

PRÉ-REQUISITO - ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

Leia atentamente as instruções abaixo

1. PROVA E FOLHA DE RESPOSTAS

- Além deste Caderno de Prova, contendo 60 (sessenta) questões objetivas, você receberá do Fiscal de Sala:
- 01 (uma) Folha de Respostas destinada às respostas das questões objetivas. Confira se seus dados estão corretos.

2. TEMPO

- 03 (três) horas é o tempo disponível para realização da prova, já incluído o tempo para marcação da Folha de Respostas da prova objetiva.
- O candidato somente poderá retirar-se definitivamente da sala de aplicação das provas após **1 (uma) hora** de seu início. Será permitido ao candidato levar **apenas o gabarito rascunho** com suas respostas, para posterior conferência da nota.

3. INFORMAÇÕES GERAIS

- O final deste caderno contará com uma folha adicional, destinada exclusivamente para anotações do gabarito rascunho do candidato. Essa folha **não possui validade para fins de avaliação**, e o candidato poderá retirá-la e levá-la consigo após 1 (uma) hora de prova.
- As questões objetivas têm 05 (cinco) alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente **uma** delas está correta.
- Verifique se seu caderno está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, informe imediatamente o Fiscal da Sala, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Confira seus dados pessoais na Folha de Respostas, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preenchimento.
- O preenchimento das respostas da prova objetiva é de sua responsabilidade e não será permitida a troca de Folha de Respostas em caso de erro de marcação pelo candidato.

- Marque, na Folha de Respostas, com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, feita de material transparente, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- Reserve tempo suficiente para preencher suas respostas. Para fins de avaliação, serão consideradas **apenas** as marcações feitas na Folha de Respostas da prova objetiva.
- Ao se retirar, entregue ao Fiscal de Sala a **Folha de Respostas** preenchida e assinada, bem como o **Caderno de Prova** objetiva.

SERÁ ELIMINADO do presente certame o candidato que:

- a) for surpreendido, durante as provas, em qualquer tipo de comunicação com outro candidato;
- b) for surpreendido portando, aparelhos eletrônicos, tais como *wearable tech*, máquinas calculadoras, agendas eletrônicas e(ou) similares, telefones celulares, *smartphones*, *tablets*, *ipods*®, gravadores, pendrive, *mp3* e(ou)similar, relógio de qualquer espécie, alarmes, chaves com alarme ou com qualquer outro componente eletrônico, fones de ouvido e(ou) qualquer transmissor, gravador e(ou) receptor de dados, imagens, vídeos e mensagens etc.;
- c) se ausentar da sala em que se realizam as provas levando consigo o Caderno de Questões e/ou a Folha de Respostas ou se recusar a entregar a Folha de Respostas e o Caderno de Prova, quando terminar o tempo estabelecido;
- d) for surpreendido portando qualquer recipiente ou embalagem que não seja fabricado com material transparente, tais como garrafa de água, suco ou refrigerante e embalagem de alimentos (biscoitos, barras de cereais, chocolate, balas etc.);
- e) não assinar a Lista de Presença e/ou a Folha de Respostas.

CIRURGIA VASCULAR**QUESTÃO 01**

No contexto de cirurgia vascular/angiologia, um paciente sem acesso venoso periférico por punção necessita via para infusões em ambiente de pequena cirurgia. Considerando a flebotomia como técnica cirúrgica de acesso venoso, identifique a descrição adequada do procedimento e sua principal indicação:

- (A) Punção arterial por cateter, indicada para gasometria.
- (B) Dissecção linfática superficial para drenagem local.
- (C) Cateterização cirúrgica, por incisão, de veia periférica para infusões.
- (D) Acesso venoso central por punção subclávia com fio-guia.
- (E) Canalização óssea de emergência em tibia proximal.

QUESTÃO 02

Em cirurgia vascular/angiologia, ao programar flebotomia no membro superior, busca-se reduzir complicações e preservar opções de progressão proximal. Indique a conduta inicial apropriada quanto ao sítio de abordagem:

- (A) Priorizar primeiro o sulco deltopeitoral proximal.
- (B) Iniciar pela fossa antecubital com garrote alto.
- (C) Preferir punção direta sem incisão para agilizar.
- (D) Abordar o mais distal possível; sulco bicipital é boa alternativa.
- (E) Escolher sempre trajeto basilica proximal por maior calibre.

QUESTÃO 03

Durante a flebotomia em cirurgia vascular/angiologia, após incisão cutânea e divulsão do subcutâneo com afastador, visualiza-se a fáscia braquial superficial. Assinale o passo imediatamente seguinte na sequência operatória:

- (A) Incisar a fáscia, rebatê-la e identificar a veia.
- (B) Passar dois reparos cutâneos antes da fáscia.
- (C) Introduzir o cateter diretamente por punção percutânea.
- (D) Realizar ligadura venosa distal para hemostasia.
- (E) Fechar a pele e reavaliar com Doppler portátil.

QUESTÃO 04

A fisiopatologia da Insuficiência Venosa Crônica (IVC) é complexa, envolvendo alterações hemodinâmicas e inflamatórias. A hipertensão venosa e a estase na microcirculação desencadeiam uma cascata celular que leva à progressão da doença, culminando em lipodermatoesclerose e ulceração. Sobre os mecanismos celulares e moleculares da IVC:

- (A) A estase venosa diminui a pressão tangencial ("shear stress"), o que impede a adesão e transmigração de leucócitos para o tecido perivascular.
- (B) A debilidade da parede venosa primária afeta principalmente as veias profundas, que não possuem o suporte das locas aponevróticas.
- (C) O processo inflamatório crônico na IVC é mediado pela ativação leucocitária, que liberta enzimas proteolíticas e radicais livres no tecido perivascular.
- (D) A pigmentação ocre é resultado direto da ativação de melanócitos pela hipertensão venosa, sem relação com o extravasamento de hemácias.
- (E) A lipodermatoesclerose é um processo agudo causado pela libertação de enzimas proteolíticas que estimulam a reparação tecidual.

QUESTÃO 05

O ecoDoppler é o método de eleição para o diagnóstico e mapeamento da doença venosa crônica, sendo crucial para definir a estratégia terapêutica. A classificação do refluxo no território da grande veia safena (GVS) permite diferenciar padrões hemodinâmicos distintos. Conforme a classificação dos padrões de refluxo da GVS:

- (A) O Refluxo Axial (RA) define-se como um refluxo segmentar que envolve apenas a veia safena acessória anterior (VSAA).
- (B) O Refluxo Segmentar (RS) tipo 3 envolve uma colateral e a junção safeno-femoral (JSF), mas poupa obrigatoriamente o tronco da GVS.
- (C) O critério temporal para definir refluxo patológico no sistema venoso profundo é uma duração superior a 0,5 segundos.
- (D) O Refluxo Axial (RA) é classificado como um refluxo contínuo desde a junção safeno-femoral (JSF) ao longo da GVS até abaixo do joelho.
- (E) O "olho egípcio" é o sinal ecográfico que identifica a GVS fora do seu compartimento fascial, indicando refluxo extracompartimental.

QUESTÃO 06

Um cirurgião vascular avalia paciente com insuficiência venosa crônica classificado como CEAP C3 com edema persistente e sintomas limitantes. O paciente questiona sobre a eficácia do tratamento conservador com medicações venoativas. A droga venoativa que apresenta maior destaque em revisões sistemáticas por sua eficácia na redução do edema é a:

- (A) Hamamélis virginiana micronizada.
- (B) Diosmina-hesperidina em fração micronizada.
- (C) Rutosídeo puro não hidrolisado.
- (D) Extrato de arroz vermelho padronizado.
- (E) Silício orgânico complexado.

QUESTÃO 07

O tratamento de veias perfurantes insuficientes é indicado em doença venosa avançada (CEAP C5-C6) para auxiliar na cicatrização e prevenir a recidiva de úlceras. A Laqueação Subfascial Endoscópica (SEPS) e a Ablação Percutânea (PAP) são as técnicas minimamente invasivas preferenciais. Sobre a comparação técnica entre SEPS e PAP:

- (A) A SEPS é altamente dependente da marcação pré-operatória por ecoDoppler, pois o endoscópio não permite localizar perfurantes não marcadas.
- (B) As técnicas de PAP (laser ou radiofrequência) são preferidas em áreas com ulceração ativa extensa, pois a aplicação direta sobre o leito ulcerado acelera a cicatrização, enquanto a SEPS exige incisões dentro da zona de pele doente.
- (C) A esclerose ecoguiada (uma técnica PAP) demonstrou taxas de cicatrização de úlcera superiores às da SEPS nos estudos comparativos.
- (D) As técnicas de PAP, ao contrário da SEPS, estão isentas de complicações graves como trombose venosa profunda ou lesão nervosa.
- (E) A SEPS permite a visualização e tratamento de uma média de 2 a 3 perfurantes a mais do que as identificadas no ecoDoppler pré-operatório.

QUESTÃO 08

Uma mulher de 45 anos apresenta história de doença varicosa com progressão clínica e sintomas recorrentes. Durante a avaliação hemodinâmica pelo ultrassom com Doppler, constata-se refluxo nas veias safenas. O cirurgião vascular planeja tratamento invasivo com supressão dos pontos de refluxo. De acordo com as diretrizes da SBACV, o tempo mínimo de fluxo reverso considerado como critério para definir refluxo venoso na veia femoral comum é:

- (A) 0,5 segundo.
- (B) 0,8 segundo.
- (C) 1 segundo.
- (D) 1,5 segundo.
- (E) 2 segundos.

QUESTÃO 09

As diretrizes internacionais têm posicionado as técnicas de tratamento endovascular como primeira linha para o refluxo da Veia Grande Safena (VGS), em detrimento da cirurgia convencional, baseando-se em metanálises de eficácia e morbidade. A escolha entre termoablação (Laser ou Radiofrequência) e ablação com espuma também é objeto de recomendações:

- (A) As diretrizes da ESVS (2015) recomendam que o tratamento do refluxo da VGS deve ser feito, preferencialmente, com termoablação endovenosa.
- (B) A ablação com espuma é considerada a técnica de primeira linha pela ESVS (2015), pois a termoablação demonstrou menor custo-eficácia.
- (C) As diretrizes da SVS e AVF recomendam a cirurgia convencional, pois a termoablação está associada a maior dor e morbidade pós-operatória.
- (D) O NICE (Reino Unido) recomenda a cirurgia como primeira linha, seguida pela ablação com espuma e, por último, pela termoablação.
- (E) A termoablação com laser e a radiofrequência (RFA) demonstraram, em todas as metanálises, eficácia inferior à cirurgia.

QUESTÃO 10

Ao escolher o material para suturas delicadas, consideram-se capilaridade e manuseio. Identifique a afirmação correta sobre monofilamentos em comparação aos multifilamentos:

- (A) Maior capilaridade e menor memória.
- (B) Maior capilaridade e maior fricção.
- (C) Menor capilaridade e menor fricção, porém maior tendência à memória.
- (D) Capilaridade idêntica e memória desprezível.
- (E) Menor capilaridade, mas fricção aumentada.

QUESTÃO 11

No tratamento da Doença Venosa Crônica (DVC), os medicamentos venoativos (MVA) são utilizados para alívio sintomático e edema. Alguns compostos, como a Fracção Flavonóica Purificada Micronizada (MPFF), possuem mecanismos de ação específicos que interferem na cascata inflamatória da doença, atuando na proteção das válvulas venosas:

- (A) O MPFF atua principalmente aumentando a síntese de MMP-2, o que previne a dilatação venosa segmentar.
- (B) A ação do MPFF na IVC limita-se a um efeito placebo, sem qualquer ação comprovada sobre a interação leucócito-endotélio.
- (C) A micronização do MPFF diminui a sua absorção intestinal e biodisponibilidade quando comparado à diosmina não micronizada.
- (D) O MPFF inibe a ativação leucocitária, limitando a adesão e a infiltração dos leucócitos no tecido subendotelial.
- (E) O principal mecanismo de ação do MPFF é a inibição da agregação e deformação dos eritrócitos, sem efeito anti-inflamatório.

QUESTÃO 12

Durante o planejamento da terapia compressiva para paciente com varizes sintomáticas, o cirurgião orienta sobre a importância da aderência ao tratamento. Apesar dos resultados positivos da terapia compressiva com meias elásticas em diferentes graduações, a maior dificuldade clínica observada é:

- (A) O alto custo das meias de qualidade premium.
- (B) A impossibilidade de uso durante períodos de clima quente.
- (C) O desconforto gastrointestinal associado ao uso prolongado.
- (D) O desenvolvimento de reações alérgicas ao material da meia.
- (E) A aderência ao tratamento, principalmente com pressões mais elevadas.

QUESTÃO 13

Assinale a alternativa correta sobre a artéria axilar:

- (A) Continua-se como artéria radial ao nível do colo do úmero.
- (B) É dividida em três porções pela relação com o músculo peitoral maior.
- (C) É dividida em três porções pela relação com o músculo peitoral menor.
- (D) Origina-se da artéria braquial ao cruzar a axila.
- (E) Termina ao nível da clavícula, tornando-se subclávia.

QUESTÃO 14

O conhecimento da irrigação arterial dos membros inferiores é fundamental para o planejamento de procedimentos de revascularização. Sobre a artéria femoral e seu território:

- (A) Passa anteriormente ao músculo psoas menor até a face medial do joelho.
- (B) Passa profundamente através de 15 cm na coxa.
- (C) Passa medialmente e posteriormente entre coxa até joelho seguindo através do hiato dos adutores.
- (D) Irriga lateralmente apenas as faces anteriores da coxa e joelho.
- (E) Passa pela face lateral da coxa sem relação com os adutores.

QUESTÃO 15

A vascularização cerebral apresenta sistema arterial específico com importantes anastomoses. Sobre o polígono de Willis e a irrigação cerebral:

- (A) As artérias cerebrais anteriores se anastomosam ao nível da base do crânio formando arcada anterior.
- (B) Começa a nível do 3º-5º corpo vertebral e se ramifica criando arcada posterior.
- (C) Supre apenas artérias dos membros superiores através de ramos colaterais diretos.
- (D) Irriga através de ramos da artéria espinhal anterior.
- (E) Não possui anastomoses entre os sistemas carotídeos e vertebrobasilares.

QUESTÃO 16

Paciente masculino, 55 anos, vítima de trauma penetrante em região axilar esquerda por arma branca, apresenta sangramento ativo e hematoma expansivo. Durante a exploração cirúrgica de urgência, o cirurgião vascular identifica lesão arterial na transição entre o primeiro e segundo segmentos da artéria axilar. Para adequado controle proximal e distal da lesão, o cirurgião deve considerar que a artéria axilar:

- (A) Origina-se diretamente da artéria subclávia sem divisões anatômicas relevantes para o acesso cirúrgico.
- (B) É dividida em quatro porções pelo músculo deltoide, com a lesão situada na região do hiato dos adutores.
- (C) Passa profundamente pelo canal dos adutores, exigindo abordagem posterior para controle vascular.
- (D) Forma ramificações na região glútea sem relação anatômica com o músculo peitoral menor.
- (E) É dividida em três porções pelo músculo peitoral menor, sendo a lesão localizada na transição da primeira para a segunda porção, anterior ao músculo.

QUESTÃO 17

Paciente feminina, 68 anos, com doença arterial obstrutiva periférica grave, apresenta claudicação incapacitante em membro inferior direito. O angiogramografia demonstra oclusão extensa da artéria femoral superficial. O cirurgião vascular planeja bypass femoropoplíteo e precisa conhecer o trajeto anatômico da artéria femoral para adequado planejamento do tunelização do enxerto. A artéria femoral:

- (A) Passa anteriormente ao músculo psoas maior até a fossa poplíteia sem relação com estruturas musculares profundas.
- (B) Passa superficialmente na coxa, lateral ao músculo sartório, sem penetrar em canais musculares.
- (C) Passa medialmente e posteriormente entre coxa até joelho seguindo através do hiato dos adutores.
- (D) Perfura diretamente o músculo quadríceps femoral em seu trajeto até o joelho.
- (E) Permanece lateral durante todo trajeto na coxa, sem relação com o compartimento dos adutores.

QUESTÃO 18

Em sala de emergência durante RCP em criança, a equipe precisa estabelecer via para fluidos e drogas com rapidez e segurança. Considerando a priorização de acesso descrita no texto, indique a conduta sequencial adequada:

- (A) Punção subclávia imediata; se falhar, dissecação venosa.
- (B) Via intraóssea de rotina; depois, periférica de pequeno calibre.
- (C) Venoclise em membros inferiores como primeira opção.
- (D) Veia periférica calibrosa em poucos minutos; se não obtida, intraóssea; obter acesso venoso central logo após.
- (E) Dissecação venosa inicial; intraóssea apenas como último recurso.

QUESTÃO 19

Em preparo para CVC em criança fora do contexto de RCP, busca-se reduzir complicações mecânicas e facilitar o trajeto até o átrio direito. Identifique a alternativa adequada:

- (A) Preferir lado esquerdo pela menor altura do ápice pulmonar.
- (B) Evitar Trendelenburg para reduzir risco de pneumotórax.
- (C) Dirigir a agulha ao esterno com 60° em relação à pele.
- (D) Manter cabeça voltada para o mesmo lado da punção.
- (E) Preferir o lado direito; posição de Trendelenburg a ~30°; punção no triângulo de Sedillot usando técnica de Seldinger.

QUESTÃO 20

Em unidade de terapia intensiva, a equipe planeja um CVC para acesso seguro e rápido, buscando minimizar punções malsucedidas e eventos adversos. Indique a medida operacional recomendada no texto para reduzir tentativas e complicações durante a inserção:

- (A) Higienização das mãos isoladamente como única estratégia preventiva.
- (B) Escolha sistemática da veia subclávia esquerda para encurtar o trajeto.
- (C) Antissepsia com PVPI e curativo trocado a cada 24 horas, exclusivamente.
- (D) Uso de ultrassom à beira-leito para guiar a cateterização.
- (E) Evitar Trendelenburg e manter a cabeça voltada para o lado da punção.

QUESTÃO 21

Na discussão de vias centrais para terapia prolongada, considera-se o risco trombótico inerente ao sítio de inserção e as medidas para mitigá-lo. Assinale a alternativa coerente com as recomendações do artigo:

- (A) Jugular interna direita com maior risco de trombose e permanência prolongada recomendada.
- (B) Subclávia com maior risco de trombose por compressão, sem limites de permanência.
- (C) Femoral com maior risco de trombose, devendo limitar o tempo de permanência ao mínimo necessário.
- (D) Safena magna com risco mínimo em todas as idades, sem restrição de permanência.
- (E) Basílica com risco elevado de pneumotórax, remoção obrigatória em 24 horas.

QUESTÃO 22

Um cirurgião vascular recebe em seu consultório paciente de 36 anos com história de edema assimétrico e varizes de grosso calibre em membro inferior direito há 10 anos, com piora progressiva. O ultrassom Doppler não visualizou as veias poplítea e femoral no lado acometido, e a flebografia confirmou a ausência dessas estruturas. Diante do diagnóstico de agenesia do segmento venoso femoropoplíteo, a conduta terapêutica mais adequada consiste em:

- (A) Realizar ablação endovenosa das varizes superficiais com laser.
- (B) Indicar safenectomia para redução da sobrecarga venosa superficial.
- (C) Prescrever mudança de hábitos, uso de meias elásticas e medicação paliativa.
- (D) Propor reconstrução venosa profunda com enxerto autólogo.
- (E) Realizar escleroterapia química das varizes de grosso calibre.

QUESTÃO 23

Mulher de 28 anos com aumento simétrico de perímetros em membros inferiores desde a adolescência relata dor à palpação pré-tibial, história familiar semelhante e ausência de melhora com repouso. Ao exame, não há sinal de Godet e os pés estão poupados. Indique o diagnóstico mais provável:

- (A) Linfedema primário tardio.
- (B) Lipedema (lipodistrofia) de membros inferiores.
- (C) Insuficiência venosa crônica unilateral.
- (D) Edema cíclico idiopático com face e mãos acometidas.
- (E) Erisipela de repetição com linfangite ativa.

QUESTÃO 24

Os stents de dupla camada (micro-mesh) foram desenvolvidos para otimizar os resultados da angioplastia carotídea (ACS), visando atuar como barreira para a protrusão da placa e reduzir a embolização. Os dispositivos disponíveis, como o Casper® e o CGuard®, possuem características estruturais e resultados distintos na prevenção de restenose. Sobre as características e resultados desses stents:

- (A) Ambos os dispositivos (Casper® e CGuard®) possuem estrutura de nitinol em célula fechada e malha externa de tereftalato de polietileno.
- (B) Metanálises demonstraram que o stent CGuard® esteve associado a um aumento significativo da taxa de restenose intrastent em 12 meses.
- (C) Os stents de dupla camada, em geral, demonstraram taxas de AVC e morte em 30 dias significativamente superiores aos stents de primeira geração.
- (D) O stent CGuard® utiliza uma estrutura de nitinol em célula aberta e uma malha interna de tereftalato de polietileno.
- (E) A avaliação com Tomografia de Convergência Ótica (OCT) intraoperatória no uso do stent Casper® detectou altas taxas de prolapso de placa (acima de 50%).

QUESTÃO 25

A Endarterectomia de Carótida (EC) é um procedimento com complicações bem estabelecidas, incluindo déficits neurológicos por lesão de nervos cranianos ou alterações hemodinâmicas, como a Síndrome de Hiperperfusão Cerebral (SHC). A identificação precoce de um déficit neurológico no pós-operatório (PO) imediato exige conduta rápida e baseada na provável etiologia:

- (A) O principal fator de risco para a Síndrome de Hiperperfusão Cerebral (SHC) é a hipotensão arterial mantida durante o clampeamento carotídeo.
- (B) Um déficit neurológico que surge 12 horas após a cirurgia é mais provavelmente causado por síndrome de hiperperfusão cerebral.
- (C) A lesão do nervo laríngeo recorrente contralateral prévia (por exemplo, tireoidectomia) não contraindica a realização de uma EC.
- (D) A lesão do nervo hipoglosso (XII) é a mais frequente, causando desvio da rima labial e dificuldade de mastigação.
- (E) Um déficit neurológico central detectado ao final da EC exige correção imediata da causa, antes que o paciente deixe o centro cirúrgico.

QUESTÃO 26

Durante investigação diagnóstica de malformações venosas dos membros inferiores, um cirurgião vascular analisa os dados de um estudo retrospectivo com 890 membros avaliados por angiotomografia venosa. Considerando as categorias de variações anatômicas do segmento venoso femoropoplíteo descritas na literatura, a incidência de agenesia completa desse segmento observada é de:

- (A) 0,3% dos casos avaliados.
- (B) 1% dos casos avaliados.
- (C) 1,6% dos casos avaliados.
- (D) 2,8% dos casos avaliados.
- (E) 3% dos casos avaliados.

QUESTÃO 27

Durante a Endarterectomia de Carótida (EC) pela técnica convencional (longitudinal), o método de encerramento da arteriotomia é um passo crítico. A escolha entre a síntese primária (sutura direta) e a utilização de um "patch" (remendo) tem implicações diretas na prevenção de complicações precoces e tardias. De acordo com as diretrizes e metanálises apresentadas:

- (A) O uso de "patch" de poliéster é preferível, pois demonstrou a menor incidência de restenose em comparação com PTFE e pericárdio bovino.
- (B) A EC por eversão demonstrou, em estudos observacionais, uma redução significativa na incidência de AVC e óbito em 30 dias comparada à EC convencional.
- (C) A síntese primária da arteriotomia é recomendada rotineiramente por reduzir o risco de AVC perioperatório em comparação ao uso de "patch".
- (D) O uso de "patch" é recomendado apenas seletivamente, pois aumenta significativamente o risco de oclusão arterial perioperatória.
- (E) A EC por eversão é tecnicamente inferior à EC convencional, pois impede a retificação da Artéria Carótida Interna (ACI) em casos de redundância.

QUESTÃO 28

Sobre os mecanismos de ação dos anticoagulantes parenterais padronizados, incluindo a Heparina Não Fracionada (HNF), a Enoxaparina (HBPM) e o Fondaparinux, sabe-se que todos atuam na cascata de coagulação. O Fondaparinux, um inibidor sintético, possui um alvo molecular distinto das heparinas. Conforme o mecanismo de ação:

- (A) O Fondaparinux inativa diretamente a trombina (Fator II ativado) e não possui efeito conhecido sobre a função plaquetária.
- (B) O Fondaparinux potencializa em cerca de 300 vezes a neutralização fisiológica do Fator Xa pela antitrombina III (ATIII).
- (C) A atividade do Fondaparinux resulta da inibição simultânea e equilibrada dos fatores Xa e IIa (trombina).
- (D) O Fondaparinux atua inibindo a síntese dos fatores de coagulação dependentes da vitamina K (II, VII, IX e X).
- (E) O Fondaparinux liga-se ao receptor plaquetário P2Y12, impedindo a agregação induzida pelo ADP.

QUESTÃO 29

Dos antiagregantes plaquetários utilizados na cardiologia intervencionista, como o Clopidogrel (um pró-fármaco) e os inibidores da glicoproteína (GP) IIb/IIIa (Abciximabe e Tirofibana), esses fármacos atuam em diferentes etapas da ativação plaquetária. O mecanismo de ação específico do Clopidogrel é:

- (A) Impedir a ligação do fibrinogênio ao receptor de GP IIb/IIIa, bloqueando diretamente a ligação cruzada das plaquetas.
- (B) Ligar-se aos receptores plaquetários IIb/IIIa, o que acarreta repulsão estérica e inibe a agregação plaquetária.
- (C) Aumentar a atividade da antitrombina (ATIII), inativando assim a trombina e outros fatores de coagulação.
- (D) Inibir a síntese de fatores de coagulação dependentes da vitamina K, afetando a função plaquetária indiretamente.
- (E) Inibir seletivamente a ligação da adenosina difosfato (ADP) ao seu receptor plaquetário P2Y12.

QUESTÃO 30

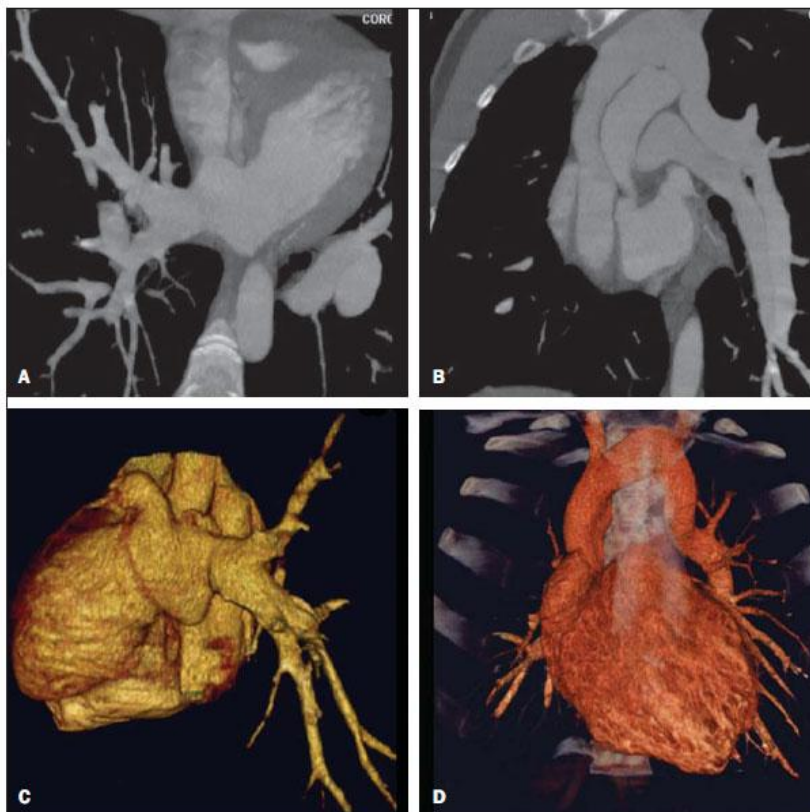
Um paciente homem, 62 anos, diabético tipo 2 com 18 anos de evolução, HAS, tabagista ativo, apresenta-se à consulta referindo ferida no pé direito há 3 semanas com drenagem purulenta e edema local progressivo. Nega febre e refere dor contínua. Ao exame físico: afebril, com úlcera plantar profunda de 4 cm de diâmetro, exsudativa, com eritema > 2 cm e envolvimento de estruturas profundas. Pulso pedioso e tibial posterior ausentes bilateralmente. Hemograma com leucócitos 13.500/mm³. Cultura de abscesso isolou *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina. Radiografia evidencia osteomielite do metatarsal II. O paciente encontra-se estável hemodinamicamente, sem sinais sistêmicos de toxicidade.

Indique a classificação PEDIS mais apropriada para a infecção presente neste caso:

- (A) Grau 1 – infecção envolvendo apenas a pele e tecido celular subcutâneo.
- (B) Grau 2 – celulite estendendo mais que 2 cm, envolvendo estruturas profundas, sem SIRS.
- (C) Grau 3 – presença de eritema > 2 cm com abscesso local, osteomielite ou fascite, sem sinais sistêmicos.
- (D) Grau 4 – infecção com sinais sistêmicos de toxicidade e resposta inflamatória sistêmica.
- (E) Grau 2 – infecção com edema local e drenagem purulenta, mas com leve envolvimento ósseo.

RADIOLOGIA

Considere a imagem para responder às questões 31, 32 e 33.



Em: <https://www.scielo.br/j/rb/a/sQ3TGL8GZ7q7qx4BzvYwGYS/?format=html&lang=pt>

QUESTÃO 31

Nas reconstruções multiplanares e tridimensionais observa-se um vaso tubular ascendendo no bordo mediastinal esquerdo, comunicando-se cranialmente com um tronco venoso central. Indique a denominação e o ponto de drenagem corretos desse vaso na imagem:

- (A) Veia ázigos drenando no tronco braquiocefálico direito.
- (B) Veia vertical esquerda drenando na veia braquiocefálica esquerda.
- (C) Veia pulmonar superior esquerda drenando no átrio esquerdo.
- (D) Veia cava superior esquerda drenando diretamente no átrio direito.
- (E) Tronco venoso inominado drenando na veia cava inferior.

QUESTÃO 32

Considerando o conjunto das reformatações, identifique o território pulmonar envolvido e o sítio sistêmico de drenagem venosa exibidos:

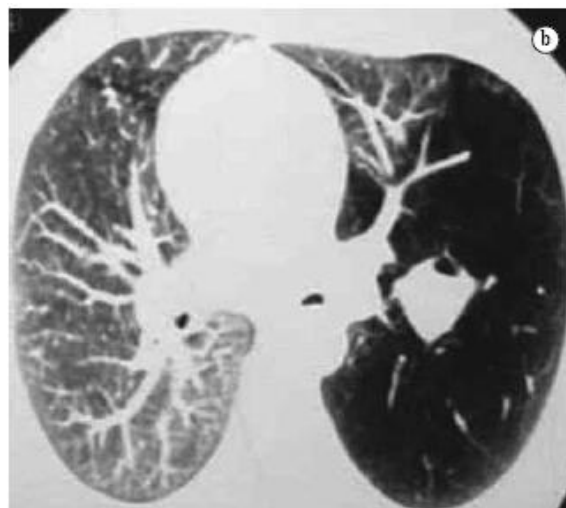
- (A) Veias pulmonares direitas drenando na veia cava superior.
- (B) Veias pulmonares esquerdas drenando no átrio direito.
- (C) Veias pulmonares direitas drenando na veia ázigos.
- (D) Veias pulmonares esquerdas drenando em veia vertical que segue para a braquiocefálica esquerda.
- (E) Veias pulmonares bilaterais drenando diretamente na veia cava inferior.

QUESTÃO 33

No plano sagital oblíquo, avalie as relações do vaso vertical com as estruturas adjacentes e assinale a alternativa correta quanto à sua posição:

- (A) Anterolateral ao hilo e ao arco aórtico, contornando a borda lateral esquerda do mediastino.
- (B) Posterior ao arco aórtico e ao brônquio-fonte esquerdo, junto ao esôfago.
- (C) Medial ao tronco pulmonar, cruzando para o bordo direito do mediastino.
- (D) Inferoposterior à veia cava superior, dirigindo-se ao seio coronário.
- (E) Profundamente retroesternal, cruzando anterior ao tronco braquiocefálico arterial direito.

Analise as imagens para responder às questões 34, 35 e 36



Em: <https://jbp.org.br/details/147/pt-BR/chest-x-ray-and-computed-tomography-in-the-evaluation-of-pulmonary-emphysema>;

QUESTÃO 34

No Rx e no corte axial de TC, observa-se opacidade arredondada/tubular perihilar com parênquima adjacente hiperluzente. Identifique a combinação anatômico-radiológica compatível com o diagnóstico mostrado:

- (A) Massa hiliar sólida com atelectasia segmentar.
- (B) Bronquiectasia cística com hipervascularização periférica.
- (C) Broncocele com hiperinsuflação/oligemia do segmento adjacente.
- (D) Tromboembolismo pulmonar central com infarto periférico.
- (E) Malformação arteriovenosa com enchimento precoce difuso.

QUESTÃO 35

Considerando o aspecto do parênquima adjacente à mucocèle, indique a alteração vascular esperada na imagem:

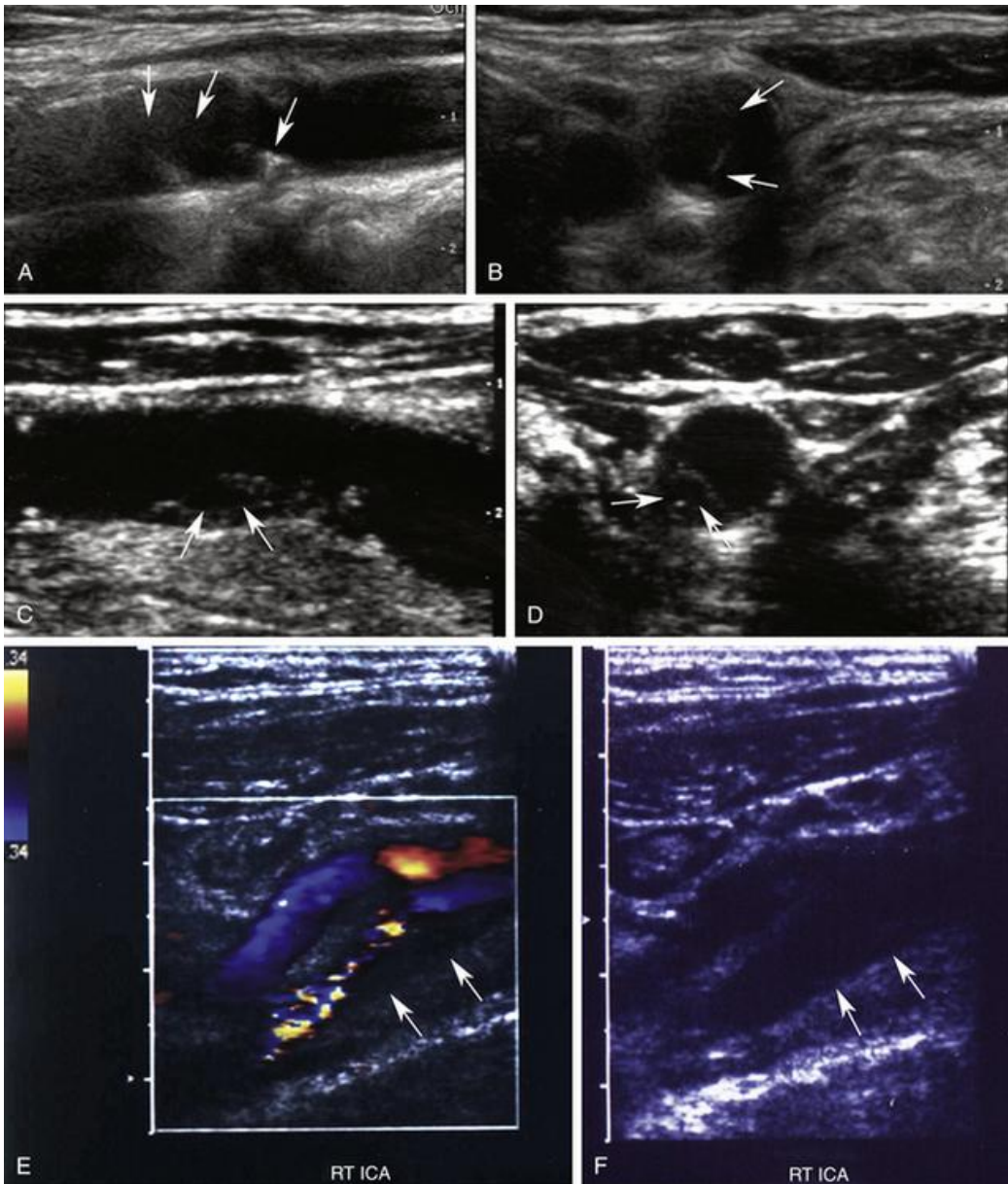
- (A) Aumento do número e do calibre das artérias segmentares.
- (B) Vascularização preservada com calibre habitual dos ramos.
- (C) Preenchimento venoso precoce por shunt arteriovenoso.
- (D) Redução do calibre e da quantidade de vasos (“oligemia”) no segmento hiperinsuflado.
- (E) Deslocamento medial da artéria pulmonar principal.

QUESTÃO 36

A análise do corte axial evidencia uma estrutura tubular preenchida por muco, sem comunicação proximal com a via aérea central. Quanto à relação com o feixe broncovascular, assinale a opção correta:

- (A) O broncocele realça intensamente por contraste, indicando fluxo intraluminal.
- (B) O feixe broncovascular é deslocado para medial com vasos calibrosos.
- (C) As veias pulmonares do segmento mostram ingurgitamento difuso.
- (D) Há descontinuidade arterial com realce do broncocele.
- (E) A artéria pulmonar segmentar correspondente acompanha o brônquio até o hilo, mas no segmento afetado mostra ramos afilados e escassos.

Analise as imagens para responder às questões de 37 a 40



<https://radiologykey.com/ultrasound-assessment-of-carotid-plaque/>

QUESTÃO 37

Em varredura longitudinal da carótida comum e bulbo, observa-se no painel A um traçado linear de dupla ecogenicidade e, no painel B, saliência mural focal para o lúmen. Identifique a interpretação correta dos achados:

- (A) Painel A mostra trombo mural; painel B mostra dissecação.
- (B) Painel A corresponde ao complexo íntima-média (sinal da “linha dupla”); painel B demonstra placa focal protrusa para o lúmen.
- (C) Painel A é artefato de reverberação; painel B é lúmen normal.
- (D) Painel A é cálculo intraluminal; painel B é hematoma adventicial.
- (E) Painel A e B demonstram apenas vasoespasma segmentar.

QUESTÃO 38

Na avaliação longitudinal da parede carotídea, o painel C evidencia estrutura hiperecogênica com atenuação do feixe sônico além da lesão. Assinale a opção que melhor descreve esse achado:

- (A) Placa lipídica hipoecoica, sem sombra.
- (B) Tecido fibroso homogêneo, com realce posterior.
- (C) Placa calcificada com sombra acústica posterior, sugerindo componente cálcico significativo.
- (D) Hematoma intramural recente, com animação móvel.
- (E) Placa ulcerada com fluxo intralesional exuberante.

QUESTÃO 39

No corte transversal do bulbo/ACI em D, observa-se formação arredondada hipoecoica aderida à parede, com limite luminal nítido. Identifique a classificação ecotextural provável:

- (A) Placa predominantemente cálcica com sombra.
- (B) Placa predominantemente mole/ricos em lipídeos, hipoecoica e homogênea.
- (C) Tecido fibroso com calcificações laminares.
- (D) Trombo flutuante com pedículo livre.
- (E) Dissecção com falso lúmen hiperecogênico.

QUESTÃO 40

O Painel F, em modo B (escala de cinza), confirma o estreitamento anatômico (estenose) do lúmen vascular. A avaliação hemodinâmica dessa estenose, que é o objetivo do Doppler, baseia-se nas alterações de velocidade do fluxo sanguíneo ditadas pela física. Com base na estenose anatômica significativa visível no Painel F, identifique o principal achado esperado na análise do Doppler espectral (não mostrado):

- (A) Pico sistólico reduzido com fluxo laminar.
- (B) Fluxo reverso sustentado durante a diástole.
- (C) Ausência de sinal Doppler por oclusão total.
- (D) Aumento do pico sistólico com turbulência pós-estenótica.
- (E) Enchimento venoso precoce por shunt arteriovenoso.

QUESTÃO 41

A qualidade da imagem em Tomografia Computadorizada (TC) é fundamental para o diagnóstico preciso. Um dos principais fatores que degradam a imagem é o ruído, que se manifesta como uma aparência granular e interfere na distinção de estruturas com baixo contraste. Esse ruído é diretamente influenciado pelos parâmetros técnicos de aquisição:

- (A) O ruído é diretamente proporcional ao mAs; portanto, aumentar o mAs resulta em uma imagem mais ruidosa.
- (B) A utilização de algoritmos de reconstrução mais suaves (smooth) aumenta significativamente o ruído na imagem final.
- (C) O ruído diminui com o aumento da dose (mAs), com o aumento da espessura do corte e com a redução do tamanho do paciente.
- (D) O ruído aumenta com o aumento da quilovoltagem (kVp), pois há maior penetração do feixe de raios X.
- (E) O tamanho do paciente não interfere no ruído, que depende apenas da dose de radiação e da espessura do corte selecionado.

QUESTÃO 42

A Ressonância Magnética (RM) baseia-se na interação de núcleos de hidrogênio com pulsos de radiofrequência (RF) sob um forte campo magnético. Após a aplicação de um pulso de RF, os spins retornam ao equilíbrio por dois processos simultâneos, T1 e T2, que são fundamentais para a ponderação da imagem.

- (A) O tempo T1, ou relaxação longitudinal, é o tempo necessário para a magnetização transversal decair a 37% do seu valor inicial.
- (B) O tempo T2, ou relaxação transversal, é o tempo necessário para a magnetização longitudinal recuperar 63% do seu valor original.
- (C) A relaxação T1 é resultado da interação spin-spin, enquanto a relaxação T2 é resultado da interação spin-rede (interação com o meio).
- (D) O tempo T2 é sempre maior que o tempo T1 para qualquer tecido biológico, sendo a base das imagens ponderadas em T2.
- (E) O tempo T1 (relaxação spin-rede) é o tempo necessário para a magnetização longitudinal recuperar 63% do seu valor de equilíbrio.

QUESTÃO 43

Na radiografia digital, os detectores de tela plana (FPD) são classificados com base em seu mecanismo de conversão da energia dos raios X em sinal elétrico. Essa conversão pode ocorrer em uma ou duas etapas, definindo os sistemas como diretos ou indiretos. O conhecimento desses mecanismos é essencial para entender a formação da imagem e a qualidade resultante:

- (A) Os detectores diretos utilizam um cintilador, como o Iodeto de Césio (CsI), para converter os raios X em luz visível.
- (B) Os detectores indiretos utilizam um fotocondutor, como o selênio amorfo (a-Se), para converter diretamente os raios X em cargas elétricas.
- (C) A principal vantagem dos detectores diretos é a conversão em duas etapas (raios X -> luz -> carga), o que aumenta a nitidez da imagem.
- (D) O Iodeto de Césio (CsI) e o Oxissulfeto de Gadolínio (Gd₂O₂S) são materiais cintiladores usados em detectores indiretos.
- (E) Os detectores diretos e indiretos não utilizam a matriz de transistores de película fina (TFT) para a leitura do sinal elétrico.

QUESTÃO 44

Um paciente de 62 anos é encaminhado para investigação de suspeita de acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Em relação aos parâmetros técnicos da sequência de difusão, é essencial que:

- (A) O valor de B seja superior a 500 s/mm².
- (B) O valor de B seja superior a 800 s/mm².
- (C) O mapa de ADC seja adquirido com espessura de corte inferior a 4 mm.
- (D) Com $b \geq 1000$ s/mm², é dispensável calcular o ADC.
- (E) A aquisição seja realizada apenas no plano coronal.

QUESTÃO 45

Um radiologista sueco revolucionou a angiografia ao introduzir uma técnica que possibilitou a cateterização vascular em todo o corpo, permitindo a extensão do método para diversos segmentos arteriais. A técnica consiste na punção de vaso periférico com introdução de fio guia metálico que é levado até o segmento a ser examinado, seguida da introdução de cateter radiopaco sobre o fio guia. O nome do radiologista que desenvolveu essa técnica em 1953 é:

- (A) Johann Christian Doppler.
- (B) Egas Muniz.
- (C) Sven-Ivar Seldinger.
- (D) Arnolfo de Carvalho Neto.
- (E) Wilhelm Conrad Röntgen.

QUESTÃO 46

Um radiologista vascular avalia paciente com história de hemorragia subaracnóidea. A tomografia computadorizada de crânio confirma o sangramento e a investigação subsequente deve procurar a causa, frequentemente representada por aneurisma cerebral roto. Na avaliação por ressonância magnética de crânio sem contraste, os aneurismas cerebrais apresentam característica imagenológica específica relacionada ao alto fluxo sanguíneo. Essa característica é denominada:

- (A) Flow void.
- (B) Time-of-flight.
- (C) Chemical shift.
- (D) Susceptibility artifact.
- (E) Magic angle effect.

QUESTÃO 47

Durante a realização de angiorressonância magnética sem contraste, o radiologista opta pela técnica que satura os tecidos estacionários para que não gerem sinal, enquanto nos locais onde há fluxo sanguíneo os prótons se renovam e o sinal permanece. Após a aquisição, aplica-se um filtro em cada corte para conservar apenas os pixels com sinal mais intenso. As duas técnicas utilizadas neste protocolo são, respectivamente:

- (A) Flow compensation para saturação e volume rendering para filtragem.
- (B) Maximal intensity projection para saturação e time-of-flight para filtragem.
- (C) Flow void para saturação e gradient echo para filtragem.
- (D) Spin echo para saturação e phase contrast para filtragem.
- (E) Time-of-flight para saturação de tecidos e MIP para filtragem de pixels.

QUESTÃO 48

Em um exame de ressonância magnética da hipófise para caracterização de um possível microadenoma, a aquisição dinâmica pós-contraste deve incluir:

- (A) Apenas uma fase pós-contraste no plano coronal.
- (B) Duas fases sequenciais no plano axial.
- (C) Três fases de aquisição no plano sagital.
- (D) Pelo menos quatro fases pós-contraste.
- (E) Apenas aquisições estáticas tardias.

QUESTÃO 49

Paciente com quadro clínico sugestivo de mielite transversa é submetido à ressonância magnética de coluna cervical com contraste. Sobre a utilização de supressão de gordura nas sequências de T1 pós-contraste:

- (A) É obrigatória em todas as sequências pós-contraste.
- (B) Deve ser evitada para não mascarar o realce meníngeo.
- (C) É recomendada, porém não obrigatória.
- (D) Deve ser utilizada apenas na sequência axial.
- (E) Apenas a sequência sagital necessita de supressão de gordura.

QUESTÃO 50

Em Ressonância Magnética (RM), o contraste da imagem é definido pela manipulação dos parâmetros de sequência, como o Tempo de Repetição (TR) e o Tempo de Eco (TE). A escolha correta destes tempos é essencial para suprimir certos tecidos e realçar outros. Para obter uma imagem ponderada em Densidade Protônica (DP):

- (A) Deve-se utilizar um TR curto e um TE curto.
- (B) Deve-se utilizar um TR longo e um TE longo.
- (C) Deve-se utilizar um TR curto e um TE longo.
- (D) Deve-se utilizar um Tempo de Inversão (TI) curto.
- (E) Deve-se utilizar um TR longo e um TE curto.

QUESTÃO 51

Na Tomografia Computadorizada (TC), o "pitch" é um parâmetro fundamental na aquisição helicoidal, que descreve a relação entre o deslocamento da mesa por rotação e a espessura do feixe de raios X. Um "pitch" maior que 1 é frequentemente utilizado para acelerar exames. O uso de um $\text{pitch} > 1$ (menor sobreposição/menor avanço da mesa) implica em:

- (A) Aumento significativo do ruído e piora da resolução longitudinal.
- (B) Redução do volume de cobertura por unidade de tempo e aumento da dose de radiação.
- (C) Interpolação de dados de cortes mais distantes, podendo gerar artefatos e piorar a resolução no eixo z.
- (D) Aquisição de dados redundantes, melhorando a resolução longitudinal, mas aumentando a dose no paciente.
- (E) Redução do tempo total de exame, mas sem qualquer impacto na resolução da imagem ou na dose de radiação.

QUESTÃO 52

Em um serviço com fontes externas de fótons de alta energia, a equipe precisa padronizar quais grandezas usar para monitorização de área e para monitoração pessoal, mantendo coerência com a profundidade de avaliação recomendada para radiações fortemente penetrantes. Indique a associação adequada para esse cenário:

- (A) $H'(0,07,\Omega)$ para área e $H_p(0,07)$ para pessoal.
- (B) $H^*(10)$ para área e $H_p(10)$ para pessoal.
- (C) $H'(3,\Omega)$ para área e $H_p(3)$ para pessoal.
- (D) X (Exposição) para área e E (Dose efetiva) para pessoal.
- (E) Kar (Kerma no ar) para área e $H'(10,\Omega)$ para pessoal.

QUESTÃO 53

Durante um procedimento com uma fonte quase puntiforme em sala de medicina nuclear, o físico médico orienta a equipe a reorganizar o fluxo de trabalho para reduzir a exposição ocupacional atuando especificamente sobre a distância fonte-trabalhador. Indique a relação correta a explorar:

- (A) A taxa de dose é diretamente proporcional à distância r .
- (B) A taxa de dose é inversamente proporcional à distância r .
- (C) A taxa de dose é independente da distância r .
- (D) A taxa de dose é inversamente proporcional ao quadrado da distância r .
- (E) A taxa de dose cai para metade quando a distância dobra.

QUESTÃO 54

A Fibrose Sistêmica Nefrogênica (FSN) é uma complicação rara, mas grave, associada ao uso de contrastes à base de gadolínio. O risco de FSN não é uniforme entre os agentes, dependendo da sua estrutura molecular e da estabilidade do quelante em pacientes com disfunção renal grave:

- (A) Os agentes macrocíclicos (Grupo II) são contraindicados em pacientes com disfunção renal grave (Taxa de Filtração Glomerular < 30) por apresentarem maior risco de dissociação.
- (B) A FSN é causada pela deposição do quelante intacto no globo pálido e núcleo dentado, sendo mais comum com agentes macrocíclicos.
- (C) Os agentes lineares não iônicos (Grupo I), como a Gadodiamida, são contraindicados em pacientes com disfunção renal grave devido ao alto risco de transmetalção.
- (D) A FSN é uma reação anafilactoide aguda, que ocorre mais frequentemente em pacientes com asma e uso de betabloqueadores.
- (E) A pré-medicação com corticoides e a hidratação com N-acetilcisteína eliminam o risco de FSN em pacientes de alto risco.

QUESTÃO 55

Pacientes em uso de betabloqueadores apresentam considerações específicas ao receberem meios de contraste (MC) iodados. Embora o uso concomitante não aumente a probabilidade inicial de uma reação, ele altera significativamente o manejo de uma eventual complicação:

- (A) Pacientes em uso de betabloqueadores têm reações mais severas e refratárias ao tratamento habitual, particularmente com adrenalina.
- (B) O uso de betabloqueadores está associado a um risco aumentado de crise tireotóxica quando administrado com contraste iodado.
- (C) Os betabloqueadores aumentam a frequência de reações adversas leves, mas comprovadamente previnem reações graves.
- (D) A medicação betabloqueadora deve ser suspensa 48 horas antes do exame para diminuir o risco de reação anafilactoide.
- (E) O uso de betabloqueadores é um fator de risco para Nefropatia Induzida pelo Contraste (NIC), mas não para reações de hipersensibilidade.

QUESTÃO 56

Médico radiologista está avaliando uma paciente de 28 anos, gestante de 12 semanas, com queixa de dor abdominal aguda em hipocôndrio direito. A hipótese clínica é colecistite aguda. Para definir o método de imagem mais adequado nesta situação, considerando os princípios de proteção radiológica e as características técnicas dos métodos disponíveis, o radiologista deve indicar:

- (A) Radiografia simples de abdome em duas incidências para avaliação inicial da vesícula biliar.
- (B) Tomografia computadorizada de abdome com contraste para caracterização detalhada da parede vesicular.
- (C) Ultrassonografia de abdome superior como método de escolha por utilizar ondas mecânicas não ionizantes.
- (D) Ressonância magnética de abdome com sequências ponderadas em T1 e supressão de gordura.
- (E) Radiografia de abdome com técnica de baixa quilovoltagem para reduzir a exposição fetal à radiação.

QUESTÃO 57

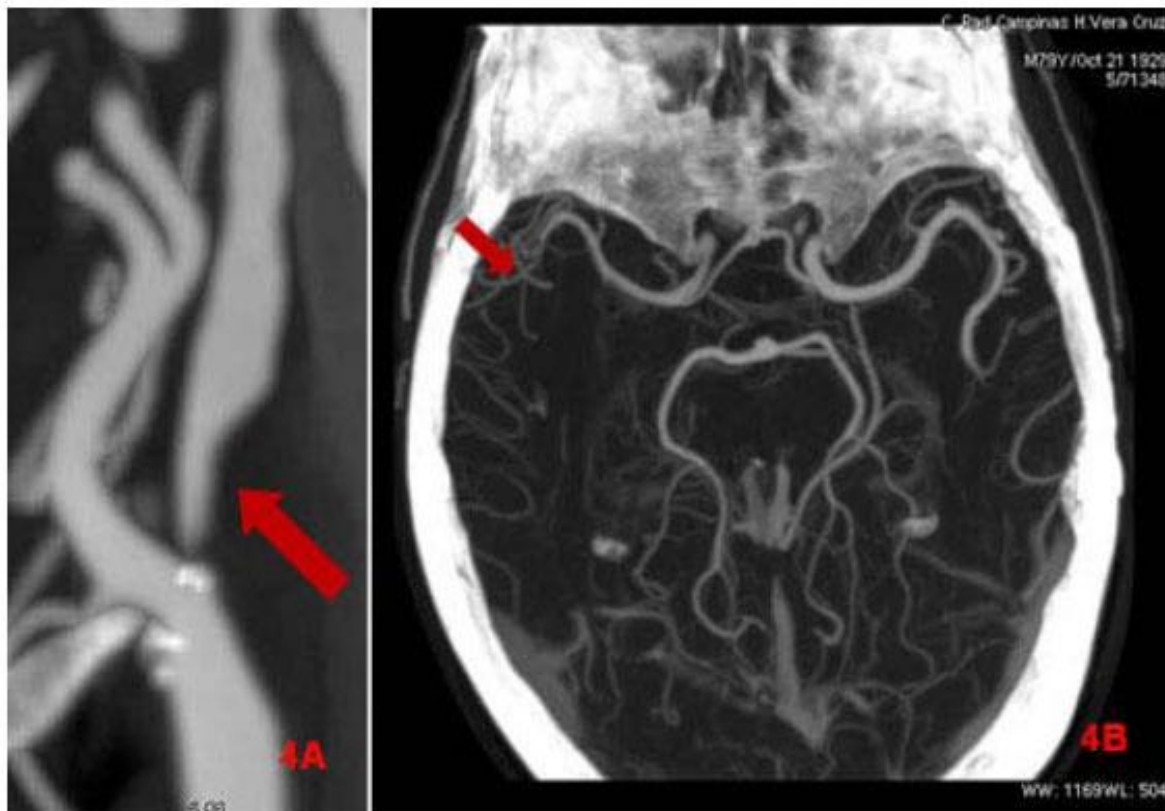
Durante procedimento de cateterismo cardíaco guiado por fluoroscopia, o médico radiologista intervencionista observa que o cardiologista e os técnicos não estão utilizando aventais plumbíferos adequadamente. Considerando os princípios fundamentais de proteção radiológica aplicados aos raios-X, a conduta correta do radiologista deve basear-se no conhecimento de que:

- (A) A radiação secundária gerada pelo espalhamento dos raios-X no corpo do paciente não contribui significativamente para exposição da equipe.
- (B) O uso de aventais plumbíferos é opcional em procedimentos com tempo de exposição inferior a 10 minutos.
- (C) A distância é fator protetor importante, pois a energia da radiação é atenuada proporcionalmente à distância linear.
- (D) A blindagem individual da equipe com aventais de chumbo reduz a exposição à radiação ionizante cumulativa.
- (E) Os raios-X primários são menos penetrantes que a radiação secundária, dispensando proteção adicional.

QUESTÃO 58

Radiologista recebe solicitação de ressonância magnética de crânio para paciente de 45 anos com histórico de cirurgia cardíaca há 2 anos para implante de válvula. Antes de autorizar o procedimento, considerando as características físicas do método e os riscos potenciais, o radiologista deve:

- (A) Solicitar radiografia de tórax prévia para localizar a prótese valvar antes de liberar o exame.
- (B) Verificar o tipo de prótese valvar implantada, pois materiais ferromagnéticos são contraindicação absoluta.
- (C) Realizar o exame com campo magnético reduzido para minimizar o aquecimento dos tecidos adjacentes à prótese.
- (D) Substituir a ressonância por tomografia computadorizada devido ao menor risco de deslocamento protético.
- (E) Autorizar o exame normalmente, pois ondas de radiofrequência não interagem com materiais metálicos implantados.

Avalie a imagem para responder às questões 59 e 60.

Em: https://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500013&lng=pt&nrm=iso

QUESTÃO 59

No estudo de angio-RM do pescoço, observa-se estreitamento afilado e alongado do lúmen da ACI no segmento cervical, sem calcificações evidentes. Indique a interpretação compatível com o achado:

- (A) Placa aterosclerótica calcificada com ulceração focal.
- (B) Fibrodisplasia muscular em “colar de contas” da ACI.
- (C) Tromboembolismo distal com oclusão curta na bifurcação carotídea.
- (D) Carótida média persistente irrigando o território da ACM.
- (E) Dissecção da ACI com estenose afilada (“chama de vela”) e provável hematoma mural adjacente.

QUESTÃO 60

Na angio-RM intracraniana observa-se redução da arborização arterial no hemisfério correspondente, com menor número de ramos visíveis no território da ACM. Indique a alternativa que melhor traduz este achado:

- (A) Aneurisma sacular da bifurcação da ACM com enchimento intenso.
- (B) Hipoperfusão no território da ACM ipsilateral, com rarefação/hipofluxo de ramos distais por estenose proximal.
- (C) Malformação arteriovenosa com drenagem venosa precoce difusa.
- (D) Estenose crítica de artéria basilar com jato acelerado.
- (E) Oclusão da ACA contralateral com hiperintensidade em DWI.

Esta folha não possui validade para fins de avaliação, servindo apenas como rascunho e podendo ser destacada e levada pelo candidato para conferência.

GABARITO – RASCUNHO

1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E
11	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E
16	A	B	C	D	E
17	A	B	C	D	E
18	A	B	C	D	E
19	A	B	C	D	E
20	A	B	C	D	E

21	A	B	C	D	E
22	A	B	C	D	E
23	A	B	C	D	E
24	A	B	C	D	E
25	A	B	C	D	E
26	A	B	C	D	E
27	A	B	C	D	E
28	A	B	C	D	E
29	A	B	C	D	E
30	A	B	C	D	E
31	A	B	C	D	E
32	A	B	C	D	E
33	A	B	C	D	E
34	A	B	C	D	E
35	A	B	C	D	E
36	A	B	C	D	E
37	A	B	C	D	E
38	A	B	C	D	E
39	A	B	C	D	E
40	A	B	C	D	E

41	A	B	C	D	E
42	A	B	C	D	E
43	A	B	C	D	E
44	A	B	C	D	E
45	A	B	C	D	E
46	A	B	C	D	E
47	A	B	C	D	E
48	A	B	C	D	E
49	A	B	C	D	E
50	A	B	C	D	E
51	A	B	C	D	E
52	A	B	C	D	E
53	A	B	C	D	E
54	A	B	C	D	E
55	A	B	C	D	E
56	A	B	C	D	E
57	A	B	C	D	E
58	A	B	C	D	E
59	A	B	C	D	E
60	A	B	C	D	E