

Nome: \_\_\_\_\_

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A. (GHC) – HOSPITAL  
FEDERAL DE BONSUCESSO – RJ – Concurso Público – 002/2026****018 – MÉDICO (CIRURGIA CARDIOVASCULAR) –  
PROVA 01****PROVA ESCRITA OBJETIVA  
CADERNO DE QUESTÕES**

**ATENÇÃO:** Transcreva no espaço do seu CARTÃO-RESPOSTA, com sua caligrafia usual, a frase abaixo.

Sempre parece impossível até que seja feito.

**Leia atentamente as instruções abaixo e aguarde a autorização para abertura deste caderno de questões.**

1. Confira o **CADERNO DE QUESTÕES** nos primeiros **30 minutos de prova**. Caso haja algum erro de impressão, ausência de questão, dentre outros, a prova poderá ser substituída nesse intervalo de tempo.
2. Confira o **CARTÃO-RESPOSTA** e assine seu nome no espaço próprio, utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta. A ausência de assinatura incide na desclassificação do candidato.
3. Não dobre, não amasse, nem manche o **CARTÃO-RESPOSTA**. Ele **NÃO** poderá ser substituído.
4. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 5 opções identificadas com as letras A, B, C, D, E. Assinale apenas uma opção em cada questão, caso contrário, ela será nula.
5. O tempo disponível para esta prova é de **3h**.
6. Reserve os 30 minutos finais para marcar seu **CARTÃO-RESPOSTA**. Os rascunhos e as marcações assinaladas no **CADERNO DE QUESTÕES** não serão considerados na avaliação.
7. Os candidatos, após entrarem na sala da prova, somente poderão retirar-se após decorridas duas horas do tempo de duração previsto.
8. Quando terminar a prova, entregue-a ao fiscal **SEM FALTAR NENHUMA PÁGINA OU PARTE DELA**, juntamente com o **CARTÃO-RESPOSTA**. Em seguida, assine a **LISTA DE PRESENÇA**. Caso o **CADERNO DE QUESTÕES E/OU** o **CARTÃO-RESPOSTA** estejam rasgados ou incompletos, o candidato será eliminado.
9. O candidato também será excluído do certame caso:
  - a) Utilize, durante a realização da prova, máquinas e/ou relógios de calcular, bem como rádios, gravadores, fones de ouvido, telefones celulares ou fonte de consulta de qualquer espécie.
  - b) Ausente-se da sala de prova levando consigo o **CADERNO DE QUESTÕES**, antes do tempo estabelecido, e/ou **CARTÃO-RESPOSTA**.
  - c) Deixe de assinalar corretamente o campo no **CARTÃO-RESPOSTA**.



CONCURSO PÚBLICO



**GABARITO**

<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>

## 018 – MÉDICO (CIRURGIA CARDIOVASCULAR) – PROVA 01

### CONHECIMENTOS GERAIS

#### Questão 01

As Normas de Habilitação para a Atenção Especializada no Processo Transexualizador, previstas na Portaria de Consolidação n.º 2/2017, estabelecem critérios para serviços de saúde que desejam ofertar esse cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando essas disposições, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A habilitação é restrita a hospitais universitários federais, não podendo ser concedida a serviços estaduais ou municipais.
- b) Os serviços habilitados devem garantir equipe multiprofissional composta, no mínimo, por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, assegurando acompanhamento integral.
- c) A portaria prevê que o processo transexualizador pode ser iniciado apenas após os 25 anos de idade, em consonância com normas internacionais de saúde.
- d) A habilitação dispensa comprovação de capacidade e regulamentação em órgãos competentes, bastando a manifestação de interesse do gestor estadual ou municipal para regulamentação nessas instâncias.
- e) O processo transexualizador é regulamentado apenas para procedimentos cirúrgicos e acompanhamento psicológico.

#### Questão 02

O Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde. Tais ações e serviços envolvem diretamente a proteção da vida, da dignidade humana e do bem-estar coletivo. Além disso, o exercício da prática assistencial está inserido em um contexto de interesse público e de responsabilidade ética e legal, contribuindo diretamente para a efetivação da cidadania. Com base no Artigo 197, é CORRETO afirmar que:

- a) As ações voltadas à promoção da saúde deixam de ser enquadradas como atividades típicas de prestação de serviços públicos, passando a ser compreendidas, em caráter complementar, como

iniciativas de natureza privada, desvinculadas da obrigação estatal de execução direta.

- b) Tais ações e serviços, mesmo quando prestados por instituições particulares, são passíveis de regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público, que detém a competência constitucional para assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança.
- c) Como as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, a consequência jurídica é a vedação de qualquer uso de recursos orçamentários estatais para o pagamento de serviços prestados por instituições privadas de saúde, reforçando a prioridade do investimento no sistema público.
- d) A crescente demanda por cuidados de saúde e sua relevância socioeconômica conferem caráter de relevância pública às ações executadas por pessoas físicas ou jurídicas privadas, dispensando regulamentação e controle estatal por se tratarem de atividades menos complexas e desvinculadas de grandes redes hospitalares.
- e) Segundo o Art. 197, a competência do Poder Público limita-se à prestação direta das ações de saúde, não lhe cabendo regulamentar, fiscalizar ou controlar aquelas executadas por particulares, já que estas se enquadram como atividades de livre iniciativa.

#### Questão 03

O Art. 6º da Lei n.º 8.080/1990, inclui ações e serviços voltados à saúde do trabalhador nas atribuições do SUS. Com base nesse dispositivo e em seus incisos, assinale a alternativa que apresenta apenas ações que integram as atribuições do SUS no campo de saúde do trabalhador, conforme a Lei Orgânica da Saúde.

- a) Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou de doença ocupacional; participação na avaliação e controle de riscos no processo de trabalho e revisão periódica da listagem de doenças relacionadas ao trabalho.
- b) Fiscalização de benefícios previdenciários; definição da jornada máxima de trabalho saudável; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde e concessão de aposentadoria especial ao trabalhador exposto a agentes nocivos.

- c) Realização de perícias trabalhistas judiciais; garantir a interdição de máquinas, setores ou ambientes de trabalho diante de risco iminente à vida ou à saúde, quando solicitado pelo sindicato dos trabalhadores e gestão e fiscalização de programas de seguro de vida.
- d) Avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; captação de recursos para ações de saúde por meio dos Conselhos Profissionais e regulamentação da contribuição sindical para planos coletivos de saúde.
- e) Organização de conselhos de fiscalização do exercício da profissão; criação de normas de registro em conselhos de classe; definição de piso salarial das categorias da saúde e participação na fiscalização dos serviços de saúde do trabalhador nas empresas públicas e privadas.

**Questão 04**

Conforme o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece que as ações e serviços do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema organizado segundo diretrizes específicas, é CORRETO afirmar que:

- a) O SUS é centralizado pela União, que detém direção única em todo o território nacional, capitaneada pelo Poder Executivo, mas fiscalizada pelo Legislativo, que representa a participação popular.
- b) O atendimento integral deve priorizar serviços hospitalares, distribuídos em rede colaborativa e racionalizada, em detrimento das atividades preventivas, com base nos agravos com maior incidência nacional.
- c) A participação da comunidade é garantida pelo serviço de Ouvidoria e pela possibilidade de a liderança estadual opcionalmente aceitar as solicitações e julgar quais as melhores ações adotadas no território.
- d) O SUS é organizado em rede regionalizada e hierarquizada, com descentralização e direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, priorizando atividades preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais, e participação da comunidade.
- e) O SUS é estruturado pela União de acordo com critérios clínicos e epidemiológicos, baseado em hierarquia centralizada que determina a composição da rede regional, que dá suporte às unidades do município.

**Questão 05**

A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), instituída em 2003, buscou transformar práticas de atenção e gestão no SUS, valorizando o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e gestores. A Lei 15.126, sancionada em 28 de abril de 2025, trouxe uma mudança importante a respeito dessa política pública tão relevante. Considerando esses elementos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A Lei n.º 15.126/2025 consolidou a atenção humanizada como princípio legal do SUS, reforçando que o cuidado deve integrar dimensões técnicas e subjetivas, sem restringir-se a protocolos clínicos, e garantindo que a humanização seja obrigatória em todas as esferas de gestão e atenção.
- b) A HumanizaSUS, após a Lei n.º 15.126/2025, passou a ser considerada política estadual sem força normativa vinculante, cabendo a cada ente federativo adotar práticas humanizadas, garantindo que o acolhimento e a clínica ampliada sejam obrigatórios em todos os hospitais gerais dos municípios.
- c) A atualização normativa de 2025 revogou a Política Nacional de Humanização, substituindo-a por um novo programa de gestão hospitalar voltado para a eficiência administrativa, o acolhimento por classificação de risco, a participação dos usuários na cogestão de unidades.
- d) A Lei n.º 15.126/2025 incluiu a atenção humanizada como princípio constitucional do SUS, alterando diretamente o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, de modo que a humanização passou a ser diretriz constitucional, reforçando o compromisso do Estado brasileiro com a humanização das unidades de saúde.
- e) A Política Nacional de Humanização, após a Lei n.º 15.126/2025, foi ampliada como programa ministerial transversal, para ser aplicada em todas as unidades hospitalares de grande porte, e em unidades da atenção básica ou especializada em municípios estratégicos, expandindo os serviços de acolhimento.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS****Questão 06**

Um Cirurgião cardiovascular realiza troca valvar mitral em paciente de 72 anos. No pós-operatório, surge complicação hemorrágica grave. O cirurgião

solicita a um colega (também cirurgião) que assuma o caso enquanto se afasta por dois dias por motivos pessoais. Ao retornar, descobre que o colega modificou a anticoagulação prescrita, resultando em evento tromboembólico cerebral. O paciente evolui com sequelas neurológicas. Com base no Código de Ética Médica (CEM), é CORRETO afirmar que:

- a) O cirurgião original responde pelo Art. 3º e o substituto pelo Art. 1º, pois cada um assumiu responsabilidade sobre a fase do tratamento em que atuou diretamente.
- b) O cirurgião original responde pelo Art. 8º e o substituto pelo Art. 52, pois desrespeitou prescrição de outro médico sem que houvesse indiscutível benefício para o paciente.
- c) O cirurgião original responde pelo Art. 36 e o substituto pelo Art. 1º, pois houve abandono do paciente e dano por imperícia, respectivamente.
- d) Ambos respondem solidariamente pelo Art. 3º, pois quando vários médicos assistem o mesmo paciente, a responsabilidade é compartilhada integralmente.
- e) O cirurgião original responde pelo Art. 4º e o substituto pelo Art. 5º, pois o primeiro indicou o procedimento e o segundo assumiu ato que não praticou.

#### Questão 07

Um Cirurgião cardiovascular, atuando como perito judicial em processo de responsabilidade civil médica, examina paciente que alega dano decorrente de cirurgia cardíaca realizada por outro profissional. Durante a perícia, o perito constata que o paciente apresenta tamponamento cardíaco incipiente com sinais de instabilidade hemodinâmica progressiva. De acordo com o CEM, o perito deve:

- a) Modificar o procedimento terapêutico instituído, pois há situação de iminente perigo de morte, comunicando por escrito ao médico assistente.
- b) Concluir o exame pericial, registrar o achado no laudo e encaminhar o paciente ao pronto-socorro, pois a função pericial não autoriza intervenção terapêutica.
- c) Suspender a perícia e encaminhar o paciente ao médico assistente original, comunicando o achado por escrito.
- d) Comunicar o achado ao juízo requisitante e aguardar determinação judicial para intervir, preservando a isenção pericial exigida pelo Art. 98.

- e) Intervir diretamente no tamponamento cardíaco e comunicar ao CRM, pois o Art. 94 permite intervenção quando o perito identifica erro do médico assistente.

#### Questão 08

Um paciente de 58 anos apresenta angina de esforço classe funcional II, com teste ergométrico evidenciando infradesnívelamento de ST de 2 mm. A cinecoronariografia revela estenose de 55% em artéria circunflexa proximal, sem outras lesões. Não há avaliação funcional invasiva prévia. Nesse contexto, a conduta recomendada antes de prosseguir com intervenção coronária percutânea é:

- a) Ultrassom intracoronário para determinação da área luminal mínima.
- b) Tomografia de coerência óptica para avaliação da composição da placa.
- c) Avaliação funcional invasiva com reserva fracionada de fluxo.
- d) Angiotomografia de coronárias com escore de cálcio.
- e) Ecocardiograma de estresse com dobutamina para documentação de isquemia.

#### Questão 09

Um paciente de 78 anos, diabético, com insuficiência cardíaca classe funcional III (NYHA), portador de anemia crônica, creatinina plasmática basal de 1,8 mg/dL e que necessitou de balão intra-aórtico, será submetido a intervenção coronariana percutânea. Estima-se a utilização de 300 mL de contraste iodado. Considerando o escore de risco para desenvolvimento de Nefropatia Induzida pelo Contraste (NIC), assinale CORRETAMENTE a pontuação apresentada pelo paciente:

- a) 12 pontos.
- b) 16 pontos.
- c) 20 pontos.
- d) 23 pontos.
- e) 27 pontos.

#### Questão 10

Paciente de 60 anos, portador de angina vasoespástica confirmada por teste de acetilcolina, mantém episódios anginosos frequentes apesar do uso de nifedipino em dose otimizada. O Cardiologista considera associar um segundo fármaco. Acerca do caso, a conduta farmacológica contraindicada para esse paciente é:

- a) Associar nitrato de ação prolongada com administração intermitente.
- b) Escalonar a dose do bloqueador de canal de cálcio.
- c) Introduzir betabloqueador para redução da frequência cardíaca.
- d) Substituir nifedipino por verapamil.
- e) Associar diltiazem ao esquema terapêutico.

**Questão 11**

Paciente de 32 anos, feminina, apresenta dor precordial de caráter pleurítico que piora com inspiração profunda e melhora com flexão anterior do tronco. Relata quadro gripal há 5 dias com febre. O ECG mostra supradesnível difuso do segmento ST com concavidade para cima, poupando V1 e aVR, com infradesnível do segmento PR. Sobre o tema, o parâmetro eletrocardiográfico que permite diferenciar pericardite aguda de repolarização precoce se encontra em:

- a) Presença de imagem em espelho em derivações opostas.
- b) Presença de ondas Q patológicas nas derivações precordiais.
- c) Localização do supradesnível restrita a uma parede específica.
- d) Inversão da onda T concomitante ao supradesnível de ST.
- e) Relação amplitude ST/onda T maior ou igual a 0,25.

**Questão 12**

Paciente de 55 anos, masculino, é atendido no pronto-socorro com dispneia súbita e dor torácica pleurítica. Apresenta frequência cardíaca de 110 bpm, saturação de O<sub>2</sub> de 92%, edema assimétrico em membro inferior esquerdo e antecedente de cirurgia ortopédica há 3 semanas. Utilizando o escore de Wells para tromboembolismo pulmonar, a pontuação desse paciente seria de:

- a) 4,5 pontos.
- b) 5 pontos.
- c) 6 pontos.
- d) 7,5 pontos.
- e) 9 pontos.

**Questão 13**

Paciente de 62 anos, masculino, é admitido com dor torácica e elevação de troponina de alta sensibilidade. A coronariografia revela artérias coronárias sem obstruções significativas (lesão máxima de 30%). O ecocardiograma mostra acinesia apical com hipercontratilidade das bases, sem derrame pericárdico. A equipe discute a investigação complementar. Dessa forma, a conduta diagnóstica para esclarecer a etiologia

de TINOCA (*Troponin-Positive Non-Obstructive Coronary Arteries*) deve ser:

- a) Repetir a coronariografia com avaliação de artéria mamária interna.
- b) Solicitar ressonância magnética cardíaca para diagnóstico diferencial.
- c) Realizar teste ergométrico com protocolo de Bruce para estratificação funcional.
- d) Solicitar cintilografia de perfusão miocárdica com estresse farmacológico.
- e) Realizar angiotomografia de coronárias com protocolo de descarte triplo.

**Questão 14**

Paciente de 58 anos, portador de insuficiência mitral secundária crônica, é submetido a avaliação pela Ecocardiografia Transesofágica Intraoperatória (ETEIO) pré-Circulação Extracorpórea (CEC). O ecocardiografista identifica parâmetros que favorecem a substituição valvar por prótese em detrimento do reparo. Com base no enunciado, assinale CORRETAMENTE o conjunto de achados que corroboram essa decisão.

- a) Altura do *tenting* > 10 mm, área do *tenting* > 1,6 cm<sup>2</sup>, ângulo posterior > 45° e diâmetro do anel > 40 mm.
- b) Altura do *tenting* > 15 mm, área do *tenting* > 2,0 cm<sup>2</sup>, ângulo posterior > 30° e diâmetro do anel > 35 mm.
- c) Altura do *tenting* > 8 mm, área do *tenting* > 1,2 cm<sup>2</sup>, ângulo posterior > 50° e diâmetro do anel > 38 mm.
- d) Altura do *tenting* > 10 mm, área do *tenting* > 1,0 cm<sup>2</sup>, ângulo posterior > 40° e diâmetro do anel > 45 mm.
- e) Altura do *tenting* > 12 mm, área do *tenting* > 1,6 cm<sup>2</sup>, ângulo posterior > 35° e diâmetro do anel > 42 mm.

**Questão 15**

Paciente de 70 anos, com estenose aórtica grave e hipertrofia do septo ventricular, é encaminhado para troca valvar aórtica. Durante a avaliação pela ETEIO pré-CEC, detecta-se obstrução dinâmica da via de saída do ventrículo esquerdo. Conforme o caso, assinale CORRETAMENTE a conduta cirúrgica que a equipe deve considerar associar ao tratamento da estenose aórtica:

- a) Anuloplastia tricúspide com anel protético.
- b) Plastia da valva mitral com ressecção quadrangular.
- c) Ablação septal com álcool por via percutânea.
- d) Ampliação da raiz aórtica pela técnica de Nicks.
- e) Miectomia septal associada ao procedimento valvar.

**Questão 16**

Paciente de 45 anos, portador de Dispositivo de Assistência Ventricular Esquerda (DAVE) de fluxo

contínuo implantado há 72 horas, apresenta piora hemodinâmica aguda. A ETEIO demonstra desvio do septo interatrial para a esquerda, dilatação do VD e diminuição do tamanho do VE. Com base no enunciado, assinale CORRETAMENTE a causa provável e a conduta adequada:

- a) Tamponamento cardíaco por compressão extrínseca – drenagem pericárdica imediata.
- b) Rotação insuficiente do dispositivo – aumentar a velocidade da bomba.
- c) Falência do VD com efeito de sucção – reduzir a velocidade da bomba e aumentar a pré-carga do VE.
- d) Obstrução da cânula de efluxo por trombo – anticoagulação sistêmica de resgate.
- e) Insuficiência aórtica aguda por disfunção protética – troca valvar de emergência.

#### Questão 17

Paciente com DAVE implantado apresenta, na avaliação ecocardiográfica pós-implante, desvio do septo interventricular para a direita. Acerca do tema, o significado desse fenômeno:

- a) Indica rotação insuficiente do dispositivo, necessitando aumento da velocidade da bomba.
- b) Indica falência do VD com necessidade de suporte mecânico biventricular imediato.
- c) Sugere tamponamento cardíaco com necessidade de reexploração cirúrgica.
- d) Representa hipovolemia com necessidade de reposição volêmica.
- e) Representa obstrução da cânula de influxo por trombo mural do VE.

#### Questão 18

Um paciente de 60 anos, com insuficiência aórtica crônica grave, é avaliado por RMC para quantificação da regurgitação e planejamento cirúrgico. O exame demonstra fração regurgitante de 38% e volume diastólico final de 260 mL. Sobre a avaliação da insuficiência aórtica por RMC, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A fração regurgitante e o volume diastólico final descritos definem insuficiência aórtica como significativa, estando associados a pior prognóstico e necessidade de troca valvar.
- b) O cálculo do volume e da fração regurgitante na insuficiência aórtica é realizado pela sequência de phase-contrast programada na via de saída do ventrículo esquerdo.

- c) Um volume extracelular indexado acima de 30 mL/m<sup>2</sup> está associado a mortalidade e necessidade de troca valvar na insuficiência aórtica.
- d) A avaliação funcional da insuficiência aórtica por RMC dispensa o uso de sequências cine, sendo baseada na sequência de *phase-contrast*.
- e) O volume regurgitante na insuficiência mitral é quantificado pela subtração do volume ejetado pela aorta do volume sistólico total calculado pela sequência de *phase-contrast*.

#### Questão 19

Paciente de 68 anos, com cardiomiopatia dilatada e FEVE de 28%, realiza RMC pré-operatória para avaliação de Terapia de Ressincronização Cardíaca (TRC). O realce tardio evidencia fibrose miocárdica na parede lateral do ventrículo esquerdo e no septo interventricular. De acordo com o impacto desse achado na decisão terapêutica, é CORRETO afirmar que:

- a) A fibrose nos locais de estimulação dos eletrodos da TRC não interfere na resposta ao dispositivo.
- b) A fibrose na parede lateral do VE e septo interventricular estão associados a resposta inferior e pior sobrevida.
- c) A presença de fibrose mesocárdica linear indica etiologia isquêmica como causa primária da cardiomiopatia.
- d) A quantificação de fibrose por RMC na cardiomiopatia dilatada não possui valor prognóstico estabelecido.
- e) O mapeamento T1 nativo baixo é um dos achados esperados na cardiomiopatia dilatada com fibrose intersticial difusa.

#### Questão 20

Paciente de 12 anos, portador de tetralogia de Fallot operada, é acompanhado com RMC seriada para avaliação pós-operatória. Conforme as vantagens e desvantagens da RMC em relação ao ecocardiograma transtorácico na avaliação de cardiopatias congênitas, assinale CORRETAMENTE:

- a) A RMC é superior ao ecocardiograma na avaliação das câmaras cardíacas direitas e em casos de complexidade geométrica do coração.
- b) A RMC é o método de escolha inicial na avaliação de cardiopatias congênitas.
- c) A RMC depende de janela acústica adequada, sendo limitada em pacientes com biotipo desfavorável.
- d) A principal vantagem da RMC sobre o ecocardiograma nas cardiopatias congênitas é a capacidade de avaliação em tempo real da mobilidade valvar.

- e) A ausência de radiação ionizante é uma das vantagens do ecocardiograma em relação à RMC na avaliação seriada de cardiopatias congênitas.

**Questão 21**

Um paciente de 68 anos, portador de doença cerebrovascular, é submetido a revascularização miocárdica com circulação extracorpórea. Ao iniciar a perfusão, a equipe discute a faixa-alvo de pressão arterial média durante a CEC para este perfil de paciente. Conforme o caso, assinale **CORRETAMENTE** a faixa recomendada:

- a) 40-60 mmHg.
- b) 50-70 mmHg.
- c) 60-80 mmHg.
- d) 70-90 mmHg.
- e) 80-100 mmHg.

**Questão 22**

Paciente neonato com síndrome do coração esquerdo hipoplásico é encaminhado para cirurgia de Norwood. A equipe planeja parada circulatória hipotérmica com perfusão cerebral anterógrada. Sobre as técnicas de perfusão cerebral seletiva durante a parada circulatória, é **CORRETO** afirmar que:

- a) A perfusão retrógrada permite tempos de parada circulatória mais longos que a anterógrada.
- b) A perfusão anterógrada é realizada por canulação das veias jugulares internas.
- c) A perfusão retrógrada demonstrou maior redução da mortalidade que a anterógrada isoladamente.
- d) A perfusão retrógrada proporciona fluxo cerebral mais homogêneo que a anterógrada.
- e) A perfusão anterógrada tende a apresentar menores taxas de disfunção neurológica a longo prazo.

**Questão 23**

Um Cirurgião cardiovascular realiza procedimento com CEC e utiliza heparina para anticoagulação sistêmica. Ao final do procedimento, a reversão da heparina é feita com protamina. Considerando um paciente que recebeu heparina na dose de 300 U/kg e cuja anticoagulação inicial utilizou 21.000 U de heparina (paciente de 70 kg), assinale **CORRETAMENTE** a dose máxima de protamina que pode ser utilizada:

- a) 150 mg.
- b) 180 mg.
- c) 210 mg.
- d) 260 mg.
- e) 320 mg.

**Questão 24**

Paciente de 58 anos é submetido a cirurgia de revascularização miocárdica com colheita de veia safena magna do membro inferior direito. No pós-operatório, refere dor, dormência e formigamento na face medial da perna e do pé direitos. Diante do exposto, o nervo provavelmente lesionado e o principal mecanismo etiológico envolvido são, respectivamente:

- a) Nervo fibular comum; compressão por posicionamento cirúrgico.
- b) Nervo safeno; lesão durante a dissecação do enxerto venoso.
- c) Nervo tibial posterior; isquemia nervosa por hipotensão.
- d) Nervo sural; estiramento por uso de retratores.
- e) Nervo femoral; tração durante abdução do membro.

**Questão 25**

Paciente de 60 anos, submetido a troca valvar mitral, apresenta no 10º dia pós-operatório dificuldade em aprender novas informações, alterações no ciclo sono-vigília e redução da capacidade de concentração, sem flutuações de consciência. Acerca das abordagens terapêuticas emergentes para essa condição, assinale **CORRETAMENTE**:

- a) Anticoagulação plena com heparina e reabilitação motora.
- b) Trombólise venosa com tPA e controle rigoroso da pressão arterial.
- c) Estimulação transcraniana por corrente contínua.
- d) Hipotermia terapêutica e administração de inibidores de IL-6.
- e) Perfusão cerebral seletiva e monitoramento contínuo com NIRS.

**Questão 26**

Paciente de 68 anos, submetido a revascularização miocárdica com circulação extracorpórea prolongada, evolui no pós-operatório imediato com hipotensão refratária a fluidos, índice cardíaco elevado e resistência vascular sistêmica reduzida. Diante do quadro de choque vasoplégico, a conduta farmacológica **CORRETA** deve ser:

- a) Dopamina associada ao azul de metileno.
- b) Vasopressina.
- c) Fenilefrina associada a dobutamina.
- d) Levosimendana associada a milrinona.
- e) Terlipressina.

**Questão 27**

Paciente de 66 anos, submetido a troca valvar mitral por insuficiência mitral grave, evolui no pós-operatório

imediatamente com sinais de congestão pulmonar e elevação das pressões de enchimento, apesar de débito cardíaco preservado. De acordo com o tema, o mecanismo fisiopatológico que está associado diretamente a deterioração hemodinâmica observada é:

- a) Vasoespasmos dos enxertos coronarianos nativos por liberação de catecolaminas.
- b) Síndrome vasoplégica por tempo prolongado de circulação extracorpórea.
- c) Aumento abrupto da pós-carga do ventrículo esquerdo pela válvula agora competente.
- d) Disfunção diastólica do ventrículo direito por cardioplegia inadequada.
- e) Coagulopatia dilucional causando tamponamento subclínico.

### Questão 28

Paciente do sexo masculino, 65 anos, diabético não insulínico, apresenta quadro de angina estável limitante. A cineangiogramia evidencia lesão de 90% no terço proximal do Ramo Interventricular Anterior (RIA) e oclusão crônica no terço médio da artéria Coronária Direita (CD), que é o vaso dominante. A função ventricular esquerda está preservada. A equipe cirúrgica opta por revascularização do miocárdio utilizando a Artéria Torácica Interna Esquerda (ATIE) e a Artéria Radial (AR). Em relação à utilização e dissecação desses enxertos arteriais, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A dissecação esquelizada da ATIE, por preservar a vasculatura do esterno, reduz o comprimento útil do enxerto e limita a realização de anastomoses mais distais.
- b) A utilização do bisturi elétrico na dissecação do enxerto arterial deve ser realizada em alta potência para garantir a hemostasia rápida e evitar espasmos secundários.
- c) A artéria radial deve ser preferencialmente utilizada para revascularizar vasos com lesões moderadas, inferiores a 70%, para garantir fluxo competitivo adequado e perviedade a longo prazo.
- d) O cateterismo transradial prévio é considerado contraindicação ao uso da artéria radial como enxerto coronário devido ao risco de lesão endotelial
- e) A dissecação pediculada da ATIE reduz o risco de isquemia do esterno, sendo a técnica de escolha em pacientes com risco de infecção de ferida operatória.

### Questão 29

Um paciente de 72 anos, portador de doença arterial coronariana grave, apresenta indicação para cirurgia de revascularização do miocárdio. Durante a avaliação pré-

operatória, constata-se aterosclerose significativa e difusa na aorta ascendente, com alto risco de embolização aterotrombótica. O *Heart Team* discute a melhor estratégia cirúrgica para minimizar complicações neurológicas. Com base nas opções técnicas disponíveis para esse cenário, assinale CORRETAMENTE:

- a) A revascularização deve ser realizada com enxertos venosos anastomosados diretamente na aorta ascendente, sob circulação extracorpórea.
- b) A técnica de escolha envolve o pinçamento lateral da aorta ascendente para a realização das anastomoses proximais dos enxertos arteriais.
- c) O paciente pode se beneficiar da revascularização miocárdica arterial *off-pump* com enxertos compostos (Y/T), sob técnica *aortic no-touch*.
- d) A artéria gastroepiplóica direita deve ser o enxerto primário para o ramo interventricular anterior, evitando manipulações do sistema torácico.
- e) A presença de aterosclerose na aorta ascendente contraindica a cirurgia de revascularização, devendo o paciente ser reavaliado para tratamento clínico.

### Questão 30

A anatomia funcional e as características fisiológicas das Artérias Torácicas Internas (ATIs) justificam seu uso como padrão ouro na cirurgia de revascularização do miocárdio. Um Cirurgião cardiovascular explica a um residente os motivos pelos quais esses enxertos apresentam resultados superiores aos enxertos venosos a longo prazo. Considerando as propriedades biológicas das ATIs, é CORRETO afirmar que:

- a) As ATIs apresentam uma estrutura de parede predominantemente elástica que impede a adaptação do fluxo sanguíneo em resposta à demanda miocárdica aumentada.
- b) A biossíntese endotelial de óxido nítrico nas ATIs promove vasorrelaxamento coronariano e inibição plaquetária, conferindo resistência aterogênica ao enxerto.
- c) A superioridade das ATIs deve-se à ausência de *vasa vasorum* em sua camada adventícia, o que as torna imunes à formação de placas de ateroma.
- d) O endotélio das ATIs produz níveis elevados de endotelina-1, o que promove uma vasoconstrição protetora contínua contra o estresse de cisalhamento.
- e) A perviedade a longo prazo das ATIs é explicada pela rápida formação de hiperplasia intimal, que estabiliza a parede do vaso contra o fluxo arterial pulsátil.

**Questão 31**

Paciente de 60 anos, portador de doença coronariana multiarterial, é selecionado para cirurgia de revascularização miocárdica minimamente invasiva com circulação extracorpórea. Durante o procedimento, o Cirurgião realiza o acesso pelo 4º espaço intercostal esquerdo e procede com o preparo para a instalação da CEC. Acerca dos detalhes técnicos e manobras específicas dessa abordagem, assinale a alternativa CORRETA:

- a) O pinçamento da aorta é realizado rotineiramente com um clampe de Chitwood, que é introduzido no campo operatório através do 2º espaço intercostal esquerdo.
- b) A cardioplegia é administrada de forma retrógrada através do seio coronário, uma vez que a raiz da aorta fica inacessível para punção direta por essa via.
- c) As fitas cardíacas passadas ao redor do coração impedem o acesso à artéria coronária direita, restringindo a técnica à revascularização do sistema esquerdo.
- d) A canulação para a instalação da circulação extracorpórea é realizada rotineiramente de forma central, diretamente na aorta ascendente e no átrio direito.
- e) A incisão principal deve ser iniciada na linha axilar média e estendida posteriormente para garantir a exposição adequada das veias pulmonares esquerdas.

**Questão 32**

Na cirurgia de revascularização do miocárdio por minitoracotomia sem circulação extracorpórea, a exposição adequada da aorta ascendente para a realização das anastomoses proximais é um desafio técnico significativo devido ao espaço restrito. O Cirurgião precisa utilizar recursos e manobras para trazer a aorta para o campo de visão. Em relação às manobras utilizadas para aproximar a aorta da toracotomia, assinale CORRETAMENTE:

- a) A utilização do estabilizador Octopus® Nuvo posicionado sobre o átrio esquerdo é essencial para tracionar a aorta cranialmente em direção à incisão.
- b) Recomenda-se passar pontos para tração do pericárdio do lado esquerdo, próximo ao apêndice atrial esquerdo, para rotacionar a aorta em direção ao cirurgião.
- c) A colocação de uma gaze atrás da aorta e a laçada da aorta com uma fita cardíaca são manobras para facilitar a aproximação do vaso.
- d) O afastador ThoraTrak® deve ser inserido através de uma contraincisão subxifoide para elevar o esterno e expor a raiz da aorta.

- e) A abertura do pericárdio deve se estender até a região apical, que deve ser luxada para fora do saco pericárdico, empurrando a aorta em direção à incisão.

**Questão 33**

Durante o planejamento cirúrgico de um paciente de 35 anos com valvopatia aórtica que será submetido à operação de Ross, o Cirurgião revisa os passos técnicos da ressecção do autoenxerto pulmonar. Conforme a técnica operatória para a retirada e preparo do autoenxerto, é CORRETO afirmar que:

- a) A incisão no infundíbulo do ventrículo direito deve ser continuada circunferencialmente deixando uma borda muscular inferior de pelo menos 10 a 12 mm no autoenxerto.
- b) A artéria pulmonar deve ser seccionada de 3 a 5 mm acima da bifurcação do tronco da artéria pulmonar para garantir extensão adequada do enxerto.
- c) Durante a dissecação do infundíbulo do ventrículo direito, deve-se ter maior atenção para não lesar a artéria descendente posterior e o seio coronário.
- d) A musculatura remanescente do autoenxerto é seccionada contornando as cúspides valvares na região dos triângulos subcomissurais, deixando de 2 a 3 mm de musculatura residual.
- e) Após a ressecção do autoenxerto, a injeção de cardioplegia deve ser realizada no óstio da coronária direita para identificar vasos sangrantes na região dissecada.

**Questão 34**

Durante o planejamento de uma cirurgia de revascularização do miocárdio minimamente invasiva sem uso de circulação extracorpórea, o Cirurgião cardiovascular e o anestesiológico discutem as particularidades do manejo ventilatório e do posicionamento do paciente para garantir a exposição adequada do campo operatório. Segundo a técnica operatória inicial e ao preparo para a minitoracotomia lateral esquerda, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A intubação deve ser realizada com cânula orotraqueal simples, utilizando ventilação com baixos volumes correntes para minimizar a excursão pulmonar bilateral durante a dissecação das artérias torácicas.
- b) O paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal para evitar a distorção dos espaços intercostais esquerdos e facilitar o acesso à artéria descendente anterior.

- c) A incisão principal deve ser realizada no 4º ou 5º espaço intercostal esquerdo, iniciada na linha axilar anterior e estendida posteriormente em direção à escápula.
- d) A ventilação monopulmonar seletiva exige intubação com tubo de duplo lúmen e posicionamento do paciente em decúbito lateral direito de 30º a 40º.
- e) O uso do dispositivo Rultract® Skyhook é contraindicado nessa via de acesso, pois a tração superior do esterno compromete a estabilidade hemodinâmica do paciente fora de CEC.

**Questão 35**

Durante o tempo principal de uma revascularização do miocárdio por minitoracotomia lateral sem CEC, o cirurgião finaliza a anastomose da artéria torácica interna esquerda para a descendente anterior e prepara-se para revascularizar a parede lateral do ventrículo esquerdo. Para garantir a imobilização adequada do tecido cardíaco e permitir a sutura de precisão em um coração batendo, a equipe utiliza dispositivos específicos. Sobre o uso e posicionamento dos estabilizadores cardíacos nessa via de acesso, é CORRETO afirmar que:

- a) Para a exposição cardíaca, os estabilizadores Octopus® Nuvo e Starfish® NS são inseridos por contraincisões na região subxifoide e no 6º espaço intercostal esquerdo.
- b) Os estabilizadores cardíacos devem ser introduzidos diretamente pela incisão principal da minitoracotomia, o que reduz a necessidade de contraincisões adicionais na parede torácica.
- c) O estabilizador Octopus® Nuvo é posicionado sobre o átrio direito para deprimi-lo e expor a artéria coronária direita principal.
- d) Os drenos torácicos, ao final da cirurgia, devem ser passados pela incisão principal para evitar a criação de novos orifícios na cavidade pleural.
- e) Os afastadores intercostais devem ser removidos temporariamente durante a fixação dos estabilizadores para permitir a expansão da caixa torácica.

**Questão 36**

Durante o planejamento cirúrgico de um paciente com indicação de CRM associada a endarterectomia carotídea, o Cirurgião revisa os achados da angiotomografia computadorizada e da cinecoronariografia. O laudo descreve estenose crítica na origem do ramo interventricular posterior e placas ulceradas no nível de C3. Considerando a anatomia

cirúrgica das circulações coronariana e carotídea, assinale a alternativa CORRETA:

- a) O ramo interventricular posterior origina-se da artéria circunflexa, caracterizando a dominância cardíaca direita
- b) A artéria coronária esquerda divide-se em artéria interventricular anterior, responsável pela irrigação da maior parte da massa ventricular
- c) As carótidas comuns esquerda e direita emergem, respectivamente, do arco aórtico e do tronco braquiocefálico, com bifurcação simétrica na borda craniana da cartilagem tireóidea.
- d) O polígono de Willis é formado pelas anastomoses entre as artérias cerebrais anteriores e médias, garantindo a suplência encefálica em casos de oclusão carotídea.
- e) A artéria basilar origina-se da fusão das artérias carótidas internas após sua entrada no canal carotídeo.

**Questão 37**

Um paciente de 42 anos, nas primeiras 18 horas após infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior, evolui subitamente com choque obstrutivo grave, turgência jugular e abafamento das bulhas cardíacas. O ecocardiograma transtorácico à beira leito evidencia derrame pericárdico importante com sinais de tamponamento. O diagnóstico de ruptura da parede livre do ventrículo esquerdo é estabelecido. De acordo com a classificação de Becker para essa complicação e a conduta indicada, assinale CORRETAMENTE:

- a) O quadro clínico agudo e fulminante com tamponamento é característico da ruptura tipo 2, cuja fisiopatologia envolve erosão subaguda do miocárdio, sendo o tratamento com pericardiocentese recomendado.
- b) A ruptura tipo 3 é definida por um rasgo em forma de fenda, ocorrendo nas primeiras 24 horas, sendo o reparo percutâneo com prótese de Amplatzer a intervenção de escolha.
- c) O paciente apresenta ruptura miocárdica transmural abrupta (tipo I) impõe correção cirúrgica imediata, visto que a mortalidade supera 90% quando não operado.
- d) O tratamento de escolha para o quadro descrito é a exclusão do infarto através da técnica de Jatene com reconstrução geométrica do ventrículo esquerdo e sutura circular.
- e) A ruptura tipo 1 está associada à formação subaguda de um pseudoaneurisma, uma cavidade delimitada por capa fibrosa sem as três camadas da parede ventricular, com indicação de infartectomia.

**Questão 38**

Durante a avaliação ambulatorial de um paciente de 70 anos com antecedente de infarto transmural extenso em parede anterior não reperfundido há 6 meses, o ecocardiograma evidencia uma expansão sistólica paradoxal na região apical do ventrículo esquerdo. A estrutura apresenta preservação das três camadas da parede ventricular, mas com afilamento e acinesia. Há presença de um trombo mural em seu interior. Considerando a fisiopatologia e o manejo do aneurisma do ventrículo esquerdo pós-IAM, é CORRETO afirmar que:

- a) A estrutura descrita é um pseudoaneurisma, cuja formação resulta da ruptura contida da parede livre do VE, exigindo intervenção percutânea com dispositivo ocluser.
- b) A aneurismectomia do VE é indicada devido à presença de trombo significativo, devendo ser realizada através da técnica de Cooley.
- c) A incidência dessa complicação aumentou significativamente na era pós-trombolítica, acometendo cerca de 19% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio atualmente.
- d) O aneurisma ventricular cursa com insuficiência mitral orgânica secundária à retração fibrótica primária das cúspides valvares, necessitando de troca valvar associada.
- e) A técnica de Jatene para correção de aneurisma consiste na amputação simples do ápice sem o uso de suturas circulares, visando a remoção do trombo mural.

**Questão 39**

A Insuficiência Mitral (IMi) aguda pós-infarto do miocárdio pode apresentar um amplo espectro clínico. A estratificação de risco é essencial para o manejo cirúrgico e clínico. Um paciente apresenta congestão pulmonar aguda severa, mantendo a pressão arterial sistêmica dentro dos limites da normalidade, embora o índice cardíaco esteja reduzido. Conforme as categorias principais de estratificação clínica da IMi pós-IAM, a alternativa que classifica CORRETAMENTE esse paciente é:

- a) Trata-se do Tipo 1, que cursa com choque cardiogênico e edema pulmonar grave.
- b) Trata-se do Tipo 2, caracterizado por insuficiência cardíaca grave e edema pulmonar.
- c) Trata-se do Tipo 3, definido por colapso cardiovascular total e hipotensão refratária.
- d) Trata-se do Tipo 4, em que os pacientes apresentam sintomas moderados de insuficiência cardíaca e ausência de congestão pulmonar ao exame físico.

- e) Trata-se do Tipo 5, caracterizado por disfunção ventricular esquerda com regurgitação mitral intermitente, cursando com episódios autolimitados de congestão pulmonar e preservação do índice cardíaco em repouso.

**Questão 40**

Um Cirurgião cardiovascular realiza substituição da valva mitral por toracotomia direita através do 4º espaço intercostal. Nessa abordagem minimamente invasiva, a estratégia de canulação arterial empregada difere da esternotomia mediana convencional. A canulação arterial, nesse caso, é realizada por meio de:

- a) Canulação da aorta ascendente com cânula direta.
- b) Canulação da artéria femoral.
- c) Canulação da artéria axilar direita.
- d) Canulação da artéria subclávia esquerda.
- e) Canulação da artéria carótida comum direita.