

INSCRIÇÃO	TURMA	NOME DO CANDIDATO
-----------	-------	-------------------

ASSINO DECLARANDO QUE LI E COMPREENDI AS INSTRUÇÕES ABAIXO:	ORDEM
---	-------

102 – Cardiologia
Áreas com Pré-Requisito

INSTRUÇÕES

- Confira, acima, o seu número de inscrição, turma e nome. Assine no local indicado.
- Aguarde autorização para abrir o caderno de prova. **Antes de iniciar a prova**, confira a numeração de todas as páginas.
- Esta prova é composta de 50 questões objetivas de múltipla escolha, com 5 alternativas cada uma, sempre na sequência **a, b, c, d, e**, das quais somente uma deve ser assinalada.
- A interpretação das questões é parte do processo de avaliação, não sendo permitidas perguntas aos aplicadores de prova.
- Ao receber o cartão-resposta, examine-o e verifique se o nome nele impresso corresponde ao seu. Caso haja irregularidade, comunique-a imediatamente ao aplicador de prova.
- O cartão-resposta deverá ser preenchido com caneta esferográfica de tinta preta, tendo-se o cuidado de não ultrapassar o limite do espaço para cada marcação.
- Terá sua prova anulada e será automaticamente desclassificado do Processo Seletivo o candidato que:**
 - retirar-se da sala de prova antes de decorrida uma hora e trinta minutos do início da prova;
 - recusar-se a entregar o material de prova ao término do tempo destinado para a sua realização (após decorridas 2 horas e 30 minutos do início da prova, será permitido ao candidato levar consigo somente o caderno de prova);
 - afastar-se da sala durante a realização da prova portando o material de prova;
 - ausentar-se do recinto durante a realização da prova sem o acompanhamento de membro da equipe de aplicação do Processo Seletivo;
 - retirar-se definitivamente da sala de prova em desacordo com o item 7.15 do edital (os três últimos candidatos de cada turma só poderão se retirar da sala de prova simultaneamente);
 - faltar com o devido respeito para com qualquer membro da equipe de aplicação da prova, autoridades presentes ou outro candidato;
 - praticar atos contra as normas ou a disciplina ou que gerem desconforto durante a aplicação da prova;
 - for surpreendido sem o correto uso de máscara (boca e nariz cobertos) durante o período de aplicação da prova;
 - realizar anotação de informações relativas às suas respostas em qualquer outro meio que não o permitido;
 - descumprir as instruções contidas no caderno de prova e no cartão-resposta;
 - utilizar meios fraudulentos ou ilegais para obter para si ou para terceiros a aprovação no Processo Seletivo;
 - for surpreendido em comunicação com outro candidato ou terceiros, verbalmente, por escrito ou por qualquer outro meio de comunicação;
 - deixar de cumprir instruções/determinações do aplicador de prova ou inspetor;
 - não permitir a coleta de sua assinatura;
 - não se submeter ao sistema de detecção de metal.
- Ao concluir a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao aplicador de prova. Aguarde autorização para entregar o material de prova.
- Se desejar, anote as respostas no quadro disponível no verso desta folha, recorte na linha indicada e leve-o consigo.
- Após sair definitivamente da sala de prova, dirija-se imediatamente ao portão de saída e retire-se do local de prova, sob pena de ser excluído do Processo Seletivo.

DURAÇÃO DESTA PROVA: 4 HORAS



.....

RESPOSTAS

01 -	06 -	11 -	16 -	21 -	26 -	31 -	36 -	41 -	46 -
02 -	07 -	12 -	17 -	22 -	27 -	32 -	37 -	42 -	47 -
03 -	08 -	13 -	18 -	23 -	28 -	33 -	38 -	43 -	48 -
04 -	09 -	14 -	19 -	24 -	29 -	34 -	39 -	44 -	49 -
05 -	10 -	15 -	20 -	25 -	30 -	35 -	40 -	45 -	50 -

01 - Para um melhor entendimento da hipertensão arterial, deve-se conhecer as condições básicas de definição, fatores de risco e diagnóstico para a doença hipertensiva. Conforme a Diretriz de Hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020, é correto afirmar:

- a) A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento estão abaixo do esperado para superar os riscos.
- ▶ b) A hipertensão arterial é uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais.
- c) O ponto inicial para o diagnóstico da hipertensão arterial é o achado clínico persistente da PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e PA diastólica maior ou igual que 90 mmHg nas medidas de consultório e fora do consultório.
- d) A validação das medidas pressóricas por meio de avaliação da PA fora do consultório é recomendada especialmente em pacientes com hipertensão arterial grau III como parte dos exames feitos na avaliação inicial.
- e) A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) está classificada como técnica de medidas da PA de consultório, já a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) ou a automedida da pressão arterial (AMPA) são reconhecidas como medidas fora do consultório.

02 - Para buscar o controle pressórico e escolher a melhor abordagem de tratamento, é bastante importante identificar quais fatores de risco estão presentes em um paciente com o diagnóstico de hipertensão arterial. Quanto aos fatores de risco para a hipertensão arterial, conforme a Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020, é correto afirmar:

- ▶ a) Os fatores genéticos podem influenciar os níveis de PA entre 30-50%.
- b) Idade acima de 60 anos é fator de risco, sendo que em torno de 80% da população acima dessa faixa etária apresentam hipertensão arterial.
- c) A pressão arterial é mais elevada entre homens em faixas etárias tanto mais jovens quanto mais idosas.
- d) Dados do Vigitel 2018 mostraram que, em nosso país, houve uma diferença significativa entre negros e brancos no que diz respeito à prevalência de hipertensão arterial (34,9% versus 24,2%).
- e) A ingestão média de sal no Brasil para homens e mulheres é considerada elevada para os padrões recomendados e a de potássio, embora seja igual numericamente à ingesta de sódio. está abaixo do que seria o recomendado para ambos os sexos.

03 - Em grupos identificados como de maior risco de desenvolver a doença hipertensiva, deve-se atuar firmemente na prevenção primária dessa doença. Quanto à prevenção primária de eventos CV e melhor controle da hipertensão arterial, conforme a Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020, é correto afirmar:

- a) A obesidade geral foi associada ao aumento do risco de hipertensão arterial, mas não a obesidade abdominal.
- b) A comparação entre consumo parcimonioso de frutas, verduras, legumes, cereais, leite e derivados e menor quantidade de gordura e sal com a dieta de jejum intermitente mostra uma redução comparativamente inferior da PAS (+2,32 a +9,73 mmHg) e PAD (+1,27 a +4,85 mmHg).
- ▶ c) A restrição de sódio de 1,75 g de sódio por dia (4,4 g de sal/dia) mostrou ter um efeito redutor da PA e está associada a uma redução média de 4,2 e 2,1 mmHg na PAS e na PAD, respectivamente.
- d) A suplementação de potássio é uma alternativa de baixa segura, tem importantes efeitos adversos, sem impacto significativo na PA e não deve ser recomendada para a prevenção do aparecimento da HA.
- e) As suplementações de magnésio, vitaminas combinadas, chá e coenzima Q10 demonstraram uma redução significativa da pressão arterial.

04 - Estratégias para mudança de estilo de vida são fundamentais no cuidado ao paciente hipertenso. Com relação às melhores evidências do impacto das estratégias de mudança de estilo de vida na hipertensão arterial, conforme a Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020, é correto afirmar:

- a) Em pacientes hipertensos obesos ao alcançar peso ideal é esperada uma diminuição de 5 mmHg por cada quilo de peso perdido.
- b) Dieta rica em frutas, vegetais, grãos e baixo teor de gordura com a redução da ingesta de gordura saturada e trans pode trazer uma queda de pressão até 10 mmHg na pressão média.
- c) Os exercício de handgrip (preensão de mão) unilateral ou 1 perna, 4 séries, 2 min de contração isométrica, 30% da contração voluntária máximo (CVM), 2-3 min de pausa entre as séries têm mínimo impacto na redução da pressão arterial.
- d) Redução da ingesta de sódio considerada ideal é < 2 g ou pelo menos redução de 1,0 g/dia; isto traz um impacto de 6 a 9 mmHg de redução da pressão sistólica.
- ▶ e) O consumo de bebidas alcoólicas deve ser recomendado para quem usa álcool (homens ≤ 2 drinques e mulheres ≤ 1 drinque); esta estratégia pode contribuir na redução da pressão arterial sistólica em 4 a 5 mmHg.

05 - Em contraste com a HA primária, diversas formas secundárias de hipertensão arterial são causadas por mutação em um gene único (HA monogênica), de herança familiar. Quanto a esse tipo de hipertensão, conforme a Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020, é correto afirmar:

- a) Síndrome de Liddle apresenta modo de herança autossômica recessiva ligado, e os genes envolvidos são os SCNN1B e SCNN1G.
- b) Hiperplasia adrenal congênita apresenta modo de herança autossômica recessiva ligado ao gene envolvido é o CYP11C4.
- c) Hiperplasia adrenal congênita apresenta modo de herança autossômica dominante ligado ao gene envolvido é o CYP17A1.
- ▶ d) Síndrome de aparente excesso mineralocorticoide apresenta modo de herança autossômica recessiva, e o gene envolvido é o HSD11B2.
- e) Síndrome de Gordon (pseudo-hipoaldosteronismo tipo II) apresenta modo de herança autossômica recessiva, e o gene envolvido é o WNK4.

06 - O dano vascular decorrente da elevação da pressão arterial vem sendo objetivo de muitos estudos recentemente. A identificação desse dano, mesmo antes de elevações importantes da pressão arterial, pode ser um indicador importante de complicações graves futuras, conforme a Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020. Sobre esse tema, assinale a alternativa correta.

- a) Valores de ITB maiores que 0,90 foram associados a aproximadamente o dobro de mortalidade idade-ajustada em 10 anos, mortalidade CV e maior taxa de eventos coronários.
- b) O aumento de um desvio padrão na VOPc-f (velocidade da onda de pulso carotídeo-femoral) estaria associado a um aumento de 17% em eventos CV, 17% na mortalidade CV e 12% na mortalidade por todas as causas.
- c) A análise da rigidez arterial pela VOPc-f é um preditor independente de risco cardiovascular; mas é contraindicada na prática clínica e ambulatorial e de consultório na avaliação individual dos pacientes.
- ▶ d) O aumento sustentado da PA é um gatilho para o desenvolvimento da hipertrofia da camada média da parede arterial, por promover alterações quantitativas e qualitativas de seus componentes (elastina, colágeno e células musculares lisas) que levam a adaptações mecânicas.
- e) Uso da DMF (dilatação vascular mediada por fluxo) do sistema braquial arterial na identificação de disfunção endotelial, não é recomendada para a estratificação de risco cardiovascular.

07 - Os cuidados com a técnica de medida da pressão arterial e a interpretação de seus achados é ponto fundamental para o diagnóstico da hipertensão arterial. Sobre esse tema, conforme a Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020, é correto afirmar:

- a) A hipotensão ortostática é definida como uma redução na PAS < 20 mmHg ou na PAD < 10 mmHg dentro do 5.º minuto em pé e está associada a um risco aumentado de mortalidade e eventos cardiovasculares.
- b) A prevalência de hipertensão arterial do avental branco é maior em pacientes com hipertensão arterial sistólica isolada do que nos portadores de hipertensão arterial diastólica isolada.
- ▶ c) Caso ocorra uma diferença > 15 mmHg da PAS entre os braços, há o aumento do risco CV, o qual pode estar relacionado com a doença vascular aterosclerótica.
- d) Os indivíduos com PAS entre 120 e 139 e PAD entre 80 e 89 mmHg passam a ser considerados pré-hipertensos, pois essa população apresenta consistentemente maior risco de doença CV.
- e) Valores \geq a 25 mmHg na pressão arterial sistólica e/ou 19 mmHg na pressão arterial diastólica indicam efeito do avental branco significativo, enquanto valores \leq a -10 mmHg na pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica indicam efeito de mascaramento significativo.

*** 08 - No que diz respeito a triagem e diagnóstico da hipertensão arterial, de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2020, assinale a alternativa que apresenta corretamente a relação entre valor da pressão arterial e a recomendação dessa diretriz:**

- a) < 120/80 mmHg: reavaliar em 1 ano.
- b) entre 120-129/80-84 mmHg: reavaliar em 6 meses.
- c) entre 130-139/85-89 mmHg: solicitar MAPA ou MRPA para descartar hipertensão mascarada.
- d) entre 140-179/90-109 mmHg: solicitar MAPA ou MRPA para descartar hipertensão do jaleco branco.
- e) > 180/110 mmHg: solicitar MAPA ou MRPA para diferenciar urgência de emergência hipertensiva.

09 - Ao diagnosticar o paciente com hipertensão arterial, é recomendado que sejam realizados exames complementares para investigar a presença de outros fatores de risco e/ou lesões de órgãos alvo. Além de parcial de urina, potássio, creatinina plasmática, glicemia de jejum, perfil lipídico e eletrocardiograma, são exames complementares de rotina recomendados pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2020:

- a) ureia, HbA1c, sódio.
- b) ácido úrico, sódio, TFGe.
- c) HbA1c, ureia, ácido úrico.
- d) TFGe, sódio, HbA1c.
- ▶ e) HbA1c, TFGe, ácido úrico.

10 - A tomada de decisão sobre o melhor momento para o início do tratamento medicamentoso nos pacientes hipertensos é muito importante para reduzir o risco de complicações. Conforme a Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020, assinale a alternativa que apresenta corretamente a decisão sobre o tratamento de acordo com o perfil do paciente.

- a) Hipertensos estágio 1 de moderado e alto risco CV: aguardar 3 meses a resposta das mudanças de estilo de vida para considerar o início do tratamento farmacológico.
- ▶ b) Pacientes pré-hipertensos com doença CV pré-existente e/ou alto risco CV: aguardar 3 meses a resposta das mudanças de estilo de vida para considerar o início do tratamento farmacológico.
- c) Hipertenso estágio 1 de baixo risco CV: aguardar 6 meses a resposta das mudanças de estilo de vida para considerar o início do tratamento medicamentoso.
- d) Hipertenso idoso frágil: considerar o início do tratamento somente se a pressão sistólica for \geq 170 mmHg.
- e) Hipertenso idoso não frágil: considerar o início do tratamento somente se a pressão sistólica for \geq 160 mmHg.

*** Questão anulada, portanto todos os candidatos serão pontuados.**

11 - Saber como conduzir o tratamento anti-hipertensivo após ou durante um evento agudo pode trazer uma grande diferença para os desfechos secundários e evolução do quadro clínico do paciente. No que diz respeito às recomendações da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial em relação ao acidente vascular encefálico (AVE), assinale a alternativa correta.

- a) Nos pacientes com AVE hemorrágico, deve-se trazer a PA sistólica alvo para valores de 150 mmHg nas primeiras duas horas.
- b) Nos pacientes AVE isquêmico elegíveis para trombose, é importante manter a PA acima de 180/105 mmHg.
- c) Pacientes que apresentam quadro de ataque isquêmico transitório devem aguardar pelo menos 6 horas para iniciar o tratamento anti-hipertensivo.
- d) Após controlado o quadro neurológico, deve-se manter a pressão sistólica entre 130 e 140 mmHg por pelo menos um ano.
- ▶ e) O tratamento anti-hipertensivo para prevenção secundária do AVE deve ser feito preferencialmente com bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona associado a bloqueadores dos canais de cálcio e/ou diuréticos.

12 - A condução do tratamento de hipertensão arterial durante a gestação ou puerpério exige um entendimento da farmacologia dos anti-hipertensivos. Considerando as recomendações da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2020, é correto afirmar:

- a) A nifedipina tem muita excreção no leite materno e deve ser evitada durante a amamentação.
- b) A clonidina tem pouca excreção no leite materno e pode ser utilizada com segurança durante a amamentação.
- ▶ c) O enalapril tem pouca excreção no leite materno e pode ser utilizado com segurança durante a amamentação.
- d) A espironolactona tem muita excreção no leite materno e deve ser evitada durante a amamentação.
- e) O metoprolol tem estudos insuficientes, devendo-se por segurança prescrever outra medicação.

*** 13 - A dislipidemia é um fator de risco importante para as doenças CV. Deve-se conduzir de maneira adequada com objetivo de ofertar prevenção primária e secundária aos pacientes que necessitam desse cuidado. Considerando as recomendações da 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk, é correto afirmar:**

- a) Está indicado o tratamento com estatinas na prevenção primária para pacientes abaixo de 75 anos de acordo com seu nível de risco CV.
- b) O início de tratamento com estatinas para prevenção primária em pacientes acima de 75 anos está recomendado mesmo em pacientes de alto risco.
- c) A combinação de diferentes drogas hipolipemiantes deve ser considerada mesmo antes da intensificação do tratamento com uma droga isolada.
- d) Estatina pode ser considerada para o uso com segurança em paciente pré-menopausa, mesmo naquelas que não fazem uso de métodos anticoncepcionais.
- e) Escore de cálcio deve ser considerado em pacientes de alto risco CV para reposicionar as metas terapêuticas de LDL-Colesterol.

14 - Pacientes com hiperlipidemia familiar heterozigótica com hipertrigliceridemia fazem parte de um grupo de pacientes de alto risco CV. Considerando as recomendações da 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk, é correto afirmar que para pacientes identificados com hiperlipidemia familiar heterozigótica e com hipertrigliceridemia:

- a) não está indicado o uso de estatinas, nem mesmo aos de alto risco CV.
- b) a meta de LDL-colesterol é de 70 mg/dL.
- c) o tratamento com estatinas deve ser iniciado com baixas doses.
- ▶ d) está recomendado o uso associado de inibidor de PCSK9 se em 4-6 semanas não atingirem a meta de LDL-colesterol com o uso associado de estatina (na dose máxima tolerada) e ezetimibe.
- e) é recomendado o uso de inibidores de PCSK9 mesmo antes de se utilizar estatina em dose máxima tolerada associada a ezetimibe.

15 - A estratificação de risco CV é uma estratégia muito importante para a tomada de decisão terapêutica e estratégias de investigação diagnóstica. Considerando as recomendações sobre estratificação de risco da 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk, é considerado um paciente de risco CV:

- a) moderado, o homem com < 50 anos de idade, < de 5 anos de duração de diabetes melitus tipo 2 e sem outro fator de risco identificado.
- b) moderado, a mulher com TFGe entre 30-59 mL/min/1,73m².
- ▶ c) alto, o homem com diagnóstico de diabetes melitus ≥ 10 anos ou outro fator de risco adicional, mesmo sem lesão de órgão alvo.
- d) muito alto, a mulher que apresente ao menos um fator de risco marcadamente elevado, como colesterol total plasmático > 310 mg/dL.
- e) alto, o homem com um índice SCORE calculado ≥ 10% de risco para um evento CV fatal em 10 anos.

*** Questão anulada, portanto todos os candidatos serão pontuados.**

16 - O tratamento da dislipidemia na prevenção primária tem sido muito questionado no seu custo-efetividade. Para melhorar esse entendimento, as evidências vêm sendo apresentadas para uma otimização na recomendação da abordagem terapêutica nesses casos. Considerando as recomendações para metas e tratamento recomendados na **2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk**, a introdução de estatina com ou sem associação de ezetimiba, caso o paciente não atinja a meta de mudança de estilo de vida em 3 meses, é realizada quando a estratificação de risco pelo "Risk SCORE" e o LDL-colesterol apresentam os seguintes valores, respectivamente:

"Risk SCORE"	LDL-colesterol
a) $\geq 1\%$ e $< 5\%$	< 55 mg/dL
b) $\geq 1\%$ e $< 5\%$	entre 55-69 mg/dL
c) $\geq 5\%$ e $< 10\%$	< 55 mg/dL
d) $\geq 5\%$ e $< 10\%$	entre 55-69 mg/dL
▶e) $\geq 5\%$ e $< 10\%$	entre 70-99 mg/dL

17 - Além dos níveis de LDL-colesterol e HDL-colesterol terem "metas" bem definidas nas diretrizes, os níveis de Apo-B também têm a sua meta definida para os diferentes níveis de risco. De acordo com a **2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk**, a meta de Apo-B para pacientes de alto risco alto (Risk SCORE) é:

- a) < 65 mg/dL.
- ▶b) < 80 mg/dL.
- c) < 100 mg/dL.
- d) < 130 mg/dL.
- e) < 150 mg/dL.

18 - No tratamento das dilipidemias, as mudanças de estilo de vida têm papel fundamental. Existem recomendações com impactos diferentes nos níveis de LDL-colesterol, HDL-colesterol e triglicerídeos. Considerando as estratégias de mudança de estilo de vida recomendados na **2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk**, o maior impacto para o aumento do HDL-colesterol é:

- ▶a) o aumento na carga de atividade física habitual.
- b) a diminuição no consumo na dieta de gorduras do tipo trans.
- c) a redução no excesso de peso.
- d) parar de fumar.
- e) a redução no consumo de carboidratos substituindo por gorduras não saturadas.

** 19 - Os efeitos colaterais frequentes com o uso de estatinas são a miopatia e a rabdomiólise. Esses efeitos colaterais podem ser potencializados por meio de interações medicamentosas, cujas vias metabólicas comuns são por meio do citocromo P450 3A4. Considerando as recomendações na **2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk**, com relação ao risco de miopatias relacionadas a interação medicamentosa com estatinas, são drogas que aumentam o risco de miopatias:

- a) itraconazol, verapamil e clortalidona.
- b) cetoconazol, amlodipino e ramipril.
- c) itraconazol, diltiazem e sotalol.
- ▶d) cetoconazol, verapamil e amiodarona.
- e) itraconazol, amlodipino e dipiridamol.

20 - Nos pacientes com alto risco CV, uma primeira meta a ser atingida é a redução de 50% nos níveis plasmáticos de LDL-colesterol. Sabemos que as estratégias de tratamento medicamentoso apresentam diferentes capacidades de redução nos níveis de LDL-colesterol. Considerando as recomendações na **2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk**, a redução média aproximada do nível de LDL-colesterol com o uso de estatina de alta potência associada a ezetimiba é de:

- a) 40%.
- b) 45%.
- c) 55%.
- ▶d) 65%.
- e) 75%.

21 - A fibrilação atrial é uma doença que pode ter consequências devastadoras. Evidências indicam que acima dos 55 anos de idade uma a cada 3 três pessoas é portadora dessa arritmia. Assinale a alternativa que apresenta corretamente a classificação de um dos tipos de de fibrilação atrial, de acordo com a diretriz de fibrilação atrial da Sociedade Europeia de Cardiologia de 2020.

- a) Primeiro diagnóstico: fibrilação atrial que é continuamente sustentada por mais de sete dias, incluindo episódios encerrados por cardioversão (drogas ou cardioversão elétrica) após um período \geq sete dias.
- ▶b) Paroxística: fibrilação atrial que termina espontaneamente ou com intervenção dentro de sete dias do início.
- c) Persistente: fibrilação atrial não diagnosticada antes, independentemente de sua duração ou da presença/gravidade dos sintomas relacionados a esta doença.
- d) Contínua de longa duração: fibrilação atrial que seja aceita pelo paciente e médico, e nenhuma outra tentativa de restaurar/manter o ritmo sinusal será realizada.
- e) Permanente: fibrilação atrial com duração de >12 meses de duração quando se decidiu adotar uma estratégia de controle de ritmo.

** Questão com resposta alterada.

- 22 - Considerando a classificação de sensibilidade dos diversos equipamentos e recursos propedêuticos capazes de identificar a fibrilação atrial pela diretriz de fibrilação atrial da Sociedade Europeia de Cardiologia de 2020, a ordem de sensibilidade da maior para a menor desses equipamentos e recursos é:**
- palpação do pulso arterial, monitores automáticos de pressão, registro de uma derivação de ecg, aplicativos de smartphone, relógios digitais (smart-watches).
 - palpação do pulso arterial, registro de uma derivação de ECG, monitores automáticos de pressão, aplicativos de smartphone, relógios digitais (smart-watches).
 - palpação do pulso arterial, monitores automáticos de pressão, relógios digitais (smart-watches), registro de uma derivação de ECG, aplicativos de smartphone.
 - registro de uma derivação de ECG, palpação do pulso arterial, monitores automáticos de pressão, aplicativos de smartphone, relógios digitais (smart-watches).
 - ▶ monitores automáticos de pressão, relógios digitais (smart-watches), aplicativos de smartphone, registro de uma derivação de ECG, palpação do pulso arterial.
- 23 - De acordo com a diretriz de fibrilação atrial da Sociedade Europeia de Cardiologia de 2020, a utilização de anticoagulação é recomendada para a maioria dos pacientes portadores de fibrilação atrial. A indicação de uso é feita a partir da escala conhecida como CHADSVASc, cujos fatores pontuam de um a dois, podendo alcançar um máximo de nove pontos. Somente dois destes fatores recebem a pontuação “dois”. São eles:**
- idade maior ou igual a 75 anos e acidente vascular encefálico prévio.
 - acidente vascular encefálico prévio e sexo feminino.
 - idade maior ou igual a 75 anos e doença vascular periférica.
 - diabetes melitus e hipertensão arterial.
 - insuficiência cardíaca e infarto do miocárdio prévio.
- 24 - Episódios de síncope sempre trazem muita preocupação ao cardiologista, pois podem ser a tradução de uma arritmia potencialmente letal. Conforme a 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope, devem ser classificados como de maior gravidade os pacientes que apresentam síncope:**
- ▶ sentados, sendo portadores de doença estrutural.
 - durante a refeição.
 - após sentirem um cheiro bastante desagradável.
 - após terem passado por uma massagem do seio carotídeo.
 - desencadeada por crises de tosse.
- 25 - O diagnóstico diferencial entre síncope e crises epiléticas é muito importante de ser estabelecido, pois os tratamentos são bastante distintos, e o retardo no tratamento adequado pode representar um risco de complicações graves. Conforme a 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope, comparando os sinais e sintomas encontrados nos episódios de síncope com os presentes nas crises epiléticas, é correto afirmar:**
- O quadro de síncope se caracteriza por ser precedido de fenômenos de gatilho raras vezes, ao contrário das crises epiléticas.
 - O tempo para recobrar a consciência nos episódios de síncope é maior do que nas crises epiléticas, podendo demorar muitos minutos.
 - Episódios de incontinência urinária e fecal são frequentes nos episódios de síncope e infrequentes nas crises epiléticas.
 - ▶ Face azulada não é comum de ser encontrada nos episódios de síncope, sendo comum nas crises epiléticas.
 - Durante o episódio de síncope, é incomum a permanência dos olhos abertos, ao contrário das crises epiléticas.
- 26 - A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica com múltiplos mecanismos fisiopatológicos envolvidos. Sobre o assunto, assinale a alternativa correta.**
- Os peptídeos natriuréticos potencializam a ação do sistema renina-angiotensina, aumentando seus efeitos vasoconstritores e pró-fibróticos.
 - A liberação de arginina vasopressina pela pituitária posterior está inibida em resposta a estimulação simpática renal, sendo um dos mecanismos responsáveis pela retenção de água.
 - A ativação prolongada do sistema nervoso simpático resulta em uma diminuição dos níveis circulatórios de noradrenalina devido a um fenômeno de exaustão dos nervos adrenérgicos.
 - ▶ A angiotensina II exerce seus efeitos na vasculatura via ativação do receptor AT1, levando a vasoconstrição, hipertrofia e hiperplasia.
 - O estresse oxidativo está substancialmente diminuído em decorrência da disfunção contrátil.
- 27 - O acoplamento ventrículo-arterial está alterado em pacientes com insuficiência cardíaca (IC). Sobre o assunto, assinale a alternativa correta.**
- ▶ A elastância ventricular no final da sístole está reduzida na IC com fração de ejeção reduzida, mas está aumentada na IC com fração de ejeção preservada.
 - A redução da elastância arterial com uso de vasodilatadores resulta em importante aumento no volume sistólico apesar de pequena variação na pressão arterial na IC com fração de ejeção preservada.
 - Na curva de pressão-volume, o uso de inotrópicos reduz a inclinação da relação pressão-volume no final da sístole, desviando-a para a direita e para baixo.
 - A elastância arterial tem relação inversa com a pressão arterial diastólica na IC com fração de ejeção reduzida.
 - Na insuficiência cardíaca, a elastância arterial está diminuída devido a um aumento na complacência aórtica e vasoconstrição periférica.

28 - A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica, cujo diagnóstico depende do conjunto de sinais e sintomas. Sobre o assunto, assinale a alternativa correta.

- a) Derrame pleural é mais comumente bilateral, mas quando unilateral é localizado à esquerda em 50% dos casos.
- b) A ausência de refluxo hepatojugular tem um valor preditivo negativo acima de 80% para o diagnóstico de pressões de enchimento elevadas.
- c) A presença de terceira bulha tem uma sensibilidade de 95% para o diagnóstico de IC.
- ▶ d) Uma pressão venosa jugular acima de 16 cmH₂O tem um valor preditivo positivo acima de 70% para aumento das pressões de enchimento na IC.
- e) Saciedade precoce e aumento do volume abdominal indicam IC com fração de ejeção preservada.

29 - A insuficiência cardíaca (IC) avançada é uma condição em que são necessárias terapias avançadas como transplante cardíaco, suporte com dispositivo de assistência circulatória mecânica ou cuidados paliativos. Conforme a Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca de 2021, é/são sinal(is) de alerta da IC avançada:

- a) fração de ejeção abaixo de 30% sem tratamento medicamentoso.
- ▶ b) hospitalizações recorrentes nos últimos 12 meses.
- c) pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg apesar do uso de medicação.
- d) insuficiência aórtica grave com indicação cirúrgica.
- e) taquicardia ventricular não sustentada e extrassístoles de alta densidade ao holter.

30 - Em um paciente com insuficiência cardíaca (IC), é correto afirmar que na avaliação prognóstica:

- a) O escore ADHERE estima o risco de readmissão a partir da pressão arterial sistólica, nitrogênio ureico no sangue e creatinina sérica na alta hospitalar.
- b) O peptídeo natriurético tipo B deve ser utilizado em pacientes em uso de sacubitril-valsartan.
- ▶ c) A IC de etiologia chagásica está associada a um pior prognóstico que a IC de outras etiologias não isquêmicas.
- d) A disfunção sistólica do ventrículo direito ocorre precocemente e não tem relação com o prognóstico.
- e) Admissão por IC aguda nova devido a crise hipertensiva indica alto risco de mortalidade intra-hospitalar

31 - Quanto ao diagnóstico da insuficiência cardíaca (IC), é correto afirmar:

- a) Dispneia aos esforços, ortopneia, hepatomegalia e edema periférico são sinais e sintomas típicos e altamente específicos de IC.
- ▶ b) O peptídeo natriurético tipo B (BNP) pode estar elevado na presença de anemia, insuficiência renal crônica, idade avançada e fibrilação atrial.
- c) O teste de esforço cardiopulmonar com consumo máximo de oxigênio acima de 20 mL.kg⁻¹.min⁻¹ auxilia no diagnóstico de insuficiência cardíaca.
- d) O ultrassom de tórax mostrando linhas A no paciente com dispneia na sala de emergência indica IC aguda.
- e) O ecocardiograma periódico a intervalos regulares está indicado para o diagnóstico precoce de IC.

32 - Em 2021, foram atualizadas recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o tratamento da insuficiência cardíaca (IC) na Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz de Insuficiência Cardíaca para incorporar as evidências dos estudos mais recentes. Sobre o assunto, assinale a alternativa correta.

- a) O estudo TRANSITION demonstrou a superioridade do sacubitril-valsartana em relação ao enalapril na redução do NT-proBNP de pacientes com IC descompensada.
- b) Os principais critérios de inclusão do estudo DAPA-CKD foram história de IC prévia e doença renal crônica, com clearance de creatinina 25 a 75 mL/min/1.73 m².
- c) O estudo AFFIRM-AHF demonstrou que a carboximaltose férrica intravenosa reduz a mortalidade de pacientes com IC e deficiência de ferro.
- d) O estudo EMPA-REG OUTCOME demonstrou o benefício da empagliflozina na redução da mortalidade de pacientes com IC e diabetes tipo 2.
- ▶ e) Os pacientes incluídos no estudo EMPEROR-Reduced apresentavam fração de ejeção mais baixa e NT-proBNP mais elevado do que os incluídos no DAPA-HF.

33 - Homem de 62 anos, negro, com insuficiência cardíaca e fração de ejeção 30%, vem fazendo uso de sacubitril-valsartan 103/97 2x/dia, carvedilol 25 mg 2x/d, dapagliflozina 10 mg/d e espironolactona 25 mg/d. Apresenta atualmente dispneia classe funcional III (NYHA), peso 62 kg, pressão arterial 124/82 mmHg, frequência cardíaca 71 bpm, ausculta pulmonar sem estertores, creatinina 1,1 mg/dL, potássio 4,2 mEq/L. O próximo passo com classe I de recomendação segundo as diretrizes brasileiras de insuficiência cardíaca é adicionar:

- ▶ a) hidralazina e nitrato.
- b) ivabradina.
- c) digoxina e furosemida.
- d) ramipril.
- e) uma sulfonilureia.

34 - Em relação a terapia de ressincronização cardíaca (TRC) e cardioversor-desfibrilador implantável (CID) na insuficiência cardíaca, é correto afirmar:

- a) A morfologia do QRS não influencia na probabilidade de benefício da TRC, sendo igualmente indicada nos pacientes com bloqueio de ramo esquerdo ou direito.
- b) No estudo DANISH, o CDI não resultou em benefício na mortalidade total em pacientes com miocardiopatia de etiologia isquêmica.
- ▶ c) Etiologia não isquêmica, sexo feminino, duração do complexo QRS > 150 ms e índice de massa corpórea menor que 30 kg/m² são características de pacientes hiper-respondedores à TRC.
- d) CDI está indicado em pacientes com fração de ejeção < 40% e história de síncope vasovagal.
- e) Pacientes com tempestade elétrica devem receber implante de TRC e CDI para controle do ritmo.

35 - Mulher de 52 anos veio ao pronto-socorro com queixa de dispneia progressiva para pequenos esforços há 1 semana, ortopneia (4 travesseiros) e edema de membros inferiores. Ao exame físico, REG, confusa, pálida, dispneica, frequência cardíaca 104 bpm, pressão arterial 94/78 mmHg, pressão venosa jugular estimada em 10 cmH₂O, ictus desviado para a esquerda, ritmo cardíaco regular com terceira bulha. O perfil clínico-hemodinâmico e a abordagem inicial dessa paciente são, respectivamente:

- a) frio e congesto – furosemida, dobutamina e noradrenalina.
- ▶ b) frio e congesto – vasodilatador e inotrópico.
- c) quente e congesto – diuréticos e vasodilatadores.
- d) frio e seco – volume.
- e) quente e congesto – noradrenalina.

36 - Homem de 36 anos está internado com insuficiência cardíaca descompensada em uso de dobutamina 5 mcg/kg/min, furosemida 1 ampola a cada 12 horas e enoxaparina em dose profilática. Tolera decúbito, dormindo com um travesseiro, controles mostrando débito urinário satisfatório, e função renal normal ao exame laboratorial. Ao exame físico, sem sinais de congestão, pressão arterial 98 x 62 mmHg, frequência cardíaca 82 bpm. Qual é a conduta correta nesse momento?

- a) Fazer volume e avaliar resposta da pressão arterial.
- b) Iniciar digoxina para permitir o desmame da dobutamina.
- c) Suspender dobutamina, dar alta com furosemida VO e solicitar retorno em 30 dias.
- d) Aumentar a dobutamina para melhorar a pressão arterial.
- ▶ e) Iniciar inibidor da enzima conversora da angiotensina.

37 - Mulher de 78 anos refere dispneia aos pequenos esforços e ortopneia há 3 meses. Há 6 meses, havia sido internada por edema agudo de pulmão. Ao exame físico, pressão arterial 142 x 90 mmHg, frequência cardíaca 98 bpm, índice de massa corporal = 34,8 kg/m². Pressão venosa jugular 11 cmH₂O, ritmo cardíaco regular com B4, sem sopros. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em bases e ausência de edema em membros inferiores. Ecocardiograma: fração de ejeção do ventrículo esquerdo 57% (Simpson), volume do átrio esquerdo indexado 48 mL/m², massa indexada de ventrículo esquerdo = 125 g/m², disfunção diastólica tipo II e relação E/e' = 23. Em relação ao diagnóstico da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP) para essa paciente, assinale a alternativa correta.

- a) O próximo passo é realizar ecocardiograma de estresse diastólico para investigar ICFEP.
- ▶ b) Uma tomografia de tórax mostrando sinais inequívocos de congestão pulmonar confirma o diagnóstico de ICFEP.
- c) Um peptídeo natriurético tipo B de 90 pg/mL afasta o diagnóstico de ICFEP.
- d) Os dados do ecocardiograma indicam que os sintomas não são de causa cardíaca e ICFEP é improvável.
- e) O escore diagnóstico H2FPEF é considerado padrão-ouro para o diagnóstico de ICFEP.

38 - Quanto ao tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção (FE) preservada (ICFEP), ou seja FE ≥ 50%, segundo a Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, é correto afirmar:

- a) Bloqueador do receptor da angiotensina é indicação classe I para reduzir a morbidade e mortalidade.
- b) Os ensaios clínicos com sacubitril-valsartan indicaram benefício da mortalidade no subgrupo com FE ≥ 50%.
- ▶ c) Diuréticos estão recomendados para aliviar a congestão e melhorar os sintomas.
- d) Betabloqueadores estão contraindicados por aumentar a morbidade.
- e) A espironolactona é a única intervenção que reduz a mortalidade cardiovascular.

39 - Você avalia um paciente de 57 anos, sexo masculino, com insuficiência cardíaca classe funcional II (NYHA) de etiologia isquêmica e fração de ejeção de 46%. Está em uso de furosemida 40 mg uma vez ao dia, enalapril 20 mg duas vezes ao dia, carvedilol 25 mg duas vezes ao dia e espironolactona 25 mg uma vez ao dia. Conforme a Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, é correto afirmar:

- a) Ivabradina é indicação classe I se a frequência cardíaca for ≥ 70 bpm em ritmo sinusal.
- b) Terapia de ressincronização ventricular está recomendada (classe I) se houver eletrocardiograma com bloqueio de ramo esquerdo e QRS ≥ 150 ms.
- c) Hidralazina e nitrato estão indicados (classe IIa) para melhorar sintomas e aumentar a sobrevida.
- d) Omecantiv mecarbil está indicado (classe IIa) para reduzir o risco de hospitalização.
- ▶ e) Sacubitril-valsartan em substituição ao IECA é indicação classe IIa para reduzir a hospitalização.

40 - Paciente masculino, 43 anos, apresenta insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção de 35%, sendo afastado etiologia isquêmica e Chagas. Foi instituído tratamento clínico e, após 4 meses, ele ficou assintomático (NYHA I). Em uso de furosemida 40 mg ao dia, sacubitril/valsartan 97/103 2x ao dia, carvedilol 25 mg 2x ao dia, espironolactona 25 mg ao dia, dapagliflozina 10 mg ao dia. Ao exame físico, pressão arterial 92/60 mmHg e frequência cardíaca 52 bpm. Foi repetido o ecocardiograma, que mostrou melhora da fração de ejeção 52%. Segundo a Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, é correto afirmar:

- a) O diagnóstico é de IC com fração de ejeção preservada, conforme a classificação universal de IC.
- ▶ b) A manutenção da terapêutica modificadora de prognóstico é classe I de recomendação.
- c) Sacubitril/valsartan deve ter a dose reduzida devido a hipotensão arterial.
- d) Carvedilol deve ter a dose reduzida devido a bradicardia.
- e) Espironolactona deve ser suspensa, pois o paciente está assintomático.

41 - Assinale a alternativa correta quanto à etiologia das miocardites.

- a) Envolvimento miocárdico pela *Corynebacterium diphtheriae* costuma levar a quadros leves de miocardite.
- b) Envolvimento do miocárdio pela *Mycobacterium tuberculosis* é uma causa comum de miocardite.
- c) Taquicardia ventricular e bloqueios avançados praticamente afastam o diagnóstico de miocardite de células gigantes.
- ▶ d) Adenovírus, enterovírus e parvovírus estão entre os mais comuns agentes infecciosos identificados.
- e) Neutrofilia periférica e bastonetose levantam a suspeita de miocardite por hipersensibilidade.

42 - Um atleta profissional apresentou um quadro de miocardite aguda e pede orientação. Sobre o assunto, assinale a alternativa correta.

- a) Miocardite é uma causa incomum, sendo responsável por menos de 1% das mortes súbitas em atletas.
- b) Extrassístoles ventriculares frequentes não contraindicam o retorno às atividades esportivas.
- c) Marcadores inflamatórios elevados não interferem na liberação do atleta para as atividades esportivas.
- d) O atleta deve ter biópsia endomiocárdica mostrando ausência de inflamação para ser liberado para a atividade esportiva.
- ▶ e) Atletas com miocardite aguda devem suspender a prática de esportes competitivos por pelo menos seis meses devido ao risco de morte súbita.

43 - Homem, 45 anos, interna com queixa de dispneia progressiva há dois meses, agora aos mínimos esforços, associada a ortopneia e edema de membros inferiores. Referiu também astenia, febre baixa e artralgia de início há três meses. Tabagista, não fazia uso de nenhuma medicação. Ao exame: pressão arterial = 134 x 74 mmHg; frequência cardíaca = 62 bpm. Estertores em bases, ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular em 2 tempos sem sopros. Figado a 3 cm do rebordo costal direito e edema ++ em membros inferiores com sinais flogísticos nos tornozelos e alguns nódulos eritematosos, dolorosos, com 2 a 3 cm de diâmetro, em ambas as pernas. Ao eletrocardiograma, bloqueio atrioventricular de 2.º grau tipo Mobitz I. Ao ecocardiograma, acinesia basal da parede septal, fração de ejeção do ventrículo esquerdo = 38%. Realizado cateterismo cardíaco, que mostrou coronárias sem obstruções. A hipótese diagnóstica mais provável e o próximo passo na investigação são, respectivamente:

- a) miocardite viral – ressonância magnética cardíaca e biópsia endomiocárdica com pesquisa viral.
- b) miocardite fulminante – ressonância magnética cardíaca.
- ▶ c) sarcoidose – ressonância magnética cardíaca ou PET com FDG.
- d) miocardite necrotizante eosinofílica – biópsia endomiocárdica com análise imuno-histoquímica.
- e) endocardite infecciosa – ecocardiograma transesofágico e hemoculturas.

44 - Assinale a alternativa correta quanto à abordagem diagnóstica da miocardite.

- ▶ a) A acurácia da ressonância magnética cardíaca para o diagnóstico de miocardite é superior na miocardite aguda comparativamente aos casos de miocardite subaguda ou crônica.
- b) Os títulos de anticorpos virais no sangue podem ser usados para o diagnóstico de miocardite em vista de sua alta correlação com a carga viral no miocárdio.
- c) A biópsia endomiocárdica está contraindicada nos pacientes com insuficiência cardíaca de início recente e deterioração hemodinâmica.
- d) Diferentemente das síndromes coronarianas, a elevação de troponinas (I ou T) não tem utilidade na avaliação diagnóstica ou prognóstica da miocardite.
- e) O critério de Dallas é obtido a partir do conjunto de sinais, sintomas e exames de imagem, permitindo o diagnóstico de miocardite sem a necessidade de biópsia endomiocárdica.

45 - Assinale a alternativa correta quanto ao tratamento da miocardite.

- a) A terapêutica imunossupressora deve ser realizada independentemente do resultado da pesquisa viral à biópsia endomiocárdica.
- b) Imunoglobulina intravenosa está indicada nos pacientes com insuficiência cardíaca aguda não responsiva ao tratamento e sorologia positiva para citomegalovírus sem biópsia endomiocárdica.
- c) Prednisona 1mg/kg/dia associada a azatioprina deve ser iniciada em pacientes com insuficiência cardíaca aguda após 3 meses sem resposta ao tratamento usual.
- ▶ d) A terapêutica imunossupressora está indicada na miocardite por células gigantes confirmada por biópsia endomiocárdica.
- e) Interferon-Beta associado a prednisona é a terapia de escolha na miocardite por sarcoidose.

46 - A febre reumática é uma causa importante de valvopatia adquirida. Sobre o assunto, assinale a alternativa correta.

- ▶ a) A incidência de febre reumática em populações expostas a infecção pelo estreptococo beta-hemolítico é relativamente constante, independentemente da localização geográfica ou etnia.
- b) A prevalência de febre reumática é maior entre pessoas de melhor nível socioeconômico em países desenvolvidos.
- c) Estudos de agregação familiar e com gêmeos monozigóticos apontam contra a hipótese da suscetibilidade genética da febre reumática.
- d) A presença do gene do receptor da interleucina 6 é o maior preditor de risco de febre reumática após um episódio de faringite estreptocócica não tratada.
- e) A febre reumática é uma doença relacionada a infecção pelo estreptococo beta-hemolítico sem relação com a suscetibilidade individual do hospedeiro.

47 - Com relação à fisiopatologia da febre reumática, assinale a alternativa correta.

- a) Estudos recentes descartaram a hipótese do mimetismo molecular na patogênese da febre reumática.
- b) Histologicamente, a miocardite reumática é caracterizada pela presença de micro-hemorragia perivascular de Anitschkow.
- c) Anticorpos contra o epítipo do estreptococo beta-hemolítico têm reação cruzada com a laminina da membrana basal do pericárdio.
- d) A piodermite por estreptococo é a forma predominante de infecção que resulta na formação de autoanticorpos contra as estruturas das valvas cardíacas.
- ▶ e) Há evidências de que células T no sangue periférico e nas valvas cardíacas têm reação cruzada com a proteína M do estreptococo e a miosina cardíaca.

48 - Paciente feminina de 16 anos vem ao pronto-socorro com história de dispneia progressiva há 1 mês, febre, e dor associada a inchaço nas articulações, de caráter migratório. O pai refere que ela teve episódios recorrentes de amigdalite. Ao exame físico, observou-se sopro sistólico em foco mitral. Laboratório mostrou elevação da proteína C reativa sérica e dos títulos de anticorpos antiestreptolisina O. Foi realizado um ecocardiograma, que mostrou insuficiência mitral moderada. Sobre o caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- a) A insuficiência mitral é menos comum que a insuficiência aórtica na fase aguda da febre reumática, devendo ser pesquisado um diagnóstico alternativo.
- b) A cardite na febre reumática é um quadro benigno e geralmente não deixa sequelas.
- ▶ c) Esse quadro preenche os critérios diagnósticos para febre reumática em atividade com cardite.
- d) O padrão das dores articulares indica associação com artrite reumatoide.
- e) Eritema marginado e nódulos subcutâneos ocorrem em 20% dos casos e geralmente aparecem no início da doença.

49 - Um paciente masculino apresentou único surto de febre reumática aos 16 anos. Durante o episódio, ele apresentou quadro de cardite, que regrediu, e o ecocardiograma subsequente mostrou apenas uma insuficiência mitral mínima. Ele não é alérgico a penicilina. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Valvopatias de 2020, qual é a recomendação de escolha para profilaxia secundária de febre reumática para esse paciente?

- a) Benzilpenicilina G Benzatina a cada 21 dias pelo menos até os 40 anos.
- b) Fenoximetilpenicilina 250 mg duas vezes ao dia por 10 anos após o último surto.
- ▶ c) Benzilpenicilina G Benzatina a cada 15 dias até os 18 anos, e depois, a cada 21 dias até os 26 anos se não houver novos surtos.
- d) Eritromicina 250 mg duas vezes ao dia até os 21 anos, se não houver novos surtos de febre reumática.
- e) Penicilina G procaína a cada semana até os 21 anos, se não houver novos surtos de febre reumática.

50 - Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Valvopatias de 2020, assinale a alternativa que corresponde à classe I de recomendação para a profilaxia secundária de febre reumática.

- a) A profilaxia deve ser suspensa após cirurgia valvar quando as demais valvas não tiverem lesão.
- b) Durante a gestação, a penicilina deve ser suspensa devido ao risco de efeitos adversos ao feto.
- c) Benzilpenicilina G Benzatina deve ser administrada até os 40 anos em pacientes com exposição ocupacional.
- ▶ d) Sulfadiazina é a droga de escolha nos pacientes alérgicos a penicilina.
- e) Benzilpenicilina G Benzatina até os 25 anos em pacientes com cardite que evoluíram com estenose mitral leve.