

## CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

**31)** O Código de Ética Médica apresenta uma série de princípios que são vedados aos médicos no que se refere à relação do profissional com pacientes e familiares. A respeito dessa relação, assinale a alternativa que **não** contém um princípio vedado ao médico.

- a) Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
- b) Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.
- c) Respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.
- d) Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 31: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34: Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35: Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 39: Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

**Fonte:** CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**32)** É comum, nos dias atuais, a participação do médico no meio publicitário, sendo que o profissional deve respeitar o que é preconizado pelo Código de Ética Médica com relação à publicidade. A respeito da publicidade médica, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) É vedado ao médico consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.
- ( ) É permitido ao médico deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.
- ( ) É permitido ao médico participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.
- ( ) É vedado ao médico permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

a) F – V – F – V

b) V – F – V – F

c) F – V – F – F

d) V – F – F – V

### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 111: Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 114: Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 116: Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 118: Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

**Fonte:** CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**33)** O Código de Ética Médica estabelece princípios que são vedados aos médicos relacionados à auditoria e perícia médica. Com relação à auditoria e perícia médica, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) É vedado ao médico autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.
  - ( ) É permitido ao médico intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.
  - ( ) É permitido ao médico receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.
  - ( ) É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.
- a) F – V – F – V  
b) V – V – F – V  
c) F – V – F – F  
d) V – F – F – V

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)**

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 94: Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95: Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96: Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97: Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**34)** A Febre Reumática (FR) e a Cardiopatia Reumática Crônica (CRC) são complicações não supurativas da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A e decorrem de resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas. A respeito da febre reumática, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) O diagnóstico da febre reumática é clínico, não existindo sinal patognomônico ou exame específico. Os exames laboratoriais, apesar de inespecíficos, sustentam o diagnóstico do processo inflamatório e da infecção estreptocócica.
  - ( ) Nos casos de alergia à penicilina, a sulfadiazina apresenta eficácia comprovada para profilaxia secundária de febre reumática, devendo ser administrada na dose de 500mg, até 30kg, e dose de 1g, acima de 30kg, segundo recomendações.
  - ( ) A pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa (30mg/Kg/dia) em ciclos semanais intercalados pode ser utilizada como terapia anti-inflamatória em casos de cardite reumática grave, refratária ao tratamento inicial, ou naqueles pacientes que necessitam de cirurgia cardíaca em caráter emergencial.
- a) F – V – F  
b) V – V – F  
c) V – V – V  
d) V – F – V

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)**

O diagnóstico da febre reumática é clínico, não existindo sinal patognomônico ou exame específico. Os exames laboratoriais, apesar de inespecíficos, sustentam o diagnóstico do processo inflamatório e da infecção estreptocócica. Nos casos de alergia à penicilina, a sulfadiazina apresenta eficácia comprovada (I-B) para profilaxia secundária, devendo ser administrada na dose de 500mg, até 30kg, e dose de 1g, acima de 30kg, segundo recomendações. A pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa (30mg/Kg/dia) em ciclos semanais intercalados pode ser utilizada como terapia anti-inflamatória em casos de cardite reumática grave, refratária ao tratamento inicial, ou naqueles pacientes que necessitam de cirurgia cardíaca em caráter emergencial.

**Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática.** Arq Bras Cardiol. 2009;93(3 supl.4):1-18. Disponível em <www.cardiol.br>.

**35)** Nos Estados Unidos a Angina Instável (AI) é a causa cardiovascular mais comum de internação hospitalar, sendo também a responsável pela maioria das internações em unidades coronárias. Durante a evolução, uma parte destes pacientes desenvolve elevações nos marcadores bioquímicos de dano miocárdico, configurando o quadro de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sem supradesnível do segmento ST, sendo que estas duas entidades (AI e IAM), quando em conjunto, compõem as Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis (SIMI) sem supradesnível do segmento ST. A respeito dessas Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis (SIMI), informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) Todos os pacientes com SIMI ou suspeita de SIMI devem realizar eletrocardiograma. Idealmente, esse exame deve ser realizado em até 10 minutos após a chegada do paciente ao hospital.
  - ( ) Marcadores bioquímicos de lesão miocárdica devem ser mensurados em todos os pacientes com suspeita de SIMI. Os marcadores devem ser medidos na admissão e repetidos pelo menos uma vez, 6-9 horas após (preferencialmente 9-12 horas após o início dos sintomas), caso a primeira dosagem seja normal ou discretamente elevada, sendo CK-MB massa e troponinas os marcadores de escolha.
  - ( ) O sulfato de morfina é considerado o analgésico de eleição devido à dor precordial presente nas SIMI, sendo administrado por via intravenosa, na dose de 1 a 5mg quando a dor não for aliviada com o uso de nitratos sublingual, ou nos casos de recorrência da dor apesar da adequada terapêutica anti-isquêmica.
- a) F – V – V  
b) V – V – F  
c) V – F – V  
d) V – V – V

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)**

Todos os pacientes com SIMI ou suspeita de SIMI devem realizar eletrocardiograma. Idealmente, esse exame deve ser realizado em até 10 minutos após a chegada do paciente ao hospital. Marcadores bioquímicos de lesão miocárdica devem ser mensurados em todos os pacientes com suspeita de SIMI. Os marcadores devem ser medidos na admissão e repetidos pelo menos uma vez, 6-9 horas após (preferencialmente 9-12 horas após o início dos sintomas), caso a primeira dosagem seja normal ou discretamente elevada, sendo CK-MB massa e troponinas os marcadores de escolha. A dor precordial e a ansiedade costumeiramente associada, presentes nas SIMI, geralmente levam a hiperatividade do sistema nervoso simpático. Esse estado hiperadrenérgico, além de aumentar o consumo miocárdico de oxigênio, predispõe ao aparecimento de taquiarritmias atriais e ventriculares. Assim, recomenda-se a utilização de analgésicos potentes a pacientes com dor isquêmica, refratários à terapêutica antianginosa(6). O sulfato de morfina é considerado o analgésico de eleição, sendo administrado por via intravenosa, na dose de 1 a 5mg quando a dor não for aliviada com o uso de nitratos sublingual, ou nos casos de recorrência da dor apesar da adequada terapêutica anti-isquêmica.

**Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007).** Arq. Bras. Cardiol. 2007; 89(4) : e89-e131. Disponível em <www.cardiol.br>.

**36)** A Insuficiência Cardíaca (IC) aguda é definida como início rápido ou mudança clínica dos sinais e sintomas de IC, resultando na necessidade urgente de terapia. A respeito da Insuficiência Cardíaca aguda, analise as afirmativas a seguir.

- I. Para a sedação de pacientes críticos nos casos de Insuficiência Cardíaca aguda, recomenda-se o propofol ou o midazolam. O propofol causa maior estabilidade hemodinâmica enquanto o midazolam causa uma extubação mais rápida.
- II. Para os pacientes que evoluem com tamponamento cardíaco, a pericardiocentese deve ser realizada, sendo que a drenagem guiada pelo ecocardiograma é o procedimento de escolha.
- III. Em associação aos nitratos orais, o uso da hidralazina está sempre indicado como primeira escolha quando alguma contra-indicação se faz aos inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores dos receptores da angiotensina ainda na fase de internação e de compensação da Insuficiência Cardíaca.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

- a) II.
- b) I e II.
- c) I e III.
- d) II e III.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Para a sedação de pacientes críticos nos casos de Insuficiência Cardíaca aguda, recomenda-se o midazolam ou o propofol. O midazolam causa maior estabilidade hemodinâmica enquanto o propofol causa uma extubação mais rápida. Nos casos de tamponamento cardíaco, o tratamento definitivo consiste na pericardiocentese, sendo que a drenagem guiada pelo ecocardiograma é o procedimento de escolha. Em associação aos nitratos orais, o uso da hidralazina está sempre indicado como primeira escolha quando alguma contraindicação se faz aos inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores dos receptores da angiotensina ainda na fase de internação e de compensação da Insuficiência Cardíaca.

**Fonte: II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda.** Arq Bras Cardiol. vol. 93, n.3. Supl.3. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009. Disponível em <www.cardiol.br>.

**37)** O paciente com Insuficiência Cardíaca (IC) apresenta múltiplos fatores envolvidos tanto em sua gênese, como em sua evolução. A elevada morbimortalidade encontrada em pacientes portadores de IC requer frequentes internações, exigindo, portanto, abordagem multidisciplinar contínua. A respeito da Insuficiência Cardíaca (IC), informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) A amiodarona, por ser efetiva contra a maioria das arritmias supraventriculares (inclusive a fibrilação atrial), é a droga de escolha para a restauração e manutenção do ritmo sinusal se não houver indicação de cardioversão elétrica, nos pacientes com insuficiência cardíaca que apresentam tais arritmias.
- ( ) Em pacientes com insuficiência cardíaca direita associada à instabilidade hemodinâmica, a dobutamina é a droga de escolha.
- ( ) O ecocardiograma de estresse pode ser utilizado para avaliar a presença e a extensão da isquemia miocárdica em pacientes com IC crônica e disfunção ventricular de etiologia isquêmica.

- a) F – V – F
- b) V – F – F
- c) V – V – V**
- d) V – F – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Sendo também efetiva contra a maioria das arritmias supraventriculares, (inclusive a fibrilação atrial), a amiodarona é a droga de escolha para a restauração e manutenção do ritmo sinusal, em pacientes com IC, se não houver indicação de cardioversão elétrica. Em pacientes com insuficiência cardíaca direita associada à instabilidade hemodinâmica, a dobutamina é a droga de escolha. O ecocardiograma de estresse pode ser utilizado para avaliar a presença e a extensão da isquemia miocárdica em pacientes com IC crônica e disfunção ventricular de etiologia isquêmica.

**Fonte: III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica.** Arq Bras Cardiol 2009; 93 (1supl.1): 1-71. Disponível em <www.cardiol.br>.

**38)** No Brasil, a doença valvar representa uma significativa parcela das internações por doença cardiovascular. A respeito das valvopatias, analise as afirmativas a seguir.

- I. O tratamento da insuficiência aórtica aguda é o reparo ou a troca valvar. O tratamento farmacológico, nesse contexto, visa dar suporte temporário ao paciente até que a cirurgia seja realizada, não se devendo postergar a intervenção.
- II. A cirurgia valvar aórtica ainda é a única terapêutica efetiva a longo prazo no alívio da sobrecarga ventricular esquerda em pacientes com estenose aórtica importante. Entretanto, em decorrência do risco operatório e das complicações imediatas e tardias das próteses valvares, o momento ideal para a indicação cirúrgica é muitas vezes controverso.
- III. Em virtude das altas taxas de complicações, a valvuloplastia tricúspide por cateter balão não é preconizada no tratamento da estenose tricúspide.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

- a) II.
- b) I e II.**
- c) I e III.
- d) II e III.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O tratamento da insuficiência aórtica aguda é o reparo ou a troca valvar. O tratamento farmacológico, nesse contexto, visa dar suporte temporário ao paciente até que a cirurgia seja realizada, não se devendo postergar a intervenção. A Valvuloplastia Tricúspide por Catéter Balão (VTCB) é segura, eficaz e com baixas taxas de complicações.

Fonte: Diretriz Brasileira de Valvopatias. **I Diretriz Interamericana de Valvopatias – SIAC 2011.** Arq Bras Cardiol 2011; 97 (5 supl.1): 1-67. Disponível em <www.cardiol.br>.

**39)** Os portadores de infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (IAMCST) podem evoluir com algumas complicações, sendo necessário o tratamento precoce a fim de evitar a morbimortalidade do paciente. Com relação ao tratamento das complicações oriundas do IAMCST, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) No tratamento da pericardite pós-IAMCST deve-se instituir o tratamento com anti-inflamatório não esteroide (tratamento de escolha) a cada quatro horas, reduzindo as doses quando melhorar os sintomas do paciente.
- ( ) Embora seja uma arritmia pouco frequente no IAMCST (menos de 10% dos casos), a taquicardia paroxística supraventricular, quando presente e não autolimitada, pode levar a grave comprometimento hemodinâmico, sendo que o tratamento inicial deve sempre ser a manobra vagal: massagem do seio carotídeo.
- ( ) Quando refratário aos choques, o tratamento da fibrilação ventricular no infarto agudo do miocárdio pode ser realizado com amiodarona venosa (300mg em bolus) seguida do choque não sincronizado. Uma dose extra de 150mg de amiodarona poderá ser feita sem fibrilação ventricular refratária.

- a) V – V – F
- b) F – V – V**
- c) V – F – F
- d) F – V – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O tratamento da pericardite clássica precoce inclui: dose de aspirina (tratamento de escolha) recomendada: 500mg a cada quatro horas; reduzir as doses quando da melhora dos sintomas. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINES) devem ser evitados por reduzirem o efeito antiplaquetário da aspirina e aumentar o risco de complicações cardíacas na fase aguda do IAMCST. Os corticosteroides também devem ser evitados, fundamentalmente por aumentar o risco de ruptura cardíaca e de recorrência dos sintomas após sua suspensão. Embora seja uma arritmia pouco frequente no IAM (menos de 10% dos casos), a taquicardia paroxística supraventricular, quando presente e não autolimitada, pode levar a grave comprometimento hemodinâmico. O tratamento inicial deve sempre ser a manobra vagal: massagem do seio carotídeo. Quando refratária aos choques, o tratamento da fibrilação ventricular ou da taquicardia ventricular sem pulso pode ser realizado com amiodarona venosa (300mg em bolus) seguida do choque não sincronizado. Uma dose extra de 150mg de amiodarona poderá ser feita se FV/TV refratária.

Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2009;93 (6 supl.2): e179-e264. Disponível em <www.cardiol.br>.

**40)** A Fibrilação Atrial (FA) é uma arritmia supraventricular em que ocorre uma completa desorganização na atividade elétrica atrial, fazendo com que os átrios percam sua capacidade de contração, não gerando sístole atrial. A respeito da fibrilação atrial, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) Obesidade, hipertensão arterial sistêmica e afecções da valva mitral são condições relacionadas ao desenvolvimento de fibrilação atrial.
- ( ) Pacientes com fibrilação atrial de duração maior ou igual a 48 horas ou de tempo indeterminado devem iniciar anticoagulação imediatamente na emergência com heparina intravenosa ou subcutânea, associada a anticoagulante oral, além de controlar a resposta ventricular.
- ( ) A cardioversão elétrica na fibrilação atrial deve ser realizada com o paciente em jejum e sob anestesia ou sedação profunda adequada, devendo ser iniciada com doses menores de energia por ser mais efetivo.

- a) V – V – F**
- b) V – F – F
- c) F – V – V
- d) V – V – V

#### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A obesidade é um importante fator de risco associado ao desenvolvimento de fibrilação atrial. Condições específicas associadas com fibrilação atrial incluem doença valvular cardíaca (mais comumente afecções da valva mitral), IC, doença arterial coronariana e hipertensão arterial sistêmica, particularmente quando associada à hipertrofia ventricular esquerda. Pacientes com fibrilação atrial de duração maior ou igual a 48 horas ou de tempo indeterminado devem iniciar anticoagulação imediatamente na emergência com heparina intravenosa ou subcutânea, associada a anticoagulante oral, além de controlar a resposta ventricular. A cardioversão elétrica deve ser realizada com o paciente em jejum e sob anestesia ou sedação profunda adequada. Iniciar a cardioversão elétrica com doses maiores de energia é mais efetivo, resultando em menor número de choques e menor quantidade de energia cumulativa.

**Fonte: Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial.** Arq Bras Cardiol 2009; 92(6 supl. 1): 1- 39. Disponível em <www.cardiol.br>.

**41)** Bloqueio Atrioventricular (BAV) é definido como o retardo ou falha na transmissão do impulso elétrico, do átrio aos ventrículos, devendo ser distinguido do fenômeno de refratariedade fisiológico (propriedade intrínseca das células do sistema de condução). Do ponto de vista eletrocardiográfico, o BAV é classificado como de 1º, 2º (tipo I, II ou avançado) ou 3º grau que correspondem, respectivamente, à condução AV prolongada, intermitente ou ausente. Assinale a alternativa que **não** contém condições para as quais há evidências conclusivas, ou na sua falta, consenso geral de que a implantação do marcapasso definitivo é seguro, útil/eficaz nos casos BAV de 2º grau.

- a) BAV de 2º grau tipo II, com QRS largo ou infra-His, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível.
- b) BAV de 2º grau tipo I, assintomático, com normalização da condução AV com exercício ou atropina intravenosa.**
- c) BAV de 2º grau com *flutter* atrial ou fibrilação atrial, com períodos de resposta ventricular baixa, em pacientes com sintomas definidos de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca consequentes à bradicardia.
- d) BAV de 2º grau permanente ou intermitente, irreversível ou causado por drogas necessárias e insubstituíveis, independentemente do tipo e localização, com sintomas definidos de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca consequentes à bradicardia.

#### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Recomendações para implante de marcapasso definitivo em pacientes com BAV 2º grau:

Classe I (condições para as quais há evidências conclusivas, ou, na sua falta, consenso geral de que o procedimento é seguro, e útil/eficaz).

1. Permanente ou intermitente, irreversível ou causado por drogas necessárias e insubstituíveis, independente do tipo e localização, com sintomas definidos de baixo fluxo cerebral ou IC consequentes à bradicardia (NE C).
2. Tipo II, com QRS largo ou infra-His, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível (NE C).
3. Com *flutter* atrial ou fibrilação atrial, com períodos de resposta ventricular baixa, em pacientes com sintomas definidos de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca consequente à bradicardia. ( NE C).

Classe III (condições para as quais há evidências e/ou consenso de que o procedimento não é útil/eficaz e, em alguns casos, pode ser prejudicial.)

Tipo I, assintomático, com normalização da condução AV com exercício ou atropina IV (NE C).

**Fonte: Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI).** Arq Bras Cardiol 2007; 89 (6): e210-e238. Disponível em <www.cardiol.br>.

**42)** Emergência hipertensiva é uma condição em que há elevação crítica da pressão arterial com quadro clínico grave, progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte, exigindo imediata redução da pressão arterial com agentes aplicados por via parenteral. Assinale a alternativa que contém o fármaco contraindicado em situações de emergência hipertensiva associadas às síndromes isquêmicas miocárdicas agudas ou à dissecção aguda de aorta.

- a) Esmolol.
- b) Hidralazina.**
- c) Nitroglicerina.
- d) Nitroprussiato de sódio.

#### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A hidralazina é contraindicada nos casos de síndromes isquêmicas miocárdicas agudas e de dissecção aguda de aorta por induzir ativação simpática, com taquicardia e aumento da pressão de pulso. Em tais situações, indica-se o uso de betabloqueadores e de nitroglicerina ou nitroprussiato de sódio.

**Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em <www.cardiol.br>.

**43)** Uma resposta hipertensiva aguda ocorre em cerca de 80% dos pacientes nas primeiras 48 horas após o acidente vascular (AVE) isquêmico, reduzindo espontaneamente em algumas semanas após o evento. Assinale a alternativa que contém a classe de agentes anti-hipertensivos que previnem a recorrência de eventos vasculares em pacientes com AVE do tipo isquêmico.

- a) Inibidor direto da renina.
- b) Vasodilatadores diretos.
- c) Bloqueadores dos canais de cálcio.
- d) Bloqueadores dos receptores da angiotensina.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)**

Uma resposta hipertensiva aguda ocorre em cerca de 80% dos pacientes nas primeiras 48 horas após o acidente vascular isquêmico, reduzindo espontaneamente em algumas semanas após o evento. Estudos mostram que os BRA II previnem a recorrência de eventos vasculares em pacientes com AVE do tipo isquêmico enquanto outros relatam que o tratamento com labetalol ou lisinopril reduziu a mortalidade aos 90 dias, em comparação com placebo em portadores de AVE isquêmico ou hemorrágico.

**Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em <www.cardiol.br>.

**44)** Quando a Insuficiência Cardíaca (IC) chega à refratariedade terapêutica, o transplante cardíaco permanece sendo reconhecido como tratamento padrão. Assinale a alternativa que **não** contém uma indicação para a realização de transplante cardíaco.

- a) Arritmia ventricular refratária.
- b) Doença psiquiátrica grave e dependência química.
- c) Doença isquêmica com angina refratária sem possibilidade de revascularização.
- d) IC refratária na dependência de drogas inotrópicas e/ou de suporte circulatório e/ou ventilação mecânica.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)**

**Indicações:** Insuficiência cardíaca (IC) refratária na dependência de drogas inotrópicas e/ou de suporte circulatório e/ou ventilação mecânica; VO<sub>2</sub> pico ≤ 10 ml/Kg/min; doença isquêmica com angina refratária sem possibilidade de revascularização; arritmia ventricular refratária C Classe funcional III/IV persistente; teste da caminhada dos 6 minutos < 300 metros; uso de BB com VO<sub>2</sub> pico ≤ 12 ml/Kg/min; sem uso de BB com VO<sub>2</sub> pico ≤ 14 ml/Kg/min; teste cardiopulmonar com relação VE/VC0<sub>2</sub> > 35 e/ou VO<sub>2</sub> pico ≤ 14 ml/Kg/min; presença de disfunção sistólica isolada C classe funcional III ou IV sem otimização terapêutica.

**Contraindicações Absolutas para Transplante Cardíaco:** resistência vascular pulmonar fixa > 5 Wood, mesmo após provas farmacológicas; doenças cerebrovascular e/ou vascular periférica graves; insuficiência hepática irreversível, doença pulmonar grave, ou doença sistêmica que comprometa o prognóstico incompatibilidade; ABO na prova cruzada prospectiva entre receptor e doador; doença psiquiátrica grave, dependência química e não aderência às recomendações da equipe.

**Fonte: Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica.** Arq Bras Cardiol 2012; 98 (1 supl.1): 1-33. Disponível em <www.cardiol.br>.

**45)** A Coarctação da Aorta (CoAo) é causa de hipertensão arterial sistêmica secundária encontrada especialmente em crianças e adultos jovens, sendo a quarta causa mais frequente de cardiopatia congênita, correspondendo a 7% das doenças cardíacas inatas.

A respeito da Coarctação da Aorta, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) Pode ocorrer em qualquer local da aorta, embora seja mais comum logo após a origem da subclávia esquerda.
- ( ) A ausculta pode revelar sopro sistólico interescapular proveniente do local da coarctação e também sopro sistólico amplo em crescendo-decrescendo em toda a parede torácica por causa da dilatação das artérias intercostais colaterais.
- ( ) O tratamento da CoAo é sempre intervencionista, podendo ser realizado por procedimento endovascular em indivíduos mais jovens ou em crianças, ou cirurgia, nos casos de hipoplasia do arco aórtico e/ou necessidade de ressecção da coarctação.

- a) V – F – F
- b) V – V – V**
- c) V – F – V
- d) F – V – F

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)**

Pode ocorrer em qualquer local da aorta, embora seja mais comum logo após a origem da subclávia esquerda. A ausculta pode revelar sopro sistólico interescapular proveniente do local da coarctação e também sopro sistólico amplo em crescendo-decrescendo em toda a parede torácica por causa da dilatação das artérias intercostais colaterais. O tratamento da CoAo é sempre intervencionista, podendo ser realizado por procedimento endovascular em indivíduos mais jovens ou em crianças, ou cirurgia, nos casos de hipoplasia do arco aórtico e/ou necessidade de ressecção da coarctação.

**Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em <www.cardiol.br>.

**46)** A Insuficiência Cardíaca (IC) afeta aproximadamente 0,004% das parturientes da população geral, e até 12,5% de gestantes portadoras de cardiopatia. Em relação à Insuficiência Cardíaca na gestante, analise as afirmativas a seguir.

- I. Quando a fração de ejeção é inferior a 20%, a mortalidade materna é muito alta e o término da gravidez deve ser avaliado.
- II. Os betabloqueadores são as medicações mais importantes no tratamento da IC na gestante.
- III. A espirolactona pode levar a malformações no primeiro trimestre e deve ser evitada.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s)

- a) I, II e III.**
- b) I, apenas.
- c) II, apenas.
- d) I e III, apenas.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)**

Quando a fração de ejeção é inferior a 20%, a mortalidade materna é muito alta e o término da gravidez deve ser avaliado. Os betabloqueadores são as medicações mais importantes no tratamento da IC na gestante. A espirolactona pode levar a malformações no primeiro trimestre e deve ser evitada.

**Fonte: Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica.** Arq Bras Cardiol 2012; 98 (1 supl.1): 1-33. Disponível em <www.cardiol.br>.

**47)** O tromboembolismo pulmonar apresenta incidência de variação ampla na literatura, em especial em portadores de IC aguda. Com relação ao tromboembolismo pulmonar, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) Entre os sinais e sintomas mais prevalentes estão: dispneia, dor pleurítica e taquipneia.
- ( ) O nível sérico do Peptídeo Natriurético Cerebral (BNP) e das troponinas tem se mostrado correlacional, com risco de complicações e mortalidade nos pacientes com embolia pulmonar, mas não deve ser utilizado como marcador diagnóstico ou discriminador de formas de tratamento.
- ( ) A angiotomografia detecta tromboembolismo pulmonar com alta sensibilidade e especificidade e pode frequentemente sugerir alternativa diagnóstica. A cintilografia pulmonar ventilação/perfusão é o método de imagem mais estabelecido para o diagnóstico, porém com maior proporção de diagnósticos indeterminados e de execução limitada em pacientes instáveis.

- a) F – V – F
- b) V – F – V
- c) V – F – F
- d) V – V – V**



JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Entre os sinais e sintomas mais prevalentes estão: dispneia (80%), dor pleurítica (52%) e taquipneia (70%). O nível sérico do Peptídeo Natriurético Cerebral (BNP) e das troponinas tem se mostrado correlacional, com risco de complicações e mortalidade nos pacientes com embolia pulmonar, mas não deve ser utilizado como marcador diagnóstico ou discriminador de formas de tratamento. A angiotomografia detecta tromboembolismo pulmonar com alta sensibilidade e especificidade e pode frequentemente sugerir alternativa diagnóstica. A cintilografia pulmonar ventilação/perfusão é o método de imagem mais estabelecido para o diagnóstico, porém com maior proporção de diagnósticos indeterminados e de execução limitada em pacientes instáveis.

**Fonte: II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda.** Arq Bras Cardiol. vol. 93, n.3. Supl.3. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009. Disponível em <www.cardiol.br>.

**48)** Os critérios de *Jones*, estabelecidos em 1944, tiveram a sua última modificação em 1992 e continuam sendo considerados o “padrão-ouro” para o diagnóstico do primeiro episódio de febre reumática. Considerando um paciente que apresente altos títulos de anticorpo antistreptolisina O, assinale a alternativa que apresenta uma associação de dados clínicos que possibilitem o diagnóstico de febre reumática segundo os critérios de *Jones*.

- a) Eritema marginado, febre e anorexia.
- b) Febre, artralgia, intervalo PR prolongado no ECG.
- c) Eritema marginado, nódulos subcutâneos e palidez.
- d) Artrite, VHS elevado e aumento de alfa-1-glicoproteína.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A probabilidade de febre reumática é alta quando há evidência de infecção estreptocócica anterior, determinada pela elevação dos títulos da antistreptolisina O (ASLO), além da presença de pelo menos dois critérios maiores ou um critério maior e dois menores, segundo os critérios de *Jones*. São considerados critérios maiores: cardite, artrite, coreia de *Sydenham*, eritema marginado e nódulos subcutâneos. São considerados critérios menores: febre, artralgia, elevação dos reagentes de fase aguda (é importante ressaltar que qualquer combinação das provas laboratoriais de fase aguda deve ser considerada como apenas uma manifestação menor da febre reumática) e o intervalo PR prolongado no ECG.

**Fonte: II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda.** Arq Bras Cardiol. vol. 93, n.3. Supl.3. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009. Disponível em <www.cardiol.br>.

**49)** O tamponamento cardíaco, por se tratar de grave emergência cardiológica, requer rápido diagnóstico e tratamento. Com relação ao tamponamento cardíaco, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) O eletrocardiograma pode mostrar baixa voltagem difusamente e alterações inespecíficas do segmento ST-T. Em casos com grande quantidade de líquido pericárdico, podemos observar alternância elétrica com o complexo QRS exibindo variações da onda R batimento a batimento.
- ( ) Turgência jugular também pode ser constatada, associada à ausculta pulmonar normal e pulso paradoxal.
- ( ) Derrames com comprometimento hemodinâmico podem se apresentar clinicamente com dispneia, sinais de insuficiência cardíaca direita, taquicardia sinusal inexplicada e hipotensão.

- a) V – V – V
- b) F – V – V
- c) F – V – F
- d) V – F – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

O tamponamento cardíaco, por se tratar de grave emergência cardiológica, requer rápido diagnóstico e tratamento. Derrames com comprometimento hemodinâmico podem se apresentar clinicamente com dispneia, sinais de insuficiência cardíaca direita, taquicardia sinusal inexplicada e hipotensão. Turgência jugular também pode ser constatada, associada à ausculta pulmonar normal e pulso paradoxal. Em casos extremos, a despeito de pronunciada taquicardia e outros mecanismos compensatórios, o comprometimento da perfusão pode ser evidenciado clinicamente, com alterações do estado mental e redução do débito urinário. O ECG pode mostrar baixa voltagem difusamente e alterações inespecíficas do segmento ST-T. Em casos com grande quantidade de líquido pericárdico, podemos observar alternância elétrica com o complexo QRS exibindo variações da onda R batimento a batimento.

**Fonte: II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda.** Arq Bras Cardiol. vol. 93, n.3. Supl.3. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009. Disponível em <www.cardiol.br>.

**50)** No Brasil, a doença valvar representa uma significativa parcela das internações por doença cardiovascular. Diferentemente de países mais desenvolvidos, a FR (febre reumática) é a principal etiologia das valvopatias no território brasileiro, responsável por até 70% dos casos. Sobre as valvulopatias, assinale a alternativa que apresenta uma informação **incorreta**.

- a) Na avaliação diagnóstica da Estenose Mitral (EM), o ECG poderá mostrar sobrecarga atrial esquerda nos casos com lesão moderada a importante.
- b) O cateterismo cardíaco, com ou sem estresse, é necessário quando há discrepância entre a clínica e os achados não invasivos no Prolapso da Válvula Mitral (PVM).
- c) A ventriculografia na EM é recomendada para os casos de dupla lesão mitral que apresentem dificuldades na determinação clínicoecocardiográfica do grau de regurgitação valvar.
- d) O diagnóstico definido para Prolapso da Válvula Mitral (PVM) leva em consideração a evidência do deslocamento  $\geq 4\text{mm}$  acima do anulo mitral das cúspides da valva para dentro do átrio esquerdo em observação no plano paraesternal de câmaras esquerdas e em outros planos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O diagnóstico definido para Prolapso da Válvula Mitral (PVM) leva em consideração a evidência do deslocamento  $\geq 2\text{mm}$  e não  $4\text{mm}$  acima do anulo mitral das cúspides da valva para dentro do átrio esquerdo em observação no plano paraesternal de câmaras esquerdas e em outros plano.

Fonte: Diretriz Brasileira de Valvopatias. **I Diretriz Interamericana de Valvopatias – SIAC 2011.** Arq Bras Cardiol 2011; 97 (5 supl.1): 1-67. Disponível em <www.cardiol.br>.

**51)** Uma nova abordagem direcionada para alvos fisiopatológicos tem subdividido a Insuficiência Cardíaca (IC) aguda em modelos de disfunção vascular ou disfunção cardíaca, com apresentações clínicas distintas. Sobre a insuficiência cardíaca aguda, assinale a alternativa que contenha uma informação **incorreta**.

- a) A avaliação pré-operatória da função cardíaca tem se restringido apenas à quantificação da fração de ejeção do VE.
- b) O aumento da pressão arterial promove aumento da impedância e diminuição do relaxamento do VE, o que contribui para agravamento da função diastólica nos portadores de cardiopatia hipertensiva.
- c) A fibrilação atrial afeta aproximadamente 20%-30% dos pacientes com IC aguda e conceitualmente pode resultar na redução da contratilidade e débito cardíaco, com deteriorização da disfunção diastólica e exacerbação da IC aguda.
- d) A intensa ativação neuro-humoral, a partir do aumento do débito cardíaco, conduz ao aumento da reabsorção de sódio e água pelos rins, que ocasiona aumento da volemia e do retorno venoso para o coração direito e esquerdo, levando ao conseqüente aumento das pressões de enchimento do VE.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A intensa ativação neuro-humoral, a partir da diminuição do débito cardíaco, conduz ao aumento da reabsorção de sódio e água pelos rins, que ocasiona aumento da volemia e do retorno venoso para o coração direito e esquerdo, levando ao conseqüente aumento das pressões de enchimento do VE.

Fonte: **II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda.** Arq Bras Cardiol. vol. 93, n.3. Supl.3. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009. Disponível em <www.cardiol.br>

**52)** Inúmeras terapias comprovadamente modificam a evolução de pacientes que se apresentam com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Entretanto, a efetividade da maioria dessas medidas é tempo dependente. Cada vez mais tem sido salientada a importância da identificação rápida e eficiente de pacientes com isquemia miocárdica aguda nos serviços de emergência. Sobre a abordagem inicial do IAM, assinale a alternativa que apresenta uma assertiva **incorreta**.

- a) Em pacientes com angina prévia, a mudança do caráter da dor é um indicador de instabilização.
- b) Por definição, pacientes com síndrome coronária aguda e supradesnível do segmento ST são classificados como de alto risco para eventos, embora exista ainda muita heterogeneidade neste grupo.
- c) O exame eletrocardiográfico deve ser realizado idealmente em até 30 minutos da apresentação à emergência e é o centro do processo decisório inicial em pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio.
- d) A presença de estertores pulmonares, hipotensão arterial sistêmica (pressão arterial sistólica  $< 110\text{mmHg}$ ) e taquicardia sinusal coloca o paciente em maior risco de desenvolver eventos cardíacos nas 72 horas seguintes.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Na verdade, preconiza-se que o exame eletrocardiográfico deve ser realizado idealmente em menos de 10 minutos da apresentação à emergência e não 30 minutos como foi descrito pela alternativa.

**Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST.** Arq Bras Cardiol. 2009;93 (6 supl.2): e179-e264. Disponível em <www.cardiol.br>.

**53)** A história clínica do paciente com Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis (SIMI) sem supradesnível do ST desempenha importante papel na estratificação de risco. A classificação da Angina Instável (AI) mais utilizada é a proposta por *E. Braunwald*. Seu valor prognóstico e terapêutico tem sido validado em numerosos estudos clínicos prospectivos, alcançando por isso alto grau de aceitação. Das alternativas listadas abaixo, assinale aquela que **não** apresenta um fator que se classifica como Risco intermediário na Estratificação de Risco na Angina Instável, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio Supradesnível do Segmento ST.

- a) Angina noturna.
- b) Angina com hipotensão.**
- c) Angina com alterações dinâmicas da onda T.
- d) Angina em repouso ausente no momento da avaliação, mas sem baixa probabilidade de DAC.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A alternativa B, Angina com hipotensão, é um fator de classificação para a categoria de Risco Alto.

**Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST** (II Edição, 2007). Arq. Bras. Cardiol. 2007; 89(4) : e89-e131. Disponível em <www.cardiol.br>.

**54)** Dados de necrópsia têm demonstrado que o ECG não tem sensibilidade e especificidade suficientes para permitir uma diferenciação confiável entre infarto transmural ou subendocárdico, pois pacientes com infartos transmurais podem não desenvolver ondas Q, e estas podem ser vistas em pacientes com achado de autópsia de infarto subendocárdico (não transmural). Entretanto, a categorização de pacientes em grupos com ondas Q e sem ondas Q baseada no ECG é útil, porque os IAM com ondas Q são em geral associados com maior dano miocárdico, maior tendência para expansão e remodelamento do infarto e, conseqüentemente, maior mortalidade. Das alternativas abaixo, assinale aquela que apresenta uma informação **incorreta** sobre um marcador de pior prognóstico para infarto agudo do miocárdio encontrado em um eletrocardiograma.

- a) Fibrilação atrial.
- b) Fibrilação ventricular.**
- c) Bradicardia (frequência cardíaca < 50bpm).
- d) Paciente com taquicardia (frequência acima de 110bpm).

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Paciente com taquicardia (frequência acima de 100 bpm).

**Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST** (II Edição, 2007). Arq. Bras. Cardiol. 2007; 89(4) : e89-e131. Disponível em <www.cardiol.br>.

**55)** A Febre Reumática (FR) e a Cardiopatia Reumática Crônica (CRC) são complicações não supurativas da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A e decorrem de resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas. Essa é uma doença que está frequentemente associada à pobreza e às más condições de vida. Assim, apesar da reconhecida redução da incidência da FR nas últimas décadas nos países desenvolvidos, com conseqüente redução na prevalência da CRC, a FR permanece como um grande problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento.

Sobre a Febre Reumática (FR) e sua precursora, a faringoamigdalite estreptocócica, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) O diagnóstico da febre reumática é clínico, não existindo sinal patognomônico ou exame específico.
- b) A presença de coriza, tosse, rouquidão e conjuntivite sugerem classicamente um quadro de infecção estreptocócica.**
- c) A cultura de orofaringe é o “padrão-ouro” para o diagnóstico da faringoamigdalite estreptocócica e tem sensibilidade entre 90%-95%.
- d) A Artrite Reativa Pós-Estreptocócica (ARPE) afeta todas as faixas etárias, especialmente adultos, com envolvimento de mais de uma articulação, mas não preenche os critérios de Jones para diagnóstico de FR.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A presença de coriza, tosse, rouquidão e conjuntivite sugerem classicamente um quadro de infecção viral.

Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática. Arq Bras Cardiol. 2009;93(3 supl.4):1-18. Disponível em <www.cardiol.br>.

**56)** Um diagnóstico anatômico e funcional preciso é fundamental para o correto manejo das valvopatias. O ponto de partida é a realização de anamnese e exame físico completos, com destaque para a ausculta cardíaca. Sobre o exame físico nas valvulopatias, é **incorreto** afirmar que:

- a) O pulso em martelo d’água pode ser encontrado em pacientes com insuficiência aórtica.
- b) O aumento da onda “v” do pulso venoso jugular é manifestação da insuficiência tricúspide importante.
- c) Hiperemia crônica dos maxilares, associada ou não a telangiectasias, pode ser observada na estenose mitral moderada a grave.
- d) Sopro sistólico em focos do ápice, com alta frequência, configuração em platô, em jato de vapor, é resultado de obstrução pelas válvulas atrioventriculares, característica da estenose mitral e da estenose tricúspide.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A *facies mitralis* é caracterizada pela hiperemia crônica dos maxilares, com ou sem teleangiectasias, justificada pela hipertensão venosa cefálica, geralmente conseqüente à estenose mitral moderada a importante. O pulso com ascenso rápido e alta amplitude, conhecido como martelo d’água ou *Corrigan* (palpado na carótida), é habitual manifestação da insuficiência aórtica importante. O aumento da onda “a” do pulso venoso jugular (idealmente avaliado na jugular interna) pode ser por Estenose Tricúspide (ET) ou HP grave, enquanto o aumento da onda “v” é manifestação de insuficiência Tricúspide Importante. Sopro sistólico em focos do ápice, com alta frequência, configuração em platô, em jato de vapor, caracteriza regurgitação pelas valvas atrioventriculares incompetentes, o que ocorre na insuficiência mitral e insuficiência tricúspide.

Fonte: Diretriz Brasileira de Valvopatias. I Diretriz Interamericana de Valvopatias – SIAC 2011. Arq Bras Cardiol 2011; 97 (5 supl.1): 1-67. Disponível em <www.cardiol.br>.

**57)** A avaliação complementar é fundamental para detectar lesões clínicas ou subclínicas com o objetivo de melhor estratificação do risco cardiovascular do paciente hipertenso. São exames complementares indicados para todos os pacientes hipertensos:

- a) Sódio e potássio séricos.
- b) Creatinina e ácido úrico plasmático.**
- c) Glicemia de jejum e pesquisa de microalbuminúria.
- d) Eletrocardiograma convencional e ecocardiograma.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A avaliação de rotina para o paciente hipertenso inclui: análise de urina, potássio plasmático, creatinina plasmática e estimativa do ritmo de filtração glomerular, glicemia de jejum, colesterol total, HDL e triglicérides plasmáticos, ácido úrico plasmático e eletrocardiograma convencional. Os demais exames são solicitados segundo indicações específicas.

**Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em <www.cardiol.br>.

**58)** A relação entre Fibrilação Atrial (FA) e fenômenos tromboembólicos é bastante conhecida, mesmo em pacientes sem doença cardíaca aparente. São recomendações classe I para a prevenção do trombolismo em pacientes com FA, **exceto**:

- a) AAS 81 a 325mg como substituto dos antagonistas da vitamina K quando essa está contraindicada.
- b) Terapia antitrombótica (RNI entre 2 e 3) por tempo indefinido, exceto na presença de contraindicações.
- c) Anticoagulação oral (RNI entre 2,0 e 3,0) por três semanas antes e quatro semanas após a CV (elétrica ou farmacológica) em todos os pacientes com FA com duração  $\geq$  48 horas ou indeterminada.
- d) **Prevenção primária com antagonista da vitamina K ou AAS 81 a 325mg, em pacientes sem valvopatia e com 1 ou mais dos seguintes fatores de risco: idade entre 60 e 74 anos, sexo feminino ou doença arterial coronária.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A prevenção primária com antagonista da vitamina K ou AAS 81 a 325mg, em pacientes sem valvopatia e com 1 ou mais dos seguintes fatores de risco: idade entre 60 e 74 anos, sexo feminino ou doença arterial coronária, é uma recomendação classe I. As demais recomendações são classe I.

**Fonte: Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial.** Arq Bras Cardiol 2009; 92(6 supl. 1): 1- 39. Disponível em <www.cardiol.br>.

**59)** Quando a insuficiência cardíaca chega à refratariedade terapêutica, o transplante cardíaco permanece sendo reconhecido como tratamento padrão. Alguns critérios de indicações e contraindicações têm sido modificados nos últimos anos. São contraindicações para o transplante cardíaco, **exceto**:

- a) **Cardiomiopatia chagásica.**
- b) Insuficiência hepática irreversível.
- c) Doenças cerebrovasculares graves.
- d) Resistência vascular pulmonar fixa  $>$  5 Wood, mesmo após provas farmacológicas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Diante dos bons resultados de grupos brasileiros com o transplante em cardiomiopatia chagásica, não há contraindicação para pacientes chagásicos. As demais alternativas apresentam contraindicações absolutas para transplante cardíaco.

**Fonte: Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica.** Arq Bras Cardiol 2012; 98 (1 supl.1): 1-33. Disponível em <www.cardiol.br>.

**60)** A morte súbita, responsável por cerca de 20% da mortalidade natural, continua sendo um dos maiores problemas da cardiologia. O arsenal terapêutico utilizado no seu combate inclui os medicamentos antiarrítmicos, a ressecção cirúrgica, a ablação endocárdica por cateter e o implante de dispositivos elétricos: os Cardioversores Desfibriladores Implantáveis (CDIs). São situações possíveis de indicação para implantação de CDIs, **exceto**:

- a) Síndrome de Brugada.
- b) **Cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva.**
- c) Cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito.
- d) Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva é uma doença do miocárdio caracterizada por hipertrofia septal assimétrica que provoca gradiente de pressão no trato de saída do VE63. O aumento deste gradiente está geralmente relacionado à piora dos sintomas e é considerado preditor independente de progressão da síndrome de IC e de mortalidade<sup>64</sup>. Para pacientes que permanecem sintomáticos, apesar do tratamento clínico otimizado, as alternativas terapêuticas atuais são: miectomia septal, ablação percutânea septal e o implante de marcapasso definitivo dupla câmara. As demais alternativas contemplam situações clínicas nas quais o uso de CDI pode estar indicado.

**Fonte: Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI).** Arq Bras Cardiol 2007; 89 (6): e210-e238. Disponível em <www.cardiol.br>.