



EDITAL Nº 02/2020
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

MISSÃO

Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.

PS 31 - MÉDICO I
(Cirurgia Vasculiar Periférica)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 40	0,25 cada

ATENÇÃO: transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

A pressa é inimiga da perfeição.



DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____ - _____



FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **40** (quarenta) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão portar** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, exceto em situações previamente autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei (como o caso presente do uso obrigatório de máscara, em virtude da pandemia do Coronavírus). **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, régua, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **41** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **três horas (3h)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.



01. De acordo com o Código de Ética Médica, no capítulo sobre Publicidade Médica, é vedado ao médico:

- (A) divulgar assuntos médicos em meios de comunicação de massa com caráter de esclarecimento e educação da sociedade.
- (B) divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta reconhecidos cientificamente por órgão competente.
- (C) participar de anúncios de empresas comerciais, qualquer que seja a sua natureza, valendo-se de sua profissão.
- (D) incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, seu nome, número no Conselho Regional de Medicina e Registro de Qualificação de Especialista (RQE) quando anunciar a especialidade.
- (E) divulgar o nome e número do registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico nos anúncios de estabelecimentos de saúde.

02. Sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, considere os itens abaixo.

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde apenas nos níveis primários de assistência.
- II - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- III- Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

Quais estão corretos?

- (A) Apenas II.
- (B) Apenas III.
- (C) Apenas I e II.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

03. São deveres fundamentais do servidor público, **EXCETO**:

- (A) desempenhar, a tempo, as atribuições do cargo, função ou emprego público de que seja titular.
- (B) jamais retardar qualquer prestação de contas, condição essencial da gestão dos bens, direitos e serviços de coletividade a seu cargo.
- (C) zelar, no exercício do direito de greve, pelas exigências específicas da defesa da vida e da segurança coletiva.
- (D) comunicar imediatamente a seus superiores todo e qualquer ato ou fato contrário aos seus interesses pessoais, exigindo as providências cabíveis.
- (E) facilitar a fiscalização de todos atos ou serviços por quem de direito.

04. Em relação aos hematomas retroperitoneais pós-trauma, é correto afirmar que

- (A) hematomas ocorridos devido a trauma penetrante devem ser explorados, independentemente do tamanho. A única exceção é o hematoma retro-hepático contido.
- (B) hematomas ocorridos devido a trauma contuso raramente necessitam de exploração, mesmo hematomas na Zona 1.
- (C) hematomas ocorridos devido a trauma contuso, estáveis e em Zona 2, devem ser explorados pelo risco de perda de função renal por compressão.
- (D) hematomas em Zona 3 devem ser tratados de forma conservadora, mesmo quando associados à ausência de pulso femoral ipsilateral.
- (E) o tratamento endovascular está contraindicado no trauma agudo em Zona 2.

05. Em qual das artérias abaixo o trauma contuso está associado a maior taxa de amputação de extremidade?

- (A) Artéria braquial proximal à origem da artéria braquial profunda
- (B) Artéria subclávia
- (C) Artéria fibular
- (D) Artéria femoral superficial proximal
- (E) Artéria poplítea

06. Com relação ao manejo de injeção de drogas intra-arteriais, qual das alternativas abaixo **NÃO** é indicada como procedimento de rotina?

- (A) Anticoagulação sistêmica intravenosa com heparina.
- (B) Arteriografia para avaliação do leito distal.
- (C) Dexametasona 4 mg intravenosa a cada 6 horas.
- (D) Elevação da extremidade para redução do edema.
- (E) Fisioterapia.

07. Sobre a Arterite de Takayasu, é correto afirmar que:

- (A) afeta predominantemente a aorta e seus ramos em mulheres jovens. Ocorre uma panarterite das três camadas da parede dos vasos e não está associada a nenhum marcador laboratorial específico.
- (B) de acordo com a classificação de Tóquio, de 1994, o tipo I está limitado à aorta ascendente, o tipo II envolve o arco aórtico, e o tipo III envolve a aorta descendente.
- (C) cerca de 50% dos pacientes apresentam uma doença limitada e não necessitam de terapia imunossupressora.
- (D) indicações para revascularização cirúrgica incluem estenose de artéria renal e estenose significativa dos vasos cerebrais, independentemente da presença de sintomas.
- (E) ruptura de aneurisma de aorta é a principal causa de mortalidade.

08. Com relação às doenças do colágeno, considere as afirmações abaixo.

- I - Na síndrome de Marfan, endopróteses não devem ser utilizadas na aorta torácica ou abdominal de forma rotineira, ficando seu uso restrito a pseudoaneurismas tardios.
- II - O tratamento com Propranolol e Losartana diminui a taxa de crescimento e previne dissecação aórtica, devendo-se manter a frequência cardíaca inferior a 70 batimentos/minuto.
- III- A Síndrome de Ehlers-Danlos tipo III (anomalia no colágeno III) apresenta o pior prognóstico.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas I e II.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

09. Sobre escleroterapia, é correto afirmar que:

- (A) hiperpigmentação ocorre em até 30% dos casos, relacionada, principalmente, ao tamanho do vaso tratado e do agente utilizado.
- (B) dor durante a injeção está diretamente relacionada com o agente esclerosante utilizado, sendo que os agentes detergentes causam pouca ou nenhuma dor e a solução hipertônica é a mais dolorosa na injeção.
- (C) as veias devem ser tratadas do menor para o maior diâmetro e da periferia para o centro.
- (D) hipotireoidismo é uma contraindicação absoluta para a realização de escleroterapia.
- (E) a incidência de trombose venosa profunda (TVP) é de aproximadamente 10%.

10. Sobre o tratamento não cirúrgico da doença venosa crônica, considere as afirmações abaixo.

- I - Terapia compressiva é um componente essencial do tratamento de pacientes com CEAP 2-3, e deve ser feito um período de tratamento conservador mesmo em pacientes candidatos ao tratamento cirúrgico.
- II - Agentes flebotrópicos são efetivos no controle de sintomas e edema de tornozelo em pacientes com doença venosa crônica sintomática. E, em associação com a terapia compressiva, são importantes na cicatrização de úlceras de grande porte e de longa data.
- III- Em pacientes com IVC CEAP 1-2, a terapia compressiva promove um adequado controle dos sintomas, previne a progressão da doença e diminui a recorrência de veias varicosas após o tratamento cirúrgico.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas I e II.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

11. No tratamento endovascular das estenoses e oclusões da veia ilíaca, é correto afirmar que:

- (A) somente pacientes com CEAP 5 e 6 são candidatos ao tratamento.
- (B) venografia e tomografia computadorizada com contraste são o *gold standard* no diagnóstico das estenoses.
- (C) os *stents* não devem ultrapassar o ligamento inguinal, devido ao alto risco de fratura e erosão do *stent*.
- (D) o uso de *stents* subdimensionados está entre as principais causas de estenoses iatrogênicas, com persistência dos sintomas.
- (E) os *stents* na veia ilíaca comum não devem se estender para a veia cava inferior, devido ao risco de trombose da veia ilíaca contralateral.

12. Sobre a Trombose Venosa Profunda de Membros Superiores, é correto afirmar que:

- (A) a ocorrência de embolia pulmonar é rara, sendo as taxas menores que 5%.
- (B) cateteres venosos centrais inseridos na veia subclávia apresentam maior risco de trombose do que aqueles inseridos na veia jugular interna.
- (C) a anticoagulação em dose plena deve ser mantida pelo período de um ano.
- (D) em pacientes com trombose relacionada à presença de cateter venoso central, estão indicadas a anticoagulação e a remoção do cateter, independentemente do seu uso.
- (E) em pacientes com neoplasia, a incidência de trombose é maior em cateteres venosos centrais inseridos no lado esquerdo do que no lado direito.

13. Sobre a exposição à radiação nos procedimentos endovasculares, é **INCORRETO** afirmar que:

- (A) os efeitos estocásticos da radiação são dose-dependentes e incluem dermatite rádica, catarata e infertilidade.
- (B) a exposição de um paciente à fluoroscopia por 10 minutos é o equivalente a 200-400 radiografias de tórax.
- (C) a quantidade de radiação espalhada diminui com o quadrado da distância do tubo.
- (D) a angiografia por subtração digital resulta em 10 vezes mais radiação do que a fluoroscopia.
- (E) a projeção oblíqua anterior esquerda expõe o operador à direita do paciente a 3-5 vezes mais radiação do que na projeção oblíqua anterior direita.

14. Em relação ao uso do ultrassom intravascular, é **INCORRETO** afirmar que:

- (A) a estimativa do diâmetro é limitada em segmentos arteriais tortuosos.
- (B) permite uma medida mais correta da luz residual em relação à arteriografia.
- (C) a avaliação pelo *Chroma flow* permite determinar a composição das placas ateromatosas e a presença de dissecções.
- (D) a aposição do *stent* na parede vascular é facilmente identificada pela imagem em modo B.
- (E) auxilia na escolha da extensão e diâmetro do *stent* ou endoprótese.

15. Considerando a avaliação de acessos vasculares para diálise, é correto afirmar que:

- (A) cerca de 25-50% dos acessos vasculares em veias subclávias estão associados à doença venosa oclusiva central.
- (B) o *EcoDoppler* arterial e venoso de membros superiores deve ser indicado seletivamente para o planejamento do acesso vascular definitivo.
- (C) a anticoagulação perioperatória está associada a aumento da perviedade da FAV protética.
- (D) a infecção precoce de FAV protética, sem trombose associada, é tratada com antibioticoterapia por um período mínimo de oito semanas.
- (E) recomenda-se a vigilância das FAVs autógenas e protéticas em 30 dias e a cada seis meses.

16. De acordo com as diretrizes de 2020, da *European Society for Vascular Surgery*, sobre isquemia aguda de extremidades inferiores, é considerada uma recomendação Classe I com nível de evidência A:

- (A) a avaliação clínica pela Classificação de Rutherford.
- (B) a angiotomografia computadorizada como modalidade de escolha na investigação do sistema arterial.
- (C) a trombólise direcionada por cateter na isquemia aguda grau IIa como alternativa à cirurgia.
- (D) a anticoagulação sistêmica com heparina em crianças com menos de dois anos.
- (E) a angiografia de controle após revascularização cirúrgica ou endovascular.

17. Qual das seguintes intervenções no paciente com isquemia crítica crônica, com ameaça ao membro, apresenta fraco grau de recomendação e um baixo nível de evidência científica, segundo as diretrizes da ESVS/SVS/WFVS, de 2019?

- (A) Indicação de antiplaquetário para a redução de eventos cardiovasculares adversos maiores.
- (B) Indicação de estatina para redução da mortalidade cardiovascular e geral.
- (C) Indicação de metformina como agente hipoglicêmico primário no paciente com diabetes melito tipo II.
- (D) Farmacoterapia, aconselhamento ou terapia comportamental para abolição do tabagismo.
- (E) Suspensão temporária da metformina em diabéticos com taxa de filtração glomerular <30mL/min/1,73m² durante uso de contraste iodado.

18. Em relação ao planejamento e análise de um estudo clínico, é **INCORRETO** afirmar que

- (A) o escore de propensão garante apenas a distribuição balanceada das covariáveis conhecidas nos grupos.
- (B) a ausência de cegamento aumenta o risco de viés e compromete a validade interna de um ensaio clínico randomizado.
- (C) um ajustamento das covariáveis aumenta a precisão na estimativa do efeito de tratamento, em modelos de regressão linear.
- (D) o escore de propensão é uma das técnicas empregadas para controlar os fatores de confusão em estudos observacionais.
- (E) a randomização simples garante uma distribuição balanceada das covariáveis preditoras nos grupos, particularmente em amostras pequenas.

19. A análise por intenção de tratar é um conceito estatístico utilizado em ensaios clínicos controlados. Em relação a esse método, é **INCORRETO** afirmar que:

- (A) preserva o tamanho da amostra, mantendo a força do estudo.
- (B) é conservador em relação aos resultados do estudo, diminuindo a possibilidade de erro tipo I.
- (C) reflete a realidade da prática clínica, em que há desvios de protocolo e não aderência aos tratamentos.
- (D) trata-se da análise preferível em estudos de não inferioridade.
- (E) mantém a randomização inicial, independentemente do tipo de tratamento recebido.

20. Na comparação de dois tipos de balões farmacológicos utilizados na artéria femoral superficial, em que o desfecho principal do estudo foi o tempo até a reestenose, se for considerada a presença de diabetes, oclusão e gênero como covariáveis relevantes, o teste estatístico de escolha é

- (A) ANOVA.
- (B) Kaplan-Meier com modelo de regressão de Cox.
- (C) Kruskal-Wallis.
- (D) Kaplan-Meier com teste log-rank.
- (E) Qui-quadrado.

21. Paciente masculino, 60 anos, apresenta indicação de revascularização miocárdica aberta. Com relação a esse contexto, é correto afirmar que

- (A) a triagem de doença carotídea extracraniana deve ser realizada rotineiramente.
- (B) a revascularização carotídea profilática de rotina reduz o risco de AVC perioperatório na cirurgia de revascularização miocárdica.
- (C) a maioria dos AVCs perioperatórios na cirurgia de revascularização miocárdica não estão associados à doença carotídea.
- (D) a endarterectomia ou o *stent* carotídeo estão indicados na presença de estenose carotídea >50% unilateral, independentemente da presença de sintomas.
- (E) a presença de oclusão carotídea unilateral não aumenta o risco de AVC perioperatório na cirurgia de revascularização miocárdica.

22. Em relação às recomendações de 2020 da *Society Vascular Surgery*, sobre a avaliação e manejo dos aneurismas das artérias viscerais, é **INCORRETO** afirmar que:

- (A) pelo risco de sepse pós-esplenectomia, recomenda-se a vacinação na véspera ou no pós-operatório imediato da embolização dos aneurismas localizados no hilo esplênico.
- (B) a angiotomografia com cortes de 1 mm é o método de escolha na suspeita diagnóstica da maioria dos aneurismas de artérias viscerais.
- (C) recomenda-se o reparo dos aneurismas e pseudoaneurismas da artéria mesentérica superior independentemente do diâmetro.
- (D) há forte grau de recomendação para a intervenção eletiva nos aneurismas de artérias jejunais e ileais > 2 cm de diâmetro e de artérias cólicas de qualquer diâmetro.
- (E) a angiografia por subtração digital é o exame de escolha na suspeita de reperfusão pós-embolização do saco aneurismático.

23. A principal complicação crônica da dissecação é a degeneração aneurismática que ocorre em 25 a 50% dos pacientes, mesmo com o tratamento medicamentoso otimizado. Uma das estratégias para evitar a degeneração aneurismática é o implante de endoprótese cobrindo o orifício proximal da dissecação.

Em relação a essa condição clínica, é correto afirmar que

- (A) são fatores anatômicos que favorecem o desenvolvimento de degeneração aneurismática: orifício proximal maior ou igual a 20 mm, diâmetro máximo da aorta maior ou igual a 4 cm e trombose parcial da falsa luz.
- (B) o INSTEAD é um estudo randomizado prospectivo que avaliou 1129 pacientes, sendo o grupo-intervenção submetido ao implante de endoprótese cobrindo o orifício proximal da dissecação e o grupo-controle ao tratamento medicamentoso otimizado.
- (C) o INSTEAD é um estudo prospectivo que demonstrou benefício de sobrevivência, a partir de dois anos de acompanhamento, no grupo tratado com endoprótese cobrindo o orifício proximal da dissecação.
- (C) o IRAD é um estudo retrospectivo que avaliou 140 pacientes, sendo o grupo-intervenção submetido ao implante de endoprótese cobrindo o orifício proximal da dissecação e o grupo-controle ao tratamento medicamentoso otimizado.
- (E) o IRAD é um estudo retrospectivo que demonstrou benefício de sobrevivência, a partir de cinco anos de acompanhamento, no grupo tratado com endoprótese cobrindo o orifício proximal da dissecação.

24. A paraplegia é uma das mais importantes complicações do tratamento cirúrgico aberto ou endovascular dos aneurismas secundários à degeneração de dissecações crônicas que envolvem a aorta toracoabdominal.

No que se refere à paraplegia que pode ocorrer no período pós-operatório, é correto afirmar que

- (A) a técnica endovascular apresenta menores taxas de paraplegia, com índices menores que 1% na maioria das séries clínicas, mesmo em reparos com cobertura mais extensa da aorta toracoabdominal.
- (B) as medidas de proteção medular (drenagem liquórica, hipotermia, aumento da pressão de perfusão e outras medidas de aumento de suprimento de oxigênio, como, por exemplo, evitar anemia), no reparo aberto, têm impacto menor na prevenção da paraplegia que o reimplante das artérias intercostais e da artéria radicular magna.
- (C) as taxas de paraplegia pós-operatória com as medidas de proteção medular não cirúrgicas são semelhantes nas três principais técnicas abertas de reparo: assistência circulatória, parada circulatória em hipotermia e técnica de *crossclamp* simples de Crawford.
- (D) no tratamento endovascular dos aneurismas toracoabdominais do tipo II (Classificação de Crawford) não é necessária revascularização da subclávia esquerda como forma de prevenção da paraplegia quando o selamento proximal ocorre na Zona 2.
- (E) o uso da drenagem liquórica no tratamento endovascular é fundamental na prevenção da paraplegia em todas as extensões de cobertura da aorta toracoabdominal, sendo que a maioria dos grandes centros usam rotineiramente.

25. Com relação à angioplastia com *stent* da doença aterosclerótica carotídea extracraniana, é correto afirmar que

- (A) pode ser utilizada em pacientes sintomáticos com estenose superior a 70%, desde que a taxa de eventos (acidente vascular cerebral e morte periprocedimento) seja menor que 6%.
- (B) o estudo recente ACT-I demonstrou menor taxa de acidente vascular cerebral da angioplastia com *stent* comparada à endarterectomia em pacientes com estenose assintomática maior que 80%.
- (C) apresenta benefício na maioria dos pacientes assintomáticos com estenose maior que 70% pelo *EcoDoppler*.
- (D) apresenta menor taxa de acidente vascular cerebral e morte quando comparada à endarterectomia em pacientes sintomáticos com estenose superior a 50%.
- (E) está indicada somente em pacientes sintomáticos com anatomia desfavorável à endarterectomia (ex.: fibrose cervical, traqueostomia, lesão acima do ângulo da mandíbula).

26. Com relação aos métodos diagnósticos na doença aterosclerótica carotídea extracraniana, é correto afirmar que

- (A) a sensibilidade do *EcoDoppler* em estenoses classificadas na faixa 50-69% é de, no máximo, 50%.
- (B) a sensibilidade do *EcoDoppler* em estenoses classificadas na faixa 70-99% é maior de 95%.
- (C) a angiorressonância contrastada apresenta mesma acurácia diagnóstica que o *EcoDoppler* em todas as faixas de estenose.
- (D) não é necessário exame confirmatório (angiogramografia ou angiorressonância contrastada) para indicar intervenção aberta ou endovascular em pacientes sintomáticos com estenose maior que 50%, detectadas pelo *EcoDoppler*.
- (E) a angiotomografia apresenta mesma sensibilidade que o *EcoDoppler* em estenoses classificadas na faixa 50-69%.

27. Paciente, 60 anos, diabético e hipertenso, faz hemodiálise por fístula arteriovenosa (FAV) radiocefálica confeccionada, há dois anos. Vem apresentando baixo fluxo na diálise e foi solicitado *EcoDoppler* para avaliar a FAV. Qual achado no *EcoDoppler*, dentre os abaixo listados, corrobora o quadro clínico apresentado pelo paciente?

- (A) Velocidade de pico sistólico maior que 200 cm/s na veia de drenagem.
- (B) Índice de velocidades maior que 2 na anastomose da FAV.
- (C) Índice de velocidades menor que 2 em área de turbilhonamento do fluxo na veia de drenagem.
- (D) Volume de fluxo aferido na veia de drenagem de 800 mL/min.
- (E) Onda espectral de alta resistência na artéria aferente.

28. Paciente, 30 anos, chega ao consultório com quadro de dor e edema em membro inferior esquerdo que apresenta piora nos últimos anos. Nega comorbidades e história de trombose venosa. Exame físico com discreto edema em tornozelo e sem veias varicosas visíveis. Foi solicitado *EcoDoppler* venoso de cava e veias ilíacas pela suspeita clínica de compressão venosa pélvica da veia ilíaca comum esquerda.

Em relação aos achados do *EcoDoppler* que corroboram o diagnóstico desse paciente, pode-se afirmar que

- (A) a avaliação morfológica no modo B e *Color*, com redução do calibre no ponto da compressão, não é critério diagnóstico de estenose ilíaca.
- (B) ausência de turbilhonamento importante do fluxo no ponto da compressão exclui o diagnóstico.
- (C) aumento da velocidade na região da compressão com uma razão de velocidades máximas maior que 2,5 do fluxo na estenose em relação ao segmento imediatamente pré-estenótico é um critério diagnóstico.
- (D) o índice menor que 0,8 entre a velocidade máxima obtida na veia femoral comum esquerda e a veia femoral comum direita é considerado um critério indireto de estenose.
- (E) há aumento da resposta de fluxo no segmento venoso ilíaco durante a manobra de compressão femoral.

29. Em relação às trombofilias, é correto afirmar que

- (A) a mutação do gene da protrombina está fortemente associada ao aumento do risco de trombose arterial e pouco associada ao aumento do risco de trombose venosa.
- (B) a hiper-homocisteinemia pode aumentar o risco de trombose venosa e arterial secundária por um efeito tóxico endotelial direto, por aumento da ativação plaquetária e por oxidação da fração LDL do colesterol, entre outros mecanismos.
- (C) fator V de Leiden é uma mutação comum que ocorre em até 10% dos pacientes com tromboembolismo venoso e apresenta risco relativo de desenvolver tromboembolismo venoso nos portadores em até 20 vezes.
- (D) a deficiência de Antitrombina III é rara na população em geral, com prevalência em torno de 0,02%; no entanto, nos pacientes com tromboembolismo venoso, é em torno de 25% a 30%.
- (E) a elevação isolada dos níveis dos fatores VIII, IX e XI apresenta forte associação com o aumento do risco de trombose venosa e arterial.

30. Em relação à Síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo, é correto afirmar que:

- (A) as principais manifestações clínicas da síndrome são abortamento de repetição e trombozes venosas em sítios não usuais (mesentérica, eixo cava-ilíaco e cerebral).
- (B) os três principais anticorpos antifosfolípidos detectados são o anticoagulante lúpico, o anticardiolipina e o anexina.
- (C) nos pacientes com quadro de trombose venosa e na presença de anticorpos positivos, o diagnóstico é confirmado, não sendo recomendada nova testagem, pois são infreqüentes resultados positivos transitórios.
- (D) esta síndrome trombótica apresenta uma característica paradoxal, na qual os anticorpos detectados prolongam os testes de coagulação *in vitro*, mais comumente o tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa).
- (E) estudos prospectivos demonstram que a anticoagulação com varfarina com tempo de protrombina (TP INR) ajustado entre 3 e 4 apresenta melhores resultados (menor taxa de recorrência e mesma taxa de sangramento) que a anticoagulação com varfarina com tempo de protrombina (TP INR) ajustado entre 2 e 3 para prevenção secundária de tromboembolismo venoso.

31. O *EcoDoppler* é o método de diagnóstico inicial na maioria dos casos de investigação de estenose de artéria renal superior a 60%. É um exame de difícil execução e que pode apresentar resultados diversos dependendo dos critérios utilizados.

Em relação ao *EcoDoppler* de artérias renais, para detecção de estenose de artéria renal, é correto afirmar que:

- (A) se for utilizada a velocidade de pico sistólico maior que 180 cm/s e o índice renal-aorta maior que 3,5, tem-se uma sensibilidade do exame acima de 90%.
- (B) se for utilizada a velocidade de pico sistólico maior que 200 cm/s e o índice renal-aorta maior que 3,5, tem-se uma acurácia geral do exame acima de 90%.
- (C) o critério indireto mais utilizado é o tempo de aceleração medido no hilo, sendo que o valor considerado anormal é maior que 100 ms.
- (D) o valor da velocidade de pico sistólico que demonstra melhor acurácia geral é de 285 cm/s, porém com diminuição da sensibilidade do exame.
- (E) o valor do índice renal-aorta que demonstra melhor acurácia geral (91%) é o maior que 3,9, porém com diminuição da sensibilidade do exame.

32. Com relação ao tratamento endovascular com *stent* da estenose de artéria renal em pacientes com hipertensão de difícil controle, é correto afirmar que o estudo

- (A) ASTRAL demonstrou melhora dos níveis pressóricos sistólicos no grupo-intervenção com *stent*, quando comparado ao grupo de tratamento medicamentoso.
- (B) CORAL demonstrou melhora dos níveis pressóricos sistólicos no grupo-intervenção com *stent*, quando comparado ao grupo de tratamento medicamentoso.
- (C) ASTRAL não demonstrou melhora satisfatória dos níveis pressóricos, mas houve um aumento discreto de sobrevida em cinco anos no grupo tratado com *stent*.
- (D) CORAL mostrou alta taxa de complicação relacionada ao procedimento de implante de *stent* (maior que 10%).
- (E) STAR demonstrou menor taxa de declínio da função renal no grupo-intervenção com *stent*, quando comparado ao grupo de tratamento medicamentoso.

33. Com relação à insuficiência venosa crônica relacionada à síndrome pós-trombótica, é correto afirmar que:

- (A) o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de síndrome pós-trombótica ou para progressão da mesma é a trombose venosa recorrente ipsilateral.
- (B) no acompanhamento de dois anos, a síndrome pós-trombótica ocorre em 10% a 15% dos pacientes que tiveram trombose venosa.
- (C) no acompanhamento com *EcoDoppler* da trombose venosa profunda infrainguinal, o achado de obstrução do segmento venoso acometido apresenta risco maior para o desenvolvimento de síndrome pós-trombótica do que o achado de refluxo.
- (D) no acompanhamento com *EcoDoppler* da trombose venosa profunda infrainguinal, o achado de obstrução segmentar apresenta risco maior para o desenvolvimento de síndrome pós-trombótica do que o achado de obstrução com refluxo multissegmentar.
- (E) o uso de dispositivos de compressão inelástica com velcro não apresenta cicatrização mais rápida de úlceras associadas à síndrome pós-trombótica, quando comparado ao uso de dispositivos de compressão elástica.

34. Com relação ao tratamento intervencionista das veias perforantes na insuficiência venosa crônica, é correto afirmar que

- (A) não se recomenda tratar veias perforantes insuficientes (maiores que 3,5 mm de diâmetro) adjacentes ou abaixo de úlceras ativas quando houver refluxo associado da safena magna em pacientes com CEAP classificação clínica C6.
- (B) não se recomenda tratar veias perforantes insuficientes (maiores que 3,5 mm de diâmetro) adjacentes ou abaixo de úlceras cicatrizadas quando houver refluxo associado da safena magna em pacientes com CEAP classificação clínica C5.
- (C) recomenda-se tratar veias perforantes insuficientes (maiores que 3,5 mm de diâmetro) associadas a veias varicosas em pacientes com CEAP classificação clínica C2.
- (D) as melhores estratégias de intervenção, quando clinicamente indicado, são a ligadura cirúrgica aberta e a ligadura endoscópica subfascial.
- (E) as melhores estratégias de intervenção, quando clinicamente indicado, são as percutâneas ecoguiadas (termoablação e escleroterapia com espuma).

35. Paciente masculino, 65 anos, carga tabágica de 40 anos-maço, iniciou com dor abdominal há cerca de seis meses e perda ponderal de 10 kg no período. Uma das hipóteses diagnósticas é isquemia mesentérica crônica. Foi realizado um *EcoDoppler* Visceral como primeiro método diagnóstico de imagem, com o seguinte resultado: Velocidade de pico Sistólico (VpS) de 95 cm/s na Aorta, 180 cm/s no Tronco Celíaco, 250 cm/s na Mesentérica Superior e 300 cm/s na Mesentérica Inferior. Com relação ao quadro clínico descrito, é correto afirmar que

- (A) os achados do *EcoDoppler* são compatíveis com estenose maior que 70% em 2 vasos viscerais.
- (B) os achados do *EcoDoppler* são compatíveis com estenose maior que 70% em 3 vasos viscerais.
- (C) os achados do *EcoDoppler* não corroboram a hipótese de isquemia mesentérica crônica.
- (D) a VpS não é o critério diagnóstico mais importante a ser avaliado no *EcoDoppler* Visceral.
- (E) o índice mesentérico-aorta é especialmente importante em pacientes com velocidades na circulação sistêmica arterial na faixa normal.

36. Paciente feminina, 84 anos, com carga tabágica de 60 anos-maço, apresenta quadro de perda ponderal importante de 12 kg nos últimos seis meses (pesa, atualmente, 45 kg para uma altura de 160 cm). Na investigação, foi atribuída a perda ponderal à isquemia mesentérica crônica, com angiotomografia mostrando extensa calcificação em aorta abdominal e artérias ilíacas associada a trombos parietais, oclusão da mesentérica superior na origem, por uma extensão de 2 cm, oclusão do tronco celíaco e mesentérica inferior com estenose maior que 70%. Foi realizada tentativa de tratamento endovascular das oclusões sem sucesso, e angioplastia com *stent* da mesentérica inferior. Paciente não apresentou resolução satisfatória dos sintomas, persistindo com dor pós-prandial e perda ponderal de mais 1 kg em 15 dias.

A estratégia de intervenção mais adequada para o caso clínico descrito é

- (A) endarterectomia transaórtica da mesentérica superior e tronco celíaco.
- (B) ponte anterógrada com dacron da aorta supracelíaca para a mesentérica superior e tronco celíaco.
- (C) ponte retrógrada com safena magna da artéria ilíaca para a mesentérica superior.
- (D) angioplastia com *stent* da mesentérica superior por acesso retrógrado.
- (E) angioplastia com *stent* do tronco celíaco por acesso retrógrado.

37. Paciente masculino, 65 anos, com carga tabágica de 45 anos-maço, apresenta quadro de necrose seca no 4º pododáctilo do membro inferior esquerdo há dois meses. Exame físico com pulso femoral 2/2 e pulso poplíteo, pedioso, tibial anterior e tibial posterior ausentes. Nega dor torácica aos esforços e história de acidente vascular cerebral. Arteriografia com eixo aorto-ilíaco, femoral comum e femoral profunda, sem lesões significativas. Femoral superficial com segmento de oclusão de 15 cm, iniciando cerca de 10 cm após a origem, e uma estenose maior que 50%, de 3 cm, na poplíteia segmento P2. Artérias tibial anterior e fibular com múltiplas estenoses maiores que 50% e segmentos de oclusão maiores que 10 cm. Não identificada artéria pediosa. Artéria tibial posterior pérvia apresentando segmento de 2 cm, com estenose maior que 50% no terço proximal e demais segmentos sem estenoses significativas. Avaliação arteriográfica do pé demonstra arco plantar incompleto.

Em relação ao caso clínico descrito, é correto afirmar que

- (A) a classificação anatômica baseada no sistema GLASS é Estágio I, que apresenta taxa de falha técnica esperada para o tratamento endovascular menor que 10% e perviedade estimada em 12 meses maior que 70%.
- (B) a classificação anatômica baseada no sistema GLASS é Estágio II, que apresenta taxa de falha técnica inicial esperada para o tratamento endovascular menor que 20% e perviedade estimada em 12 meses entre 50% e 70%.
- (C) a classificação anatômica baseada no sistema GLASS é Estágio III, que apresenta taxa de falha técnica inicial esperada para o tratamento endovascular maior que 20% e perviedade estimada em 12 meses menor que 50%.
- (D) a estratégia de tratamento endovascular como primeira opção está associada à menor mortalidade em 30 dias, quando comparada ao tratamento cirúrgico com *bypass*, com base no estudo BASIL-1.
- (E) a estratégia de tratamento endovascular como primeira opção está associada à maior taxa livre de amputação e maior sobrevida no seguimento de 2 anos, quando comparada ao tratamento cirúrgico com *bypass*, com base no estudo BASIL-1.

38. Em relação às diferentes estratégias de intervenção na oclusão arterial aguda de extremidades inferiores, é correto afirmar que o estudo

- (A) STILE demonstrou taxa de amputação e mortalidade similar em seis meses do tratamento cirúrgico com *bypass*, quando comparado ao tratamento percutâneo com trombólise cateter direcionada.
- (B) STILE demonstrou, em análise de subgrupo, que pacientes com sintomas com duração maior que 14 dias apresentam menores taxas de amputação com o tratamento percutâneo com trombólise cateter direcionada, quando comparado ao tratamento cirúrgico com *bypass*.
- (C) Rochester foi o primeiro ensaio randomizado a avaliar a estratégia de tratamento percutâneo com trombólise cateter direcionada *versus* tratamento cirúrgico com *bypass*, sendo que o fármaco utilizado do grupo trombólise foi a estreptoquinase.
- (D) TOPAS demonstrou menor taxa de amputação e mortalidade hospitalar do tratamento percutâneo com trombólise cateter direcionada, quando comparado ao tratamento cirúrgico com *bypass*.
- (E) TOPAS demonstrou menor taxa de amputação em seis meses do tratamento cirúrgico com *bypass*, quando comparado ao tratamento percutâneo com trombólise cateter direcionada.

39. Paciente masculino, 50 anos, com hipertensão não controlada, chega à emergência com quadro de dor torácica posterior de forte intensidade nas últimas 24 horas. Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, sem dor à palpação abdominal e com todos os pulsos presentes em membros superiores e inferiores. Eletrocardiograma e enzimas cardíacas normais. Foi realizado angiotomografia que demonstrou dissecação da aorta torácica, iniciando cerca de 2 cm após a origem da subclávia esquerda e estendendo-se até a íliaca comum esquerda, falsa luz pérvia, orifício de entrada medindo 0,8 cm e maior diâmetro total da aorta torácica medindo 4 cm. Em relação ao caso clínico descrito, é correto afirmar que:

- (A) o paciente apresenta o diagnóstico de dissecação aguda de aorta Tipo IIIc da classificação de DeBakey e Tipo B da classificação de Stanford.
- (B) o paciente apresenta o diagnóstico de dissecação aguda de aorta Tipo IIb da classificação de DeBakey e Tipo B da classificação de Stanford.
- (C) se o paciente apresentar quadro clínico de malperfusão visceral e/ou renal e a angiotomografia não demonstrar obstrução macrovascular significativa, deve-se suspeitar de obstrução dinâmica do fluxo.
- (D) se o paciente apresentar complicações de malperfusão ou ruptura (12% dos casos) nos dias subsequentes à consulta, a estratégia inicial de tratamento é a cirúrgica, mesmo apresentando maior taxa de morbimortalidade, quando comparada à estratégia endovascular.
- (E) está indicado o implante de endoprótese para cobrir o orifício de entrada nos primeiros 14 dias da dissecação, tendo em vista que os critérios anatômicos de falsa luz pérvia e diâmetro total da aorta maior que 3 cm aumentam a mortalidade.

40. Com relação às Síndromes Aórticas Agudas, é correto afirmar que

- (A) a úlcera penetrante de aorta corresponde a 20-50% das síndromes aórticas agudas, e a região anatômica mais frequente é a aorta descendente, correspondendo a cerca de 65-70%.
- (B) o hematoma intramural da aorta está associado à úlcera penetrante da aorta em um pequeno percentual de casos de, no máximo, 22%.
- (C) a mortalidade do hematoma intramural da aorta associado à úlcera penetrante da aorta é semelhante ao hematoma intramural da aorta isolado, com uma taxa de cerca de 10%.
- (D) pacientes com úlcera penetrante da aorta que apresenta na angiotomografia diâmetro menor que 20 mm e profundidade de até 30 mm podem ser observados com exames seriados, se a dor for de intensidade leve a moderada.
- (E) uma das principais complicações da úlcera penetrante da aorta sintomática são pulmonares, pois em um grande percentual de casos há derrame pleural ou hemotórax, e estes casos devem ser tratados com urgência.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 02/2020 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 31

MÉDICO I (Cirurgia Vasculiar Periférica)

01.	C	11.	D	21.	C	31.	D
02.	D	12.	E	22.	A	32.	B
03.	D	13.	A	23.	ANULADA	33.	A
04.	A	14.	C	24.	C	34.	E
05.	E	15.	A	25.	A	35.	C
06.	B	16.	C	26.	A	36.	D
07.	A	17.	E	27.	E	37.	B
08.	C	18.	E	28.	C	38.	A
09.	B	19.	D	29.	B	39.	C
10.	B	20.	B	30.	D	40.	E