

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

CARGO 13: MÉDICO

Prova Discursiva

Aplicação: 12/4/2026

PADRÃO DE RESPOSTA DEFINITIVO

Existe relação entre a hipertensão arterial previamente relatada e a arritmia apresentada pelo paciente. A hipertensão arterial sistêmica, um dos principais fatores de risco para fibrilação atrial (FA), aumenta o risco da arritmia em 20% a 50%, sendo responsável por cerca de 14% dos casos. Mesmo valores levemente maiores de pressão arterial sistêmica (entre 130 mmHg e 139 mmHg) e o aumento da pressão de pulso estão associados a maior probabilidade de FA, com elevação de aproximadamente 26% no risco para cada aumento de 20 mmHg na pressão sistólica. Por outro lado, o controle rigoroso da pressão arterial é fundamental, pois o tratamento eficaz da hipertensão e a redução da hipertrofia ventricular esquerda diminuem a incidência e as recorrências da arritmia. Evidências do estudo SPRINT demonstram que metas mais intensivas de pressão arterial sistêmica (PAS < 120 mmHg) reduzem significativamente o risco de FA, sendo o eletrocardiograma útil para monitorar a regressão da hipertrofia ventricular esquerda por critérios como Sokolow e Cornell. **Fisiopatológica: remodelamento atrial, disfunção diastólica, estiramento miocárdico, microreentrada.**

A abordagem terapêutica imediata adequada ao paciente consiste no controle da frequência cardíaca com ~~metoprolol, esmolol, beta-bloqueadores~~ ou diltiazem, e ~~intravenosos~~ associados à anticoagulação por, no mínimo, 3 semanas, com anticoagulantes antagonistas da vitamina K (AVK) ou anticoagulantes orais de ação direta (ACOD); **OU** uso do ecotransesofágico (ETE), recomendado como alternativa à anticoagulação oral prévia de 3 semanas para cardioversão elétrica (CVE) ou cardioversão química (CVQ). Nesse caso, na ausência de trombos, a cardioversão pode ser realizada após anticoagulação com heparina (endovenosa em *bolus* ou subcutânea) ou ACOD. Os betabloqueadores, antiarrítmicos de classe II, segundo a classificação de Vaughan-Williams, são os agentes preferenciais utilizados para o controle de FC, tanto na fase aguda quanto no acompanhamento ambulatorial. Entretanto, uma metanálise comparativa recente aponta para resultados mais efetivos com diltiazem do que com metoprolol no controle agudo da FC. Logo, as duas classes são válidas.

As medidas terapêuticas a serem adotadas no curto prazo (até 30 dias) são: manutenção do controle da FC com metoprolol, esmolol, diltiazem, por via oral, anticoagulação por, no mínimo 3 semanas, com AVK ou ADOC, e cardioversão elétrica (CVE).

~~**Observação:** eventual menção à cardioversão química (CQ) não será pontuada, pois os antiarrítmicos podem acarretar efeitos adversos graves, como a *torsades de pointes*, especialmente em pacientes idosos, com múltiplas comorbidades e alterações eletrolíticas (hipocalcemia); além disso, sua eficácia na reversão da FA é relativamente pequena em comparação ao placebo, em parte porque a reversão espontânea dessa arritmia é alta, especialmente nas formas paroxísticas; em recente ensaio clínico randomizado, a conduta expectante (apenas controle da FC e cardioversão, se necessário, em 48 horas) foi equivalente à cardioversão imediata em pacientes com FA paroxística; essa estratégia pode ser considerada em pacientes com FA de início recente, embora seja de difícil aplicação; as drogas disponíveis no Brasil para a CQ se restringem à amiodarona e à propafenona.~~

O uso do anticoagulante é recomendado por, no mínimo, 4 semanas após a CVE em todos os pacientes independentemente do escore CHA2 DS2 -VA. O uso indefinidamente deve ser baseado no perfil de risco do paciente. Nesse caso: idade ≥ 75 anos = 2 pontos; hipertensão arterial = 1 ponto; total = 3 pontos.

Essa pontuação corresponde a um risco tromboembólico elevado, indicando recomendação de anticoagulação oral na ausência de contraindicações. Considerado risco HAS-BLED de dois pontos. Em uma revisão sistemática com 38 estudos, o escore HAS-BLED apresentou melhor evidência na predição de risco de sangramento. Valores ≥ 3 indicam alto risco, mas não constituem contraindicação à terapia anticoagulante.

Portanto, o risco-benefício é favorável à anticoagulação definitiva no paciente em questão. Essa deverá ser realizada preferencialmente com os ADOCs. Eles apresentam ação de início rápido, menor interação medicamentosa, menor necessidade de monitorização laboratorial e menor risco de hemorragia intracraniana, quando comparados à varfarina.

QUESITOS AVALIADOS

Quesito 2.1 – Associação entre a hipertensão arterial e a arritmia

Conceito 0 – Não respondeu ou respondeu que não há relação entre a hipertensão arterial previamente relatada e a arritmia apresentada pelo paciente.

Conceito 1 – Respondeu que há relação, mas não justificou ou o fez incorretamente.

Conceito 2 – Explicou apenas que o aumento da PA aumenta o risco ou que o controle da PA reduz o risco.

Conceito 3 – Explicou, corretamente, que o aumento da PA aumenta o risco e que o controle da PA reduz o risco.

Quesito 2.2 – Abordagem terapêutica imediata

Conceito 0 – Não respondeu ou respondeu incorretamente.

Conceito 1 – Abordou, de forma correta e completa, apenas um dos seguintes aspectos: (i) controle da FC; (ii) anticoagulação; (iii) fármaco para controle da FC e via de administração; e (iv) fármaco para anticoagulação e via de administração, bem como equivalente ETE + heparina + CVE ou CVQ.

Conceito 2 – Abordou, de forma correta e completa, apenas dois dos aspectos enumerados.

Conceito 3 – Abordou, de forma correta e completa, apenas três dos aspectos enumerados.

Conceito 4 – Abordou, de forma correta e completa, todos os aspectos enumerados.

Quesito 2.3 – Medidas terapêuticas no curto prazo

Conceito 0 – Não respondeu ou respondeu incorretamente.

Conceito 1 – Abordou, de forma correta e completa, apenas um dos seguintes aspectos: (i) manutenção do controle da FC com metoprolol, esmolol, diltiazem, por via oral; (ii) anticoagulação por, no mínimo 3 semanas, com AVK ou ADOC; e (iii) cardioversão elétrica (CVE).

Conceito 2 – Abordou, de forma correta e completa, apenas dois dos aspectos enumerados.

Conceito 3 – Abordou, de forma correta e completa, todos os aspectos enumerados.

Quesito 2.4 – Estratégia de tratamento definitivo

Conceito 0 – Não respondeu ou respondeu incorretamente.

Conceito 1 – Decidiu pela anticoagulação definitivamente com AVK.

Conceito 2 – Decidiu pela anticoagulação definitivamente com ADOC, sem apresentar a devida justificativa clínica.

Conceito 3 – Decidiu pela anticoagulação definitivamente com ADOC, utilizando corretamente apenas o escore CHA2 DS2-VA ou o escore HAS-BLED.

Conceito 4 – Decidiu pela anticoagulação definitivamente com ADOC, utilizando corretamente o escore CHA2 DS2-VA e o escore HAS-BLED, afirmando que o benefício compensa o risco.