidismo.

Um paciente de 22 anos de idade, previamente hígido, chega ao pronto-socorro com quadro de dor precordial de início recente há um dia, em repouso, ventilatório-dependente, aliviada ao reclinar o tronco para a frente, sem relação com esforço físico, associada a episódio febril aferido de 37,9 °C.

Com relação a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

49. Nesse caso, a presença de atrito pericárdico seria um marcador de risco elevado para a progressão com tamponamento cardíaco.
50. Nos exames laboratoriais realizados quando o paciente der entrada no pronto-socorro, as dosagens de troponina e BNP devem ser feitas de rotina para a principal suspeita clínica do caso.
51. No Brasil, o principal agente etiológico a ser investigado nesse paciente seria o *Mycobacterium tuberculosis*.

52. A ausência de realce tardio pelo gadolínio no miocárdio, em ressonância nuclear magnética cardíaca, não afastaria a principal hipótese diagnóstica para o caso.
53. No ecocardiograma transtorácico, a ausência de alterações não afastaria a principal hipótese diagnóstica para o caso.
54. O uso da colchicina deve ser reservado para caso de recorrência do episódio.
55. Uma das possíveis complicações do quadro clínico apresentado pelo paciente é tamponamento cardíaco, sendo a pericardiectomia o tratamento de escolha para uma complicação.
56. Mesmo na confirmação de uma etiologia autoimune para o quadro do paciente desse caso clínico, o uso de corticoesteroides sistêmicos em doses altas não seria a primeira opção de tratamento.

Uma paciente de 39 anos de idade, natural, residente e procedente de Florianópolis (SC), em consulta de puerpério do terceiro filho, relata início, há cinco dias, de dispneia aos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores simétricos progressivos. Não apresentava nenhuma comorbidade, história familiar de cardiopatia ou sintomas cardiovasculares antes da gestação, mas manifestou hipertensão gestacional na segunda gravidez. Nega tabagismo e uso de bebidas alcoólicas. Ao exame físico, constata-se FC = 98 bpm, FR = 24 irpm, SatO₂ = 94%, com crepitações pulmonares em terços inferiores de campos pulmonares, turgência jugular, ritmo cardíaco regular com presença de B3 e ausência de sopros.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

57. Síndromes hipertensivas da gestação e gestações múltiplas são fatores de risco para o diagnóstico mais provável dessa paciente.
58. Ao exame físico, a presença de uma impulsão palpável de sentido cranial caudal em epigástrico sugere uma etiologia congênita com diagnóstico tardio para explicar o quadro clínico da paciente.
59. A presença de arritmias ventriculares não seria um achado esperado em eletrocardiogramas dessa paciente.
60. A realização de uma cineangiocoronariografia é necessária para o diagnóstico dessa paciente.
61. O diagnóstico precoce da patologia apresentada pela paciente é crucial, já que existem outras alternativas farmacológicas para o caso, além daquelas propostas, de forma geral, para uma insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida idiopática.
62. Dependendo da escolha terapêutica farmacológica para essa paciente, o uso de anticoagulação pode ser necessário, mesmo na ausência de fibrilação atrial ou trombo cardíaco intracavitário.
63. A utilização de espironolactona está contraindicada em caso de essa paciente optar por manter a lactação, se o recém-nascido for do sexo masculino.
64. Mesmo em caso de melhora sustentada dos sintomas e da função ventricular, nova gestação não deve ser autorizada pelo médico assistente da paciente.

Um paciente de 67 anos de idade, previamente hipertenso, diabético e com doença renal crônica estágio III, atualmente está internado, há cinco dias, em um hospital secundário aguardando cineangiocoronariografia depois de ter apresentado dor precordial em aperto, com irradiação para os membros superiores bilateralmente, associada a náuseas e dispneia, iniciada em repouso e com duração de cerca de duas horas, aliviada apenas na emergência após tratamento medicamentoso inicial. O eletrocardiograma do paciente, na admissão, demonstrava ritmo sinusal, sem nenhuma alteração de onda P, complexo QRS, segmento ST ou onda T. A troponina T colhida com seis horas, 12 horas, 24 horas e 72 horas do início da dor, tendo valor de referência laboratorial < 0,01 mcg/mL, revelou os seguintes resultados: 0,02 mcg/mL; 0,5 mcg/mL; 1,5 mcg/mL; e 0,2 mcg/mL. O paciente ainda apresenta dor precordial de mesmas características aos mínimos esforços.

Em relação a esse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

65. O paciente apresenta quadro de angina instável de alto risco, já que não completa a tríade de manifestação clínica, alteração eletrocardiográfica e evolução de dosagem de marcadores compatíveis para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio.
66. A dosagem de CK-MB associada a troponina seria necessária para definir se a elevação de troponina é secundária à insuficiência renal do paciente.
67. Evidências recentes demonstram o benefício, para esse paciente, de antiagregação plaquetária apenas com AAS, sem inibidores da P2Y12 durante os dias que precedem a cineangiocoronariografia.
68. A opção pela estratificação invasiva desse paciente, sem antes realizar um teste não invasivo capaz de verificar isquemia, é inadequada em razão da doença renal crônica como comorbidade.
69. Em caso de função renal estável, mas creatinina sérica = 1,7 mg/dL, o uso de iECA seria recomendado para esse paciente.
70. Como já se passaram cinco dias do evento inicial, esse paciente não necessita mais de monitorização cardíaca contínua em ambiente de terapia intensiva.
71. No caso da opção pela utilização da enoxaparina, o paciente ainda deveria estar em uso de anticoagulação plena na dose de 1 mg/kg, a cada 12 horas, por via subcutânea.
72. O uso de fondaparinux no lugar de heparina de baixo peso molecular não seria adequado em razão da insuficiência renal do paciente e do maior risco de sangramento grave com fondaparinux.

Um paciente de 76 anos de idade apresenta, há seis meses, queixa de dispneia progressiva, atualmente a pequenos esforços menores do que habituais, associada a episódios de ortopneia. Tem passado de duas cirurgias ortopédicas em punhos, das quais não sabe muitos detalhes, sem outras comorbidades, tabagismo ou história familiar de doenças cardíacas. Ao exame físico, FC = 78 bpm, FR = 16 irpm, SatO₂ = 98%, com crepitações pulmonares em bases pulmonares, ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em dois tempos e ausência de sopros, além de discreto edema de membros inferiores. Não está em uso de nenhuma

medicação contínua. Os exames iniciais do paciente, realizados com radiografia de tórax, demonstram congestão pulmonar, mas ausência de cardiomegalia; eletrocardiograma em ritmo sinusal, com baixa voltagem em derivações dos membros, sem outras alterações. O ecocardiograma transtorácico evidencia átrio esquerdo de 42 mm de diâmetro, ventrículo esquerdo com espessura do septo de 17 mm e parede posterior de 13 mm, com diâmetros diastólicos e sistólicos da cavidade normais e fração de ejeção de 55% pelo método de Simpson, sem alterações valvares.

A respeito desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

73. Apesar da idade do paciente, amiloidose cardíaca associada à mutação do gene da transtirretina hereditária é uma hipótese diagnóstica provável para esse caso.
74. Apesar do ecocardiograma com sinais de hipertrofia ventricular, o eletrocardiograma mostrando baixa voltagem em derivações dos membros manifesta-se a favor de uma doença infiltrativa como hipótese diagnóstica.
75. A verificação de variabilidade baixa ou ausente no intervalo R-R no eletrocardiograma, durante manobra de inspiração, seria outro sinal que fortaleceria a hipótese de amiloidose cardíaca.
76. O diagnóstico de amiloidose cardíaca somente pode ser confirmado nesse paciente mediante biópsia, seja essa cardíaca ou de sítio extracardíaco.
77. O radioisótopo tecnécio-99m utilizado para marcação em cintilografia solicitada com o objetivo de investigar a hipótese de amiloidose cardíaca por transtirretina pode ser o mesmo usado para cintilografia de perfusão do miocárdio para verificar isquemia.
78. Em uma cintilografia com pirofosfato, a presença de maior intensidade de concentração do pirofosfato marcado na área cardíaca do que a concentração de captação óssea em arcos costais é fortemente associada com amiloidose cardíaca do tipo transtirretina.
79. Durante a avaliação ecocardiográfica pela técnica de *Strain*, a presença do sinal da cereja do bolo (ou *apical sparring*), caracterizado pela alteração segmentar do *Strain* apenas das porções apicais, favorece o diagnóstico de amiloidose cardíaca.
80. O tratamento para a amiloidose cardíaca por cadeias comumente envolve quimioterapia.

Área livre

Uma paciente de 18 anos de idade, previamente hígida, busca pronto-socorro por ter apresentado síncope há duas horas. No momento da síncope, a paciente se encontrava por um longo período em pé e em jejum, em formação militar, quando iniciaram-se sintomas de turvação visual, escurecimento da visão e náuseas. Ela tentou se segurar em colegas próximos quando percebeu que iria perder a consciência, mas não houve tempo; perdeu a consciência e apresentou queda da própria altura, sem traumatismos e com recuperação da consciência em cerca de 30 segundos. Não manifestou nenhuma alteração do estado mental minutos após o incidente, mas sentiu-se preocupada e constrangida.

Quanto a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

81. A paciente deve realizar eletrocardiograma para investigação do episódio no pronto-socorro.
82. A paciente deve ficar internada por 24 horas para melhor elucidação da etiologia da síncope, independentemente da avaliação na emergência.
83. A presença dos sintomas descritos favorece a hipótese de uma causa cardíaca como mecanismo da síncope.
84. A ausência de liberação esfínteriana durante o episódio descarta o diagnóstico diferencial de crise epiléptica.
85. A presença de sopro sistólico ejetivo em foco aórtico, intensificado pela manobra de Valsalva, favorece a hipótese de uma cardiomiopatia de base.
86. Tanto a redução da pré-carga antes da perda de consciência quanto a redução da pós-carga durante a perda de consciência estão envolvidas nos mecanismos fisiopatológicos dos eventos.
87. A realização de Holter de 24 horas e de ecocardiograma são mandatórias na investigação da síncope dessa paciente.
88. A paciente deve ter todas as atividades físicas suspensas por pelo menos 10 dias após o episódio ou até que exames complementares de imagem sejam realizados.

Um paciente de 90 anos de idade com quadro de demência vascular avançada, totalmente dependente para atividades básicas da vida diária, foi avaliado, em instituição de longa permanência, por síncope quando se levantava sozinho na madrugada anterior. Foi realizado eletrocardiograma que evidenciou bloqueio atrioventricular total, sendo o paciente transferido para o hospital. Em leito monitorizado, em repouso, mantém-se assintomático, com FC = 46 bpm, FR = 18 irpm, SatO₂ = 94 % e PA = 130 mmHg x 60 mmHg. Após avaliação cardiológica, foi indicado implante de marcapasso para o paciente.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

89. Se houvesse um implante de marcapasso definitivo agendado para o dia seguinte pela manhã, uma conduta possível seria a de monitorização cardíaca contínua sem necessidade de implante de marcapasso transvenoso provisório.
90. Deve-se realizar um ecocardiograma transtorácico prévio para se mensurar a fração de ejeção e considerar o implante de um cardiodesfibrilador implantável em caso de fração de ejeção gravemente reduzida.

91. Em razão do baixo grau de atividades realizadas pelo paciente, seria correto optar-se pelo implante de um marcapasso unicameral programado em modo VVI, na ausência de condução retrógrada VA.
92. Um marcapasso em modo de operação VVI é inibido em caso de percepção de atividade elétrica ventricular.
93. Considerando-se que a instituição de longa permanência onde o paciente habita possui apenas portas automáticas, após o implante de um marcapasso, o local deveria ser readaptado para não causar interferência com tal aparelho.
94. O seguimento clínico-eletrônico do marcapasso deveria ser realizado na alta hospitalar, 30 dias pós-implante e a cada três ou seis meses pelo menos.
95. Pneumotórax e hematoma de loja são complicações possíveis em um implante de marcapasso.
96. Na avaliação eletrônica do marcapasso na alta hospitalar, uma baixa impedância à interrogação associada a dor torácica pode ter, como diagnóstico diferencial, uma perfuração ventricular por cabo-eletrodo, que é mais comum nas primeiras 24 horas após o implante.

Considerando os alvos terapêuticos farmacológicos em cardiologia e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

97. Bloqueadores de canal de cálcio diidropiridínicos podem ser utilizados em pacientes com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, especialmente naqueles pacientes que se mantêm hipertensos.
98. Fenômenos luminosos visuais são um possível efeito adverso do uso de ivabradina.
99. Os três principais genes em que são encontradas mutações na hipercolesterolemia familiar são o gene do receptor de LDL, o da APOB e o do PCSK9.
100. Em pacientes diabéticos em prevenção secundária de doenças ateroscleróticas, existem evidências, originadas em ensaios clínicos randomizados, de que tanto inibidores de SGLT2 quanto análogos de GLP1 são capazes de reduzir eventos cardiovasculares agudos adversos.

A respeito das cardiopatias congênicas e com base nos conhecimentos médicos, julgue os itens a seguir.

101. O fechamento, seja percutâneo ou cirúrgico, de uma comunicação interatrial é o tratamento de escolha, independentemente do *status* hemodinâmico e da idade do paciente.
102. Em pacientes adultos com persistência do ducto arterioso, o fechamento do ducto arterioso é contraindicado para pacientes com síndrome de Eisenmenger, exceto se esses cursam apenas com hipoxemia de membros inferiores ao exercício.
103. Pacientes adultos com origem aórtica anômala de coronárias devem ser submetidos a cirurgia, mesmo na ausência de documentação de isquemia ou de anatomia de alto risco.

No que se refere à prescrição de exercícios físicos em pacientes com cardiopatia e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 104.** Pacientes assintomáticos com insuficiência mitral importante que apresentem boa função ventricular, sem dilatação ventricular ou hipertensão pulmonar, podem realizar exercícios aeróbicos até mesmo de alta intensidade.
- 105.** Alguns pacientes selecionados com cardiomiopatia hipertrófica de baixo risco de morte súbita podem realizar exercícios aeróbicos moderados.
- 106.** A reabilitação cardiovascular precoce pode ser realizada em pacientes sem evidência clínica de isquemia uma semana após síndrome coronariana aguda.

Acerca da doença de Chagas e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 107.** Na cardiomiopatia chagásica, a presença de alterações segmentares em parede inferior apenas em ecocardiograma transtorácico é sinal de cardiomiopatia isquêmica associada.
- 108.** Dois métodos sorológicos distintos negativos, como a imunofluorescência indireta (IFI) e a hemoaglutinação indireta (HAI), são necessários para se excluir a doença crônica.
- 109.** O tratamento da forma aguda da doença de Chagas pode ser realizado com benzonidazol, mas também com nifurtimox.

Considerando a solicitação adequada de exames complementares cardiológicos e achados detectados após sua realização e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 110.** Em pacientes assintomáticos sem fatores de risco cardiovascular, a cintilografia de perfusão miocárdica deve ser realizada a cada cinco anos para verificação de isquemia silenciosa.
- 111.** Em pacientes que apresentam doença pulmonar obstrutiva crônica grave, com indicação de realização de cintilografia de perfusão miocárdica com estresse farmacológico, o dipiridamol é contraindicado, mas a adenosina pode ser utilizada.
- 112.** Em pacientes com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, estáveis com sintomas NYHA I, um ecocardiograma transtorácico periódico deve ser realizado a cada três a cinco anos na ausência de mudança terapêutica.
- 113.** O escore de cálcio por meio da tomografia sem contraste não deve ser utilizado para o diagnóstico de dor torácica possivelmente anginosa, mas pode ser usado para o acompanhamento seriado em pacientes assintomáticos para prevenção primária.
- 114.** A síndrome de Takotsubo é uma doença transitória do miocárdio, de curso benigno, desencadeada apenas em casos de estresse emocional.

Em relação à cardio-oncologia e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 115.** Agentes cardioprotetores, como a coenzima Q10 e a N-acetilcisteína, são capazes de prevenir a miocardiopatia associada a antraciclina.
- 116.** A lesão de cardiomiócitos associada a antraciclina é mais frequente quanto maior for a dose cumulativa usada pelo paciente.
- 117.** O uso de iECAs e betabloqueadores está contraindicado no caso de insuficiência cardíaca após quimioterapia, caso haja fração de ejeção reduzida, mas paciente assintomático.

Considerando o atendimento de parada cardiorrespiratória e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 118.** A cineangiogramia está indicada de rotina para todos os pacientes com parada cardiorrespiratória em ritmos chocáveis no extra-hospitalar, após retorno da circulação espontânea.
- 119.** Em uma parada cardiorrespiratória, o uso de vasopressina não é mais indicado em nenhuma circunstância.
- 120.** Na parada cardiorrespiratória em ritmo de atividade elétrica sem pulso, a amiodarona está indicada se o QRS se apresentar largo.

Área livre