

-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --

Acerca dos métodos diagnósticos disponíveis em cardiologia e suas inovações, julgue os itens a seguir.

- 51** A ressonância magnética cardíaca está indicada em caso de cardiomiopatia chagásica para pesquisa de fibrose miocárdica e estratificação de risco de taquicardia ventricular potencialmente fatal.
- 52** A detecção de infiltração gordurosa do ventrículo direito pela ressonância magnética cardíaca é o padrão-ouro para o diagnóstico de cardiomiopatia arritmogênica do VD, substituindo os critérios diagnósticos tradicionais como os critérios de Pádua.
- 53** A angiotomografia de coronárias, método diagnóstico de doença arterial coronariana, utiliza radiação ionizante e baixo volume de contraste iodado, sendo necessária a sincronização com o eletrocardiograma para a aquisição das imagens, enquanto a obtenção do escore de cálcio coronariano, utilizado para a estratificação de risco cardiovascular, pode ser realizada sem contraste.
- 54** Utilizando-se a angiotomografia de coronárias, é possível avaliar a doença arterial coronariana de forma funcional por meio da reserva de fluxo fracionado (FFR), sendo esse método uma alternativa não invasiva para a avaliação da significância funcional de lesões coronarianas intermediárias à FFR invasiva obtida durante cateterismo cardíaco.
- 55** Em caso de avaliação seriada do escore de cálcio coronariano, deve-se considerar que o tratamento com estatinas e a atividade física regular podem interferir no processo de progressão da aterosclerose com a redução da calcificação coronariana.

Julgue os itens que se seguem, relativos a doença do nó sinusal (DNS) e seu manejo.

- 56** A fibrose degenerativa idiopática é a causa mais comum de DNS, sendo mais prevalente do que as causas isquêmicas.
- 57** A DNS é a indicação mais comum para implante de marca-passo definitivo, sendo caracterizada por bradicardia sinusal, bloqueio sinoatrial e síndrome bradi-taqui.
- 58** A estimulação cardíaca artificial por marca-passo definitivo aumenta a sobrevida dos pacientes com DNS em relação à população em geral.
- 59** Pacientes com DNS devem ser submetidos a estudo eletrofisiológico invasivo, sempre que disponível, para a avaliação do tempo de recuperação do nó sinusal (TRNS) para determinar a necessidade de implante de marca-passo.
- 60** Em pacientes com DNS e condução atrioventricular preservada, o modo de estimulação preferencial é AAI ou DDDR, com o objetivo de minimizar a estimulação ventricular.

Quanto a cardiomiopatia chagásica crônica (CCC), seu diagnóstico e suas complicações, julgue os itens subsequentes.

- 61** Em pacientes com CCC e bloqueio atrioventricular total (BAVT), a ausculta cardíaca pode revelar dissociação entre os sons da primeira bulha (B1) e o pulso carotídeo, além da presença de sons de B1 variáveis em intensidade.
- 62** O bloqueio de ramo direito (BRD) associado ao bloqueio divisional anterossuperior esquerdo (BDASE) é um achado patognomônico na CCC.
- 63** Em pacientes com sorologia positiva para Chagas, a simples palpação do precórdio no exame físico evidenciando o *ictus cordis* desviado para a esquerda e para baixo sugere a presença de CCC.
- 64** A dispersão da onda T (DT) no ECG, que reflete a heterogeneidade da repolarização ventricular, é um marcador prognóstico importante na CCC: valores elevados de DT indicam maior risco de arritmias ventriculares e morte súbita.

Julgue os próximos itens, com relação à insuficiência cardíaca avançada.

- 65** O vericiguat é uma nova molécula que age suprindo o déficit de produção de GMP cíclico pela estimulação da guanilato ciclase e com potencial de redução de mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca avançada de fração de ejeção reduzida.
- 66** A avaliação molecular genética de rotina deve ser solicitada para pacientes com insuficiência cardíaca avançada.
- 67** Os dispositivos de assistência ventricular (DAV) de longa permanência são indicados para pacientes com insuficiência cardíaca avançada que não são elegíveis para transplante cardíaco, mas também podem ser utilizados como ponte para o transplante cardíaco, mantendo o paciente estável até que um coração doador esteja disponível.
- 68** A digoxina, um digitálico, pode ser utilizada em pacientes com insuficiência para aumentar a contratilidade miocárdica e controlar a frequência cardíaca em casos de fibrilação atrial.

No que se refere a hipertensão arterial sistêmica (HAS), julgue os itens a seguir.

- 69** A hipertensão arterial refratária é o fenótipo extremo da HAS resistente, sendo mais comumente encontrada em pacientes idosos do sexo masculino.
- 70** Na investigação diagnóstica de HAS secundária à doença renovascular, a cintilografia renal com DTPA-Tc-99m (ácido triamino dietileno pentacético marcado com tecnécio-99) e captopril tem baixa sensibilidade e especificidade em pacientes com estenose arterial renal bilateral e função renal comprometida.
- 71** A disfunção endotelial, no cenário de HAS crônica, está relacionada a uma combinação de lesão direta mediada pelo aumento da pressão arterial e pelo aumento de mediadores inflamatórios e do estresse oxidativo.
- 72** O eletrocardiograma convencional (ECG de repouso) não se inclui entre os exames subsidiários básicos que devem ser solicitados de rotina ao paciente com HAS.
- 73** Um dos efeitos colaterais que podem ser observados com o uso de diuréticos tiazídicos, apesar de mais raramente, é a hipertrofia gengival, que pode ocasionar dor e dificuldade de mastigação.
- 74** O diagnóstico de hipertensão arterial resistente é dado quando não se consegue obter o controle adequado da pressão arterial, mesmo utilizando-se terapia tripla otimizada com um dos medicamentos sendo um diurético.

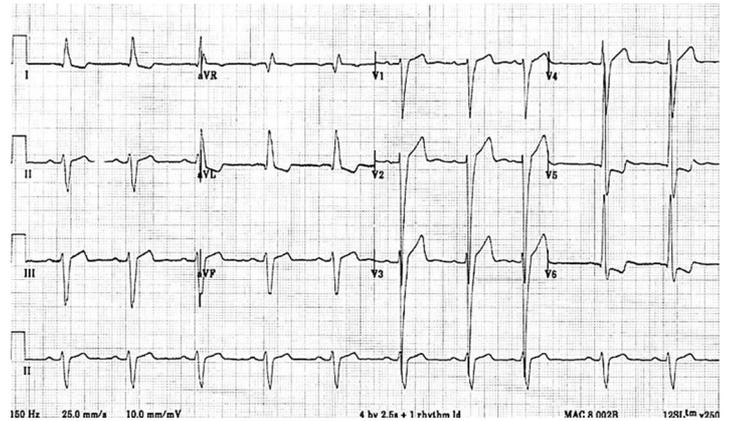
Em relação a doenças que acometem as valvas cardíacas e aparelho valvar, julgue os próximos itens.

- 75** A sobrevida livre de eventos do paciente portador de prolapso de valva mitral é neutramente afetada se o grau de regurgitação for moderado.
- 76** Recomenda-se a realização da profilaxia primária da febre reumática, ao se considerar o tratamento por via oral, com amoxicilina na dose 875 mg de 12 em 12 h durante, pelo menos, 10 dias para pacientes adultos não alérgicos à penicilina.
- 77** Para pacientes portadores de estenose valvar aórtica importante sem sintomas e com fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada e sem outros fatores complicadores, recomenda-se o seguimento ambulatorial de 6 em 6 meses, até o surgimento de sintomas ou complicadores, para indicação de intervenção cirúrgica.
- 78** No exame clínico de pacientes portadores de estenose valvar mitral, quanto maior a gravidade da estenose valvar, mais tardio é o estalido de abertura.
- 79** A embolização é a principal complicação da endocardite infecciosa de valvas nativas.
- 80** A endocardite infecciosa relacionada à TAVI (implante de prótese valvar por técnica transcáteter) é mais difícil de ser diagnosticada e tem um prognóstico desfavorável.

Em relação à síndrome coronariana aguda, julgue os itens subsequentes.

- 81** A presença de bloqueio de ramo direito ao eletrocardiograma de admissão, no paciente com manifestações clínicas características de síndrome coronariana aguda, traz dificuldades para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, mas está relacionada a um infarto de melhor prognóstico.
- 82** No tratamento dos pacientes internados com síndrome coronariana aguda, o uso rotineiro de oxigênio inalatório, naqueles sem hipoxemia demonstrada (saturação de O₂ menor que 90%), não foi associado à redução de mortalidade ou outros desfechos cardiovasculares.
- 83** A elevação de marcador do tipo troponina T é específica para lesão miocárdica, enquanto a elevação de troponina I pode ocorrer também em lesão de músculos esqueléticos.
- 84** Mesmo sem haver quadro clínico de isquemia miocárdica, a elevação de troponina pode indicar lesão miocárdica aguda caso o padrão dessa elevação seja uma curva.
- 85** Segundo as atuais classificações clínicas do infarto do miocárdio (IM), se ele for causado por doença arterial coronariana (DAC) aterotrombótica e usualmente precipitada pela rotura ou erosão de uma placa aterosclerótica, é então designado como IM tipo 2.
- 86** Em caso de suspeita de quadro de infarto agudo do miocárdio levado à cineangiocoronariografia com constatação de obstrução coronariana menor que 50% (doença aterosclerótica coronariana não obstrutiva), não está afastada a causa aterotrombótica.

Um paciente de 62 anos de idade compareceu ao ambulatório com quadro de precordialgia opressiva ao subir as escadas de sua casa ou andar rapidamente no plano, com alívio ao repouso após seis minutos, havia seis meses. Ele apresentava dislipidemia e hipertensão, tratadas atualmente com sinvastatina 20 mg, anlodipino 10 mg, enalapril 20 mg e hidroclorotiazida 25 mg. Negava outros problemas de saúde ou história familiar de doença arterial coronária (DAC). O exame físico e os exames laboratoriais de rotina não revelaram anormalidades significativas. O ECG do paciente é apresentado a seguir.



Considerando o caso clínico apresentado e as diretrizes sobre síndromes coronarianas crônicas da Sociedade Europeia de Cardiologia de 2024, julgue os itens a seguir.

- 87** A ranolazina deve ser administrada como primeira escolha para reduzir os episódios de angina e melhorar a tolerância ao exercício.
- 88** Uma estenose aterosclerótica fixa, focal e limitante de fluxo de uma artéria coronária epicárdica é uma condição essencial para justificar esse quadro clínico.
- 89** A angiotomografia computadorizada coronariana está recomendada para confirmar o diagnóstico e estimar o risco futuro de eventos cardiovasculares.
- 90** Em se confirmando a presença de DAC, o exercício resistido somado ao treinamento aeróbico está associado à redução de eventos cardiovasculares e mortalidade por todas as causas.
- 91** Caso a angiografia coronariana invasiva seja indicada, recomenda-se realizar o fluxo fracionado de reserva miocárdica para avaliar a gravidade funcional das estenoses antes da revascularização.

Espaço livre

Uma paciente de 64 anos de idade foi admitida com quadro de dor torácica ao repouso havia quatro horas. Queixava-se de dor torácica em peso, de forte intensidade e com irradiação para mandíbula, após receber a notícia do acidente automobilístico fatal do seu filho. Relatava transtorno de pânico em tratamento regular. Negava consumo de cocaína, álcool e de outras substâncias ilícitas ou comorbidades ou história recente de síndrome gripal. Ao exame físico, apresentava-se hemodinamicamente normal, sem diferenças de pulsos ou outras alterações cardiovasculares e respiratórias relevantes. O ECG da admissão revelou elevação do segmento ST na parede anterior. A radiografia de tórax nas incidências anteroposterior e perfil não revelou alterações. A dosagem da troponina T cardíaca ultrasensível (cTnT) foi de 0,13 ng/mL (VR<0,014 ng/mL). Ela foi submetida a cateterismo cardíaco, o qual mostrou artérias coronárias isentas de aterosclerose obstrutiva, e a ventriculografia esquerda denotou hipocinesia anterior e apical com hipercinesia em segmentos basais, conferindo o aspecto de balão apical.

Diante desse caso clínico hipotético, julgue os itens seguintes.

- 92** O vasoespasmismo coronariano, decorrente da disfunção vasomotora relacionada à deficiência de estrogênio, é o principal fator causal na patogênese dessa condição.
- 93** Presume-se encontrar, nesse caso, realce tardio à ressonância magnética cardíaca com administração de contraste de gadolínio.
- 94** Após 24 horas, espera-se inversão profunda e simétrica da onda T, circunscrita às derivações precordiais, e sem alteração do intervalo QTc.
- 95** A inversão da onda T encontrada nessa patologia se correlaciona com o edema miocárdico, podendo persistir além da recuperação contrátil ventricular.

Uma paciente de 26 anos de idade com 10 semanas de gravidez procurou o cardiologista desejando orientações para prevenir complicações gestacionais. Ela referiu que na sua primeira e única gestação apresentou pré-eclâmpsia (PE) e parto prematuro, havia dois anos. Ela relatou nadar quatro vezes na semana e negou sintomas. O exame físico e os exames complementares de rotina estavam normais.

Com relação a esse caso hipotético, julgue os itens subsequentes, considerando o Posicionamento sobre a Saúde Cardiovascular nas Mulheres da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2022.

- 96** Ainda que a pressão permaneça normal durante a gestação, ela deverá manter o acompanhamento médico regularmente após a gravidez, devido ao aumento do seu risco cardiovascular no futuro, notadamente após a menopausa.
- 97** Recomenda-se a reposição de magnésio, ácido fólico e a restrição de sódio como medidas não farmacológicas preventivas.
- 98** Ela deverá receber ácido acetilsalicílico entre 12 e 16 semanas de gravidez nas doses diárias entre 75 mg e 150 mg com vistas a reduzir o risco de PE.

Um jovem de 22 anos de idade, previamente saudável, foi atendido de urgência por coriza, mialgia, tosse improdutiva e febre baixa havia quatro dias, quando recebeu apenas dipirona. Hoje, ele procurou novamente a emergência com dispneia ao repouso e fadiga. Observou-se frequência cardíaca de 124 bpm, pressão arterial de 76 mmHg × 60 mmHg, extremidades frias e turgência de jugular a 45°. Observou-se terceira bulha e sopro sistólico de +/4+ no foco mitral à ausculta. O ecocardiograma transtorácico revelou um ventrículo esquerdo de dimensões normais com uma fração de ejeção de 30% e regurgitação mitral leve. A biópsia endomocárdica mostrou miocardite linfocítica.

Tendo como referência o caso clínico precedente e a Diretriz de Miocardites da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2022, julgue os itens que se seguem.

- 99** Recomenda-se o cardiodesfibrilador implantável antes da alta hospitalar caso persista a disfunção ventricular a despeito do tratamento otimizado.
- 100** Está indicada a pulsoterapia com corticosteroide associada a ciclofosfamida.
- 101** Em caso de insucesso imediato no tratamento com fármacos vasoativos e acerto volêmico, recomenda-se o suporte hemodinâmico com assistência circulatória.

Um paciente de 19 anos de idade foi encaminhado para atendimento devido à hipertensão arterial (HA) de estágio 3. Ele estava em uso regular de anlodipino 10 mg, enalapril 20 mg e hidroclorotiazida 25 mg havia seis meses. Ele apenas referia fadiga muscular após a realização de exercício físico aeróbio. Os antecedentes pessoais eram irrelevantes e não havia história familiar de HA. O exame físico revelou pressão arterial de 154 mmHg × 102 mmHg, sopro mesosistólico aórtico grau II/VI com irradiação para região interescapular esquerda. Os pulsos femurais eram de baixa amplitude.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens seguintes.

- 102** Recomenda-se a angioressonância magnética da aorta torácica visando-se à confirmação diagnóstica.
- 103** A valva aórtica bicúspide frequentemente coexiste nessas circunstâncias.

Com relação a pericardite aguda, julgue os itens a seguir.

- 104** Na suspeita clínica de pericardite purulenta ou tuberculosa, tamponamento cardíaco ou derrame pericárdico maior que 20 mm na diástole está indicada a pericardiocentese.
- 105** Conceitualmente, com relação ao tempo de evolução, considera-se pericardite aguda a inflamação do pericárdio até duas semanas.
- 106** O ECG tem pouca validade para fins diagnósticos, estando alterado apenas em pouco mais de 10% dos casos.
- 107** O maior número de casos é no público mais jovem e geralmente é autolimitada, evoluindo sem maiores complicações, como, por exemplo, tamponamento cardíaco.

Sabendo que na pericardite constritiva ocorre uma calcificação ou fibrose nas membranas do pericárdio, o que termina acarretando um prejuízo no processo de elasticidade do coração e uma redução no volume sistólico e débito cardíaco, julgue os itens que se seguem.

- 108** Pode ser classificada em três subtipos: pericardite constritiva transitória (PCT), pericardite constritiva crônica (PCC) e pericardite constritiva efusiva (PCE).
- 109** Com relação ao processo de investigação diagnóstica, o ecocardiograma é o exame padrão-ouro, sendo a avaliação de imagem por tomografia computadorizada ou ressonância de pouca utilidade.
- 110** Em sua fisiopatologia, há maior acometimento de calcificações do pericárdio visceral, o que provoca inelasticidade e restrição do enchimento diastólico ventricular.

A dissecação da aorta é uma condição clínica grave cujos diagnóstico acurado e tratamento precoce são essenciais para a sobrevivência dos pacientes. Acerca dessa patologia, julgue os próximos itens.

- 111** De maneira geral, o sintoma mais comum é a presença de dor torácica anterior, severa, de início súbito, descrita como rasgando ou em facada, condição que requer procura de assistência médica imediata.
- 112** O manejo clínico-farmacológico da dissecação aguda da aorta é baseado no controle da dor com morfina e no controle da frequência cardíaca e da pressão arterial, inicialmente com beta-bloqueadores, seguida de vasodilatadores intravenosos, se necessário.
- 113** Classicamente pode ser definida como a delaminação da camada média da aorta ocasionada pelo influxo de sangue através de um orifício de entrada na camada íntima, podendo acontecer dissecações atípicas por outras condições, como hematoma intramural e úlcera penetrante da aorta.
- 114** Ateromatose aórtica é o principal fator de predisposição para sua dissecação aguda.

A respeito da cardiopatia grave no âmbito médico-pericial, julgue os seguintes itens.

- 115** O critério adotado para classificação das cardiopatias de acordo com a capacidade funcional do coração segue a NYHA (New York Heart Association) com classes de I a V.
- 116** Trata-se de toda enfermidade, de caráter provisório ou permanente, que consegue reduzir a capacidade funcional cardíaca a ponto de acarretar alto risco de morte prematura ou impedir o indivíduo de exercer definitivamente suas atividades, apesar de tratamento instituído.

De acordo com a OMS, a hipertensão pulmonar (HP) é classificada em 5 grupos: 1 – HP primária; 2 – HP por doença cardíaca esquerda; 3 – HP associada a doença pulmonar ou hipóxia; 4 – HP associada a obstrução arterial pulmonar; 5 – HP multifatorial ou de fator não identificado. Acerca desse assunto, julgue os itens a seguir.

- 117** Para pacientes com HAP do grupo 1, hereditário ou provocado por medicamentos, o teste de vasorreatividade deve ser feito durante o cateterismo cardíaco direito diagnóstico, servindo, em caso de resposta positiva, para selecionar os pacientes que devem receber tratamento com bloqueadores de canais de cálcio de ação prolongada.
- 118** Dos cinco grupos citados, o grupo mais comumente encontrado é o grupo 1 da HP primária, sendo a causa idiopática a mais encontrada.
- 119** A imunização contra SARS-CoV-2 não deve ser indicada para esse grupo de pacientes, devido ao aumento do risco de miocardite.
- 120** O ecocardiograma transtorácico é um bom exame inicial na suspeita de HP, possibilitando direcionar os pacientes que devem realizar cateterismo cardíaco direito, que confirmará o diagnóstico em caso de obtenção da pressão arterial pulmonar média (PAPm) em repouso e posição supina maior ou igual a 10 mmHg.

Espaço livre