



PROCESSO SELETIVO 2026
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

002. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM OU CIRURGIA VASCULAR

Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato

RG

Inscrição

Prédio

Sala

Carteira

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

- 01.** A angioplastia transluminal percutânea (ATP) é um procedimento essencial no tratamento de estenoses arteriais. Qual é o mecanismo principal de ação que resulta na restauração do fluxo sanguíneo?
- (A) Dissolução química da placa aterosclerótica por meio de agentes trombolíticos.
 - (B) Aumento da pressão intrarterial sistêmica para romper a placa aterosclerótica.
 - (C) Indução de neovascularização no segmento estenótico para *bypass* natural.
 - (D) Dilatação mecânica da estenose com compressão da placa aterosclerótica contra a parede do vaso.
- 02.** Em relação aos *stents* utilizados no tratamento endovascular da doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), qual é a principal vantagem dos *stents* farmacológicos – *Drug-Eluting Stents* (DES) em comparação com os *stents* metálicos convencionais – *Bare Metal Stents* (BMS)?
- (A) Os *stents* farmacológicos permitem uma endotelização mais rápida, reduzindo o risco de trombose tardia.
 - (B) A liberação de drogas antiproliferativas inibe a hiperplasia neointimal, principal causa de reestenose.
 - (C) Os *stents* convencionais dispensam o uso de terapia antiplaquetária dupla após o implante.
 - (D) Os *stents* farmacológicos são feitos de ligas metálicas com maior flexibilidade e resistência à fratura.
- 03.** Qual é a principal vantagem do uso da embolização endovascular em relação à cirurgia aberta no tratamento de hemorragias agudas, como as decorrentes de trauma ou sangramento digestivo?
- (A) Possibilidade de acesso mais rápido ao vaso sangrante em comparação com a laparotomia.
 - (B) Ausência completa de risco de complicações infecciosas ou isquêmicas.
 - (C) Capacidade de realizar oclusão seletiva com mínima invasividade e menor morbidade sistêmica.
 - (D) Redução imediata da pressão arterial sistêmica e central.
- 04.** Em relação à utilização do contraste iodado em procedimentos de Angiorradiologia, qual é o fator de risco isolado mais significativo para o desenvolvimento de nefropatia induzida por contraste (NIC)?
- (A) Insuficiência renal crônica prévia, com taxa de filtração glomerular (TFGe) ≤ 30 mL/min/1,73m².
 - (B) Uso de agentes anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) isoladamente nas 24 horas anteriores.
 - (C) Tabagismo ativo e histórico de doença coronariana.
 - (D) Diabetes *mellitus* tipo 2 isolada, sem disfunção renal.
- 05.** Em procedimentos endovasculares realizados com acesso arterial femoral, qual é a complicação local mais comum?
- (A) Dissecção da artéria ilíaca ou aórtica.
 - (B) Formação de hematoma no local da punção.
 - (C) Trombose arterial aguda no segmento puncionado.
 - (D) Embolização distal com isquemia aguda de membro inferior.
- 06.** Qual das seguintes condições clínicas representa a indicação clássica e primária de colocação de um filtro de veia cava inferior (FVC) em um paciente com tromboembolismo venoso (TEV)?
- (A) Tromboembolismo venoso com trombo residual após anticoagulação plena e eficaz por 3 meses.
 - (B) Profilaxia primária em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas de alto risco.
 - (C) Tromboembolismo pulmonar assintomático, mas com grande carga trombótica.
 - (D) Tromboembolismo venoso agudo com contraindicação absoluta e temporária ou permanente à anticoagulação plena.
- 07.** Na técnica de punção arterial femoral para acesso em procedimentos endovasculares, qual é o ponto anatômico de escolha preferencial para minimizar as complicações graves locais?
- (A) Artéria femoral comum, a $\approx 1 - 3$ cm abaixo do ligamento inguinal e sobre a cabeça do fêmur.
 - (B) 1 cm acima do ligamento inguinal (punção alta), para evitar a cabeça femoral.
 - (C) Abaixo da bifurcação da artéria femoral superficial e profunda.
 - (D) Artéria femoral profunda, para evitar trombose do vaso principal.

08. Na avaliação angiográfica de uma estenose carotídea, qual é o ponto de referência utilizado para calcular o grau de estenose segundo o critério *North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial* (NASCET)?
- (A) Diâmetro do bulbo carotídeo ipsilateral.
 - (B) Diâmetro da artéria carótida comum proximal à estenose.
 - (C) Estimativa da área de secção transversal do vaso em ultrassom.
 - (D) Diâmetro do lúmen normal da artéria carótida interna (ACI) distal à estenose.
09. Em um paciente com hemorragia digestiva baixa (HDB) maciça por doença diverticular colônica, qual dos seguintes ramos arteriais é o mais comumente implicado no sangramento diverticular, sendo um alvo frequente de embolização?
- (A) Artéria sigmoide.
 - (B) Artéria cólica média.
 - (C) Artéria ileocólica.
 - (D) Artéria cólica direita.
10. Qual é a estratégia endovascular primária mais utilizada no tratamento da dissecção aórtica tipo B complicada (associada à má perfusão visceral/renal, isquemia de membro ou ruptura iminente)?
- (A) Uso exclusivo de anticoagulação oral para trombose da falsa luz.
 - (B) Colocação de *stent* não recoberto na falsa luz para descompressão.
 - (C) Ligadura cirúrgica da aorta torácica descendente.
 - (D) Implante de endoprótese torácica – *Thoracic Endovascular Aortic Repair* (TEVAR).
11. Após um procedimento de embolização da artéria uterina (EAU) para tratamento de miomas sintomáticos, qual é a complicação tardia mais comumente observada, embora rara, que requer atenção clínica?
- (A) Infecção ou necrose estéril (asséptica) do mioma ou útero.
 - (B) Trombose venosa profunda (TVP) proximal.
 - (C) Isquemia intestinal difusa devido à embolização não alvo.
 - (D) Oclusão completa e bilateral das artérias renais.
12. Em um paciente vítima de trauma contuso, a angio-TC de abdome revela laceração hepática grau IV com extravasamento ativo de contraste (sinal de sangramento arterial ativo). O paciente está hemodinamicamente estável.
- Qual é a conduta endovascular de escolha para controle do sangramento?
- (A) Cirurgia aberta imediata (laparotomia exploradora) com *packing*.
 - (B) Colocação de filtro de veia cava inferior para prevenir TEP.
 - (C) Embolização seletiva da artéria hepática ou de seus ramos lesionados.
 - (D) Implante de endoprótese na aorta abdominal para *damage control*.
13. No contexto da proteção radiológica em procedimentos endovasculares, qual prática técnica, ao ser rigorosamente aplicada, resulta na redução mais eficaz da dose de radiação tanto para o paciente quanto para o operador?
- (A) Utilizar magnificação máxima (*zoom* eletrônico) para melhor detalhe da imagem.
 - (B) Manter o intensificador de imagem (detector) o mais próximo possível do paciente.
 - (C) Aumentar a taxa de quadros (*frames/segundo*) durante a aquisição digital (*cine*).
 - (D) Utilizar sequências de fluoroscopia longa para melhor nitidez de imagem.
14. A proteção radiológica no Brasil é regida por um arcabouço normativo que inclui a CNEN NN 3.01 (Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica) e a ANVISA RDC nº 611/2022 (requisitos sanitários para serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista).
- Considerando a proteção do cristalino dos indivíduos ocupacionalmente expostos (IOEs), qual é o limite de dose equivalente estabelecido pela CNEN NN 3.01 para essa estrutura?
- (A) 20 mSv em média de 5 anos consecutivos, com o máximo de 50 mSv em qualquer ano individual.
 - (B) 10 mSv anuais, estabelecidos como dose equivalente para o cristalino de indivíduos do público.
 - (C) 150 mSv anuais, como limite de dose efetiva para o IOE.
 - (D) 15 mSv em um único ano, sendo esse o limite de dose efetiva anual para o corpo inteiro.

15. Em um procedimento de angiografia cerebral, que utiliza múltiplos ângulos oblíquos e aquisições (cine) de alta resolução, qual das seguintes práticas clínicas e técnicas de imagem reduz de forma mais eficaz a dose absorvida na pele do paciente?
- (A) Repetir aquisições em múltiplos arcos de angulação para cobrir o campo total.
 - (B) Aumentar a distância entre o paciente e o detector de imagem.
 - (C) Utilizar o modo de magnificação máxima (zoom eletrônico).
 - (D) Utilizar a colimação (restrição do campo) do feixe de raios X ao mínimo necessário.
16. Em uma sala de Hemodinâmica ou Angiografia, qual barreira física é a mais importante para proteger o operador da radiação dispersa (espalhada) proveniente do paciente e do tubo de raios X?
- (A) Afastamento do paciente em relação ao tubo de raios X e ao detector.
 - (B) Magnificação máxima.
 - (C) Utilização de blindagens fixas plumbíferas (painel/placa e cortinas) e vestimentas plumbíferas.
 - (D) Uso de modo de fluoroscopia contínua.
17. Paciente de 65 anos de idade, com doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), apresenta claudicação limitante. A ultrassonografia com *doppler* revela uma estenose curta (≤ 10 cm) de 80% na artéria femoral superficial (AFS).
- Qual é o tratamento inicial recomendado para essa lesão?
- (A) Abordagem endovascular com angioplastia.
 - (B) Abordagem endovascular com colocação de prótese (EVAR).
 - (C) Cirurgia de *bypass* arterial (femorofemural).
 - (D) Cirurgia de *bypass* arterial (femoropoplíteo).
18. Após um reparo endovascular de aneurisma de aorta (EVAR), a angio-TC de acompanhamento detecta um Endoleak tipo II, acompanhado de crescimento progressivo do saco aneurismático (≥ 5 mm).
- Qual é a estratégia endovascular com maior taxa de sucesso para selar o Endoleak e estabilizar o saco nesse cenário de alto risco?
- (A) Observação clínica com controle por angio-TC em 6 meses.
 - (B) Embolização seletiva da artéria mesentérica inferior (AMI) por via arterial.
 - (C) Cirurgia aberta de conversão para implante de enxerto cirúrgico.
 - (D) Punção direta do saco aneurismático (transsacular) e embolização do Endoleak.
19. Qual é a principal indicação para o uso de *stent* revestido (*Covered Stent*) em vez de um *stent* metálico nu – *Bare-Metal Stent* (BMS) em uma lesão arterial?
- (A) Garantir a flexibilidade e evitar a fratura do *stent* em vasos sujeitos a flexão e torção.
 - (B) Facilitar a endotelização para prevenir a trombose aguda do *stent*.
 - (C) Tratar lesões que requerem exclusão da circulação, como aneurismas, pseudoaneurismas ou fístulas arteriovenosas.
 - (D) Prevenir o crescimento neointimal, pois o revestimento libera uma droga antiproliferativa, sendo o tratamento de escolha para reduzir o risco de reestenose em lesões longas.
20. Qual é a principal contra-indicação para a realização de angiografia por subtração digital (DSA)?
- (A) Uso de terapia antiplaquetária dupla.
 - (B) Presença de dispositivos cardíacos eletrônicos (marca-passo).
 - (C) Idade avançada do paciente.
 - (D) Pacientes com insuficiência renal crônica grave (TFGe < 30 mL/min/1,73m²) sem acesso dialítico.
21. A síndrome da veia cava superior (SVCS) é mais frequentemente causada por compressão extrínseca por neoplasias.
- Qual é a estratégia endovascular primária para o tratamento da SVCS sintomática?
- (A) Implante de *stent* autoexpansível na veia cava superior (VCS).
 - (B) Trombólise química com cateter seguida de balão, sem implante de *stent*.
 - (C) Quimioterapia sistêmica como tratamento exclusivo para reduzir o volume tumoral.
 - (D) Cirurgia de *bypass* venoso (cavoatrial).

22. Em um paciente com isquemia arterial aguda de membro inferior por êmbolo, qual é o tratamento endovascular de primeira linha que visa à remoção ou à dissolução imediata do coágulo para restaurar a perfusão?
- (A) Angioplastia com balão simples no local da oclusão.
 - (B) Trombólise farmacológica por cateter e/ou trombec-tomia mecânica por cateter.
 - (C) Implante de *stent* metálico autoexpansível na oclusão.
 - (D) Embolização com molas (*coils*) para selar a artéria.
23. A que o termo “recanalização” se refere em Angiorradio-logia Intervencionista?
- (A) À remoção de um *stent* previamente implantado.
 - (B) À colocação de um *stent* para suportar a parede do vaso.
 - (C) Ao restabelecimento do fluxo em um vaso que estava completamente ocluído (oclusão crônica total).
 - (D) À criação de um novo caminho para o fluxo sanguíneo em uma artéria saudável.
24. Na quimioembolização transarterial (TACE) para tratamento de carcinoma hepatocelular (CHC), qual é a principal finalidade do agente embólico no procedimento?
- (A) Prevenir a toxicidade sistêmica do quimioterápico.
 - (B) Acelerar a vascularização do tumor para facilitar a ablação por radiofrequência subsequente.
 - (C) Permitir que o sangue arterial desvie para as artérias portais não afetadas.
 - (D) Ocluir os vasos nutridores do tumor para induzir isquemia e, simultaneamente, prender o quimio-te-rápico localmente.
25. Qual é a principal complicação do implante de um TIPS (*Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt*) que está relacionada ao desvio do fluxo portal, *bypassando* o fígado?
- (A) Trombose da veia porta.
 - (B) Encefalopatia hepática.
 - (C) Insuficiência renal aguda por contraste.
 - (D) Ruptura do esôfago.
26. Sobre a hemodinâmica dos fluidos aplicada à cirurgia vascular, assinale a alternativa correta.
- (A) Segundo a lei de Poiseuille, o fluxo é inversamente proporcional à quarta potência do raio do vaso.
 - (B) O coeficiente de viscosidade apresenta relação diretamente proporcional ao fluxo.
 - (C) A diferença de pressão entre dois pontos não interfere diretamente no fluxo por um vaso.
 - (D) O comprimento do segmento vascular avaliado apresenta relação inversamente proporcional ao fluxo.
27. Dentre as trombofilias listadas nas alternativas a seguir, aquela que é uma trombofilia exclusivamente adquirida é a
- (A) síndrome do anticorpo antifosfolípide.
 - (B) mutação da protrombina G20210A.
 - (C) deficiência de antitrombina III.
 - (D) deficiência de proteína C e S.
28. Quanto à avaliação da insuficiência venosa crônica utilizando a ultrassonografia, assinale a alternativa correta.
- (A) O padrão de refluxo mais frequente é o refluxo de toda a safena magna, incluindo a junção safeno-femoral.
 - (B) Os critérios ultrassonográficos para definição de refluxo na veia safena são os mesmos para o exame realizado em ortostase ou em decúbito dorsal.
 - (C) O refluxo na safena parva é testado utilizando-se a compressão manual distal.
 - (D) O modo *color* é suficiente para estabelecer o diagnóstico de insuficiência de veias perfurantes.
29. Com relação ao tratamento da insuficiência venosa crônica, assinale a alternativa correta.
- (A) Nos métodos termoablativos é preconizado posicionamento da fonte ablativa distal à veia epigástrica, poupando essa veia da ablação.
 - (B) Nas crossectomias com safenectomia, a principal causa de recidiva é a falha na ligadura da safena junto à veia femoral.
 - (C) A ablação química das veias tributárias e safena magna tem altos índices de sucesso à medida que se aumenta a concentração do polidocanol. Contudo, a relação entre a concentração do agente e o desenvolvimento de pigmentação da pele não está estabelecida.
 - (D) Em termos de sobrevida livre de refluxo, a safenectomia apresenta o melhor resultado, seguido pela ablação química por polidocanol a 3% e termoablação por laser 1470.

30. Com relação aos anticoagulantes de ação direta, assinale a alternativa correta.

- (A) Dabigatrana apresenta mecanismo de ação por inibição do fator XA.
- (B) Rivaroxabana, edoxabana e apixabana apresentam mesmo mecanismo de ação.
- (C) A apixabana não é recomendada para portadores de insuficiência renal crônica, independentemente do *clearance* de creatinina.
- (D) Complexo protrombínico faz a reversão anticoagulante da rivaroxabana, mas não da edoxabana.

31. O uso de anticoagulantes orais de ação direta (DOAC) foi amplamente difundido na prática médica, principalmente devido à sua segurança e eficácia. Contudo, há contraindicações ao seu uso dependendo da condição tratada.

Assinale a alternativa que apresenta uma condição com contraindicação ao uso dos DOAC.

- (A) Síndrome do anticorpo antifosfolípide.
- (B) Mutação da protrombina G20210A.
- (C) Deficiência de antitrombina.
- (D) Deficiência de proteína C e S.

32. Com relação às derivações arteriais com substituto autógeno, assinale a alternativa correta.

- (A) Uma das vantagens do uso da safena magna removida e devalvulada é a melhor proporcionalidade dos calibres nas anastomoses.
- (B) A principal vantagem do uso da safena *in-situ* é a não necessidade de realizar ligaduras escalonadas de suas tributárias.
- (C) Uma das grandes desvantagens do uso de substitutos autógenos é que não critérios ultrassonográficos bem definidos para vigilância pós-operatória de derivações.
- (D) Uma outra desvantagem é o fato de que apenas a veia safena magna pode ser utilizada nas derivações infra-inguinais, de modo que o uso prévio desse substituto inviabiliza a condução de revascularização com conduto autógeno.

33. Sobre os aspectos técnicos dos acessos cirúrgicos realizados nas derivações arteriais infra-inguinais, assinale a alternativa correta.

- (A) De modo geral, a artéria femoral profunda não é uma boa opção para realização de derivações por apresentar calibre reduzido e ser frequentemente acometida por aterosclerose.
- (B) No acesso medial à artéria poplítea junto à interlinha, é frequente a necessidade de se afastar o gastrocnêmio medial para dissecação da artéria junto à genicular sural.
- (C) Uma das vantagens do acesso ao tronco tíbio-fibular em relação à artéria poplítea P3 é que a artéria está localizada em plano superior às veias, portanto, não há veias cruzando essa trifurcação.
- (D) Habitualmente, o acesso medial da artéria fibular permite a dissecação de todas as suas porções, incluindo a origem e o seu segmento distal.

Considere o caso a seguir para responder às questões 34 e 35:

Um paciente portador de insuficiência renal crônica (IRC) faz hemodiálise por uma fístula bráquio-axilar com prótese em membro superior esquerdo. Durante a avaliação do paciente durante sua sessão de hemodiálise, foi identificada ausência de frêmito na fístula e, na tentativa de canulação da fístula, não houve sucesso na aspiração de sangue. Há relatos de que, na última sessão, não houve qualquer intercorrência na hemodiálise, porém, o paciente refere sangramento mais intenso que o habitual após a retirada da agulha de canulação.

34. Sobre a causa da oclusão da fístula, é correto afirmar:

- (A) a provável causa de obstrução do acesso é infecciosa, independentemente da presença ou não de sinais infecciosos.
- (B) a causa da obstrução está relacionada ao estado pró-trombótico característico de pacientes portadores de IRC, associado ao fato de que, provavelmente, não foi aplicada a dose correta de heparina devido ao sangramento do sítio de punção.
- (C) há, provavelmente, estenose na anastomose venosa.
- (D) a causa provável da obstrução está relacionada a algum estado de hipotensão que o paciente tenha apresentado entre as sessões de hemodiálise.

35. Sobre esse paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Não há benefício na tentativa de salvar a fístula, principalmente por se tratar de conduto protético.
- (B) A trombectomia com cateter de Fogarty® é suficiente para recuperar o acesso, com alto sucesso de perviedade secundária, sem procedimento adjuvante.
- (C) Em conjunto com a trombectomia, é essencial que seja realizada angiografia, com a correção da estenose.
- (D) Por ser um acesso protético, provavelmente não há mais possibilidade de acesso por fístula; portanto, a recomendação é pelo implante de cateter de longa permanência.

Considere o caso a seguir para responder às questões 36 e 37:

Um paciente de 80 anos, com seqüela de AVC, institucionalizado e portador de arritmia em tratamento anticoagulante, é trazido por familiares por ter sido notado resfriamento do membro inferior esquerdo. O paciente é mal informante, mas, segundo relatos, nos últimos 7 dias, houve queixa de dor intensa no membro, seguida de melhora total da dor nas últimas 48 horas. Ao exame físico, é identificado ausência de pulso no membro inferior esquerdo, com pulso femoral direito amplo, sem outros pulsos no membro inferior. Observa-se cianose fixa no pé esquerdo e uma placa plana e equimótica na loja tibial anterior.

36. Trata-se de oclusão arterial

- (A) aguda Rutherford IIa.
- (B) aguda Rutherford IIb.
- (C) aguda Rutherford III.
- (D) crônica Rutherford IV.

37. Esse paciente é levado ao centro cirúrgico para cirurgia de exploração arterial. Na exploração da artéria femoral comum esquerda, identifica-se placa aterosclerótica acometendo a bifurcação, não oclusiva, sem pulso local. Na arteriotomia, foi identificada presença de trombos locais, de característica antiga. Não há refluxo na artéria femoral profunda e, na tentativa de passagem proximal do cateter de embolectomia, há sua progressão por apenas 7 cm, sem saída de trombos durante sua retração.

Em face dessa situação, a conduta adequada é

- (A) fazer a progressão do cateter de embolectomia em direção à artéria femoral superficial, seguido de fasciotomia primária do compartimento anterior.
- (B) considerar o diagnóstico de oclusão trombótica da femoral e, portanto, proceder à exploração da aorta e derivação aorto-bifemoral.
- (C) realizar passagem do cateter de embolectomia pela femoral profunda, seguido de derivação femoro-femoral cruzada e amputação em nível transfemoral.
- (D) proceder endarterectomia de femoral comum, associado à arterioplastia com remendo, seguido de heparinização sistêmica para compensação do membro.

38. Sobre o aneurisma de artéria renal, assinale a alternativa correta.

- (A) De modo geral, a etiologia está relacionada a pequenas dissecções de íntima, seguidas de dilatação da falsa luz e formação de aneurisma verdadeiro.
- (B) De modo geral, esse tipo de aneurisma é diagnosticado por achado de exame, já que a maioria dos pacientes são assintomáticos.
- (C) Há indicação de tratamento, independentemente do tamanho, especialmente em mulheres jovens, na idade fértil, e em mulheres após a menopausa, devido à supressão estrogênica.
- (D) Quanto à topografia, a maioria dos aneurismas está localizada na 1ª porção da artéria, antes da 1ª segmentação.

39. No que se refere a aneurismas viscerais, assinale a alternativa correta.

- (A) Pseudoaneurismas viscerais devem ser operados independentemente do tamanho.
- (B) Na artéria pancreatoduodenal, o principal fator etiológico é a pancreatite crônica, mas a correção deve ser reservada aos aneurismas superiores a 2,0 cm.
- (C) Não há complicações descritas com a embolização da artéria hepática direita, desde que seja comprovada a perviedade da veia porta.
- (D) Uma das características da circulação esplênica é a baixa tolerância à oclusão proximal dessa artéria.

40. Um paciente com insuficiência coronária realiza um *doppler* de carótidas que confirma uma estenose superior a 70% na artéria carótida esquerda. O paciente nega qualquer evento cerebrovascular prévio, incluindo acidente isquêmico transitório. Quanto às orientações e à conduta frente ao caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Na avaliação pela ultrassonografia *doppler*, o parâmetro primário para estimar uma estenose > 70% é a relação de velocidade de pico sistólico entre a carótida interna e a comum.
- (B) O tratamento clínico nessas situações é baseado na associação entre anti-lipemiantes, tienopiridínicos e inibidores anti-Xa em baixa dose.
- (C) O tratamento cirúrgico é superior ao clínico, em virtude de o tratamento clínico otimizado (*best medical therapy* – BMT) estar associado a risco relativo de evento cerebrovascular de 5% /ano.
- (D) Em comparação à endarterectomia, a grande vantagem do tratamento endovascular é o menor risco de evento coronariano, mas com risco maior de evento cerebrovascular.

41. O conhecimento de materiais básicos em cirurgia endovascular é essencial na prática do cirurgião vascular. Sobre a aplicação e as características dos cateteres de angiografia/terapêuticos, assinale a alternativa correta.
- (A) Em relação ao cateter diagnóstico, o cateter terapêutico apresenta um maior número de configurações de ponta.
 - (B) Um cateter guia ou terapêutico 6 Fr. apresenta diâmetro externo superior ao de um cateter diagnóstico 6 Fr.
 - (C) Um cateter guia apresenta lúmen interno superior a um cateter diagnóstico de mesmo diâmetro externo.
 - (D) Um cateter diagnóstico 6 Fr. permite a passagem de um dispositivo com diâmetro externo de até 4 Fr.
42. É uma medida associada ao aumento da exposição da equipe à radiação durante procedimentos endovasculares:
- (A) colimar as imagens.
 - (B) trabalhar em incidências oblíquas.
 - (C) elevar a mesa, aproximando o paciente do intensificador de imagens.
 - (D) utilizar *zoom* digital.
43. Assinale a alternativa que apresenta o sítio de punção arterial com menor ocorrência de complicações relacionadas ao acesso.
- (A) Artéria radial.
 - (B) Artéria braquial.
 - (C) Artéria axilar.
 - (D) Artéria femoral.
44. Quanto ao tratamento endovascular da doença aterosclerótica obstrutiva do segmento fêmoro-poplíteo, é correto afirmar:
- (A) a oclusão da artéria femoral superficial em sua origem é uma contraindicação absoluta ao tratamento endovascular, principalmente se realizada por punção anterógrada ipsilateral.
 - (B) a presença de oclusão da artéria femoral superficial é uma indicação absoluta ao implante de *stent* após a recanalização endovascular desse segmento.
 - (C) a artéria poplíteia é subdividida em dois segmentos, sendo o segmento P1 a porção suprapatelar, e o P2, a porção infrapatelar.
 - (D) lesões oclusivas extensas, incluindo principalmente a trifurcação da artéria poplíteia, são melhor abordadas por derivação arterial, especialmente quando há lesões periféricas extensas.
45. Assinale a alternativa que apresenta, corretamente, as artérias componentes da arcada de Riolan.
- (A) Tronco celíaco, arcada pancreatoduodenal e artéria mesentérica superior.
 - (B) Artérias mesentérica superior, cólica direita, pancreatoduodenal, mesentérica inferior.
 - (C) Artérias mesentérica inferior, cólica esquerda, sacral média, íliaca interna esquerda.
 - (D) Artérias mesentérica superior, cólica média, cólica esquerda, mesentérica inferior.
46. Com relação à isquemia visceral crônica sintomática, é correto afirmar:
- (A) a artéria mais comumente acometida é a mesentérica inferior.
 - (B) na síndrome do ligamento arqueado, o principal ponto de compressão ocorre junto à divisão do tronco celíaco entre hepática e esplênica. Nessa condição, a principal via de colateralização ocorre entre os vasos breves do baço e a artéria esplênica.
 - (C) a aterosclerose da artéria mesentérica superior tem predileção pela origem, poupando a origem da artéria pancreatoduodenal inferior.
 - (D) no tratamento endovascular da artéria mesentérica superior, há preferência pelo uso de *stents* não revestidos, autoexpansíveis e em configuração rápida troca.
47. Sobre a correção endovascular do aneurisma de aorta abdominal, assinale a alternativa correta.
- (A) Segundo as instruções de uso das endopróteses de prateleira, não há disponibilidade de dispositivos para o tratamento do colo reto infrarrenal inferior a 10 mm.
 - (B) Uma das limitações do tratamento endovascular é o perfil dos dispositivos disponíveis no mercado. Nesse sentido, diâmetro de íliaca externa inferior a 6 mm, constitui-se em uma contraindicação à cirurgia endovascular.
 - (C) Em comparação à cirurgia endovascular por dissecação das artérias femorais, as vantagens do tratamento totalmente percutâneo (PEVAR) são: alta mais precoce, menor uso de analgésicos, menor sangramento intraoperatório e não inferioridade quanto ao tempo cirúrgico.
 - (D) Dentre as vantagens das endopróteses trimodulares, destacam-se: geralmente apresentam menor perfil, permitem melhor adequação das extensões íliaca necessárias e necessitam de menor estoque de peças pela indústria/distribuidor.

48. Sobre as definições de colo relacionados aos aneurismas de aorta abdominal, assinale a alternativa correta.

- (A) São classificados como aneurismas justa renais quando o colo é inferior a 20 mm.
- (B) A conicidade é definida pelo aumento superior a 20% entre o segmento justa-renal e o fim do colo.
- (C) Aneurismas pararenais apresentam envolvimento de pelo menos uma ou ambas as renais.
- (D) O envolvimento das artérias viscerais, incluindo o tronco celíaco, é classificado como aneurisma toracoabdominal tipo V.

49. A correção dos aneurismas complexos da aorta, incluindo aneurismas toracoabdominais, representa um grande desafio na cirurgia vascular, devido às altas complexidade e morbimortalidade associadas a essas cirurgias.

A respeito desse tema, assinale a alternativa correta.

- (A) Uma das vantagens do uso das endopróteses com janelas em relação aos dispositivos ramificados é a menor cobertura aórtica, as custas de uma maior precisão no implante.
- (B) Uma outra vantagem da prótese fenestrada em comparação à ramificada é que, rotineiramente, não há necessidade de implante de *stent* ponte para as artérias viscerais.
- (C) Uma desvantagem da prótese ramificada é a indisponibilidade de dispositivos de prateleira para atendimento de urgências/emergências.
- (D) No peri-operatório, incluindo os 30 dias iniciais, a principal desvantagem da abordagem endovascular em relação à aberta é a incidência maior de injúria renal aguda, com necessidade de hemodiálise.

50. Um paciente realiza tratamento endovascular de aneurisma de aorta, com uso de endoprótese infrarrenal. No seguimento pós-operatório, foi identificado vazamento no corpo principal e, na revisão do exame, identifica-se fratura em um dos *stents* do corpo principal.

Assinale a alternativa que corresponde ao tipo de endoleak descrito.

- (A) I A.
- (B) I C.
- (C) II.
- (D) III.

RASCUNHO

NÃO ASSINE ESTA FOLHA

