Publicado em
06/05/2025

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 01/2025
DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 04

MÉDICO I
(Cirurgia Vascular Periférica)

01.	B	11.	B	21.	C
02.	D	12.	E	22.	B
03.	C	13.	D	23.	D
04.	D	14.	E	24.	E
05.	B	15.	C	25.	C
06.	B	16.	A		
07.	E	17.	A		
08.	ANULADA	18.	A		
09.	D	19.	E		
10.	A	20.	A		

CADERNO DE QUESTÕES

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 01/2025

DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior

PS 04 - MÉDICO I
(Cirurgia Vascular Periférica)

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

ATENÇÃO

Transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Faça hoje o que vai te dar orgulho amanhã.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: ___ ___ ___ ___ ___ ___ – ___

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

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

SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE FAURGS SETOR DE CONCURSOS

SISTEMA DE GESTÃO DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO FAURGS SETOR DE CONCURSOS

INSTRUÇÕES

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

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 **25** (vinte e cinco) 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. O candidato que comparecer para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame**, **portar relógios,** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *pagers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos/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 autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei.** (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, réguas, 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 **26** serão desconsideradas.

9. Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.

10. A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, 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 utilizar os 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.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

Boa prova!

01. Em quais circunstâncias o sigilo médico pode ser legalmente quebrado, de acordo com o Código de Ética Médica, sem que isso configure uma infração ética?

(A) O sigilo médico pode ser quebrado apenas com a autorização expressa do paciente, independentemente da situação.
(B) O sigilo pode ser quebrado quando houver justa causa, dever legal ou consentimento do paciente, como nos casos de notificação compulsória de doenças e risco iminente a terceiros.
(C) O médico pode divulgar informações sigilosas sempre que solicitado por familiares próximos, sem necessidade de autorização do paciente.
(D) O sigilo médico nunca pode ser quebrado, mesmo em casos de risco à vida de terceiros ou exigência legal.
(E) O sigilo pode ser quebrado a critério exclusivo do médico, caso ele julgue que a informação pode ser de interesse público.

02. Analise as seguintes afirmativas sobre a ética profissional do servidor público civil do Poder Executivo federal.

I - O servidor público deve sempre atuar com transparência e imparcialidade, visando ao interesse público, e deve evitar qualquer comportamento que favoreça interesses pessoais ou de terceiros.
II - O servidor público pode aceitar presentes ou benefícios de terceiros se o valor não for significativo, desde que não haja relação direta com suas atribuições profissionais.
III- O servidor público tem o dever de manter sigilo sobre informações confidenciais obtidas no exercício de suas funções, mesmo após o término do vínculo com a administração pública, salvo em situações previstas em lei.

Quais estão corretas?

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

03. Sobre o acompanhamento pós-angioplastia com *stent* da artéria carótida, assinale a alternativa correta.

(A) A velocidade do fluxo sanguíneo no interior do *stent* tende a ser reduzida devido à alteração da geometria arterial e à perda da complacência da parede.
(B) A hiperplasia miointimal, apesar de ser uma complicação tardia, apresenta um risco de AVC maior do que a aterosclerose primária.
(C) O principal objetivo do exame de acompanhamento é monitorar a progressão de estenoses na artéria carótida contralateral.
(D) Valores de velocidade de pico sistólico (VPS) de 200 cm/s dentro do *stent* sugerem uma reestenose significativa (> 70%).
(E) O primeiro exame de controle deve ser realizado em até 3 meses após o procedimento, com repetição a cada 6 meses.

04. Paciente de 80 anos trazido ao hospital com AVC isquêmico. Eco-Doppler de carótidas e vertebrais evidenciou os seguintes achados:

- carótida comum direita com áreas de sombra acústica devido a placas calcificadas, Doppler espectral com velocidade de 12 cm/s e fluxo com padrão *tardus-parvus*;
- carótida interna direita com velocidade de 22 cm/s e fluxo com padrão *tardus-parvus*;
- artéria vertebral direita com fluxo invertido, velocidade de 13 cm/s e fluxo com padrão *tardus-parvus*;
- carótida comum esquerda com velocidade de 110 cm/s e fluxo com padrão normal.

A causa mais provável destes achados é

(A) estenose aórtica grave.
(B) estenose significativa da origem das carótidas comuns no arco aórtico.
(C) oclusão do segmento distal das artérias carótida interna e vertebral direitas por embolização.
(D) estenose significativa/oclusão do tronco bráquio-cefálico.
(E) oclusão do segmento proximal da carótida comum direita e estenose significativa na carótida comum esquerda.

05. Um paciente de 69 anos, tabagista e portador de doença arterial obstrutiva periférica, apresenta dor abdominal pós-prandial progressiva há 9 meses, levando a uma perda de peso significativa de 14 kg. A angiotomografia evidencia estenose grave (> 80%) da artéria mesentérica superior (AMS) e do tronco celíaco, com a artéria mesentérica inferior pérvia, mas sem circulação colateral significativa. Considerando o manejo da isquemia mesentérica crônica, qual das alternativas abaixo está correta?

(A) O tratamento clínico isolado com antiagregantes plaquetários, estatinas e mudanças no estilo de vida é suficiente para controlar os sintomas e evitar complicações na maioria dos casos.

(B) A angioplastia com *stent* da AMS é o tratamento de escolha para a maioria dos pacientes sintomáticos, especialmente aqueles com risco cirúrgico elevado, embora apresente maior taxa de reestenose do que a revascularização aberta.

(C) A presença de circulação colateral desenvolvida pela artéria mesentérica inferior elimina a necessidade de revascularização, tornando a intervenção invasiva desnecessária.

(D) A revascularização cirúrgica por *bypass* aortomesentérico tem resultados inferiores à angioplastia com *stent*, sendo reservada apenas para falha do tratamento endovascular.

(E) Pacientes assintomáticos com estenose grave da AMS e do tronco celíaco devem ser submetidos à revascularização preventiva para evitar a progressão para isquemia mesentérica aguda.

06. Uma paciente de 28 anos, previamente hígida, procura atendimento após dois episódios de trombose venosa profunda em membros inferiores, sem fator de risco aparente. Sua mãe e irmã também apresentam histórico de eventos trombóticos em idade jovem. Diante desse quadro, é solicitado um painel para trombofilias. Sobre as trombofilias e a hemostasia, assinale a alternativa correta.

(A) A deficiência de antitrombina III é uma trombofilia leve, raramente associada a eventos trombóticos recorrentes.

(B) A mutação do fator V de Leiden leva a um estado de hipercoagulabilidade ao conferir resistência à proteína C ativada, aumentando o risco de trombose.

(C) A síndrome do anticorpo antifosfolipídio é uma trombofilia hereditária e está associada tanto a trombose venosa quanto arterial.

(D) A mutação no gene da protrombina (G20210A) reduz a produção de protrombina, resultando em tendência ao sangramento.

(E) A dosagem de D-dímero é um teste definitivo para diagnóstico de trombofilias hereditárias.

07. Um paciente de 54 anos, previamente com hipertensão controlada, apresenta piora progressiva dos níveis pressóricos nos últimos seis meses, necessitando de múltiplos anti-hipertensivos para controle. Além disso, refere episódios de edema pulmonar agudo recorrente sem causa cardiogênica evidente. A ausculta abdominal revela um sopro sistólico na região periumbilical. A angiorressonância evidencia uma estenose de 80% na artéria renal esquerda, com redução do rim ipsilateral. Qual das alternativas abaixo está correta sobre a hipertensão renovascular?

(A) O manejo clínico isolado é a primeira escolha de tratamento, independentemente do grau da estenose arterial renal.

(B) A estenose aterosclerótica da artéria renal raramente progride para oclusão total, sendo a intervenção indicada apenas quando há falência do tratamento farmacológico.

(C) A hipertensão renovascular causada por displasia fibromuscular responde melhor ao tratamento com inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) do que a causada por aterosclerose.

(D) A revascularização renal por angioplastia com *stent* tem benefício comprovado sobre o tratamento clínico na redução da pressão arterial em todos os casos confirmados de hipertensão renovascular.

(E) A presença de episódios de edema pulmonar agudo pode ser uma indicação para revascularização da artéria renal.

08. Um paciente de 72 anos, tabagista e portador de fibrilação atrial, sem uso prévio de anticoagulante, apresenta dor intensa e súbita no membro inferior esquerdo há 6 horas. No exame físico, observa-se o membro pálido, frio, com diminuição da sensibilidade tátil e motricidade reduzida. Pulso femoral cheio, sem pulso poplíteo ou pulsos distais. A arteriografia confirma uma oclusão embólica na artéria poplítea.

Com base nos critérios de classificação de isquemia arterial aguda segundo Rutherford, qual das alternativas abaixo está correta?

(A) O paciente apresenta isquemia grau IIb, caracterizada por déficit neurológico moderado a grave, exigindo revascularização de urgência para evitar progressão para isquemia irreversível.
(B) A ausência de pulsos distais com alterações motoras ou sensoriais caracteriza isquemia grau III, o que contraindica revascularização e indica amputação primária.
(C) A isquemia arterial aguda secundária à embolia tem pior prognóstico que a secundária à trombose, pois não há circulação colateral para compensação da perfusão.
(D) A trombólise intra-arterial é o tratamento de escolha em pacientes com isquemia grau IIb, pois reduz a necessidade de intervenção cirúrgica imediata.
(E) A presença de fluxo colateral na arteriografia indica viabilidade do membro, independentemente do tempo de evolução da isquemia.

09. Em relação a diagnóstico e tratamento da síndrome aórtica aguda, é correto afirmar que

(A) o hematoma intramural da aorta é mais prevalente que a dissecção clássica.
(B) a úlcera penetrante de aorta apresenta uma história natural bem definida.
(C) uma frequência cardíaca na faixa de 60-80 bpm é considerada inadequada para o manejo clínico inicial.
(D) um teste de D-dímero negativo possivelmente exclui dissecção aórtica aguda.
(E) a recomendação da angiotomografia como método de imagem de escolha é derivada de grandes estudos randomizados.

10. Considerando a dosagem de D-dímeros na suspeita de síndrome aórtica aguda, é correto afirmar que

(A) é maior a probabilidade de dissecção aórtica quanto maiores os valores, especialmente acima de 1.600 ng/mL.
(B) não apresenta indicação no diagnóstico da fase aguda, mas pode excluir embolia pulmonar.
(C) níveis elevados permitem diferenciar claramente a dissecção da embolia pulmonar.
(D) os valores não se elevam na presença de hematoma intramural da aorta.
(E) é útil para se avaliar a resposta ao tratamento endovascular.

11. Em relação a arterite de células gigantes, assinale a afirmativa correta.

(A) É uma vasculite que afeta primariamente vasos de médio calibre.
(B) Cegueira indolor de início abrupto pode ocorrer por neurite isquêmica do nervo óptico.
(C) Raramente acomete pessoas acima dos 50 anos.
(D) Responde pobremente à corticoterapia.
(E) A recorrência é extremamente rara.

12. Na dissecção aórtica tipo B aguda **NÃO** é considerada uma característica morfológica associada a pior prognóstico

(A) orifício de entrada > 10 mm.
(B) falso lúmen com diâmetro > 22 mm.
(C) diâmetro da aorta descendente > 40 mm.
(D) orifício de entrada localizado a < 20 mm da origem da artéria subclávia esquerda.
(E) orifício de entrada na curvatura maior do arco aórtico.

13. Na avaliação dos resultados de um estudo comparando dois tipos de *stents* para o tratamento da doença arterial periférica, o autor concluiu que a diferença é estatisticamente significativa. O que isso significa?

(A) O estudo foi de excelente qualidade científica.
(B) O pesquisador aceitou a hipótese de nulidade com probabilidade de 0,5%.
(C) A probabilidade de o estudo ser verdadeiro é maior do que 5%.
(D) A probabilidade do resultado ser por acaso é $\alpha \leq 0,05$.
(E) A probabilidade de erro tipo II é inferior a 0,05%.

14. No teste de hipóteses, o poder do teste significa

(A) não rejeitar H0 quando H0 é verdadeira.
(B) não rejeitar H0 quando H0 é falsa.
(C) não rejeitar H0 independentemente de H0 ser falsa ou verdadeira.
(D) rejeitar H0 quando H0 é verdadeira.
(E) rejeitar H0 quando H0 é falsa.

15. Em relação ao tratamento cirúrgico das lesões arteriais das extremidades, é correto afirmar

(A) que a fasciotomia precoce reduz a incidência de amputação, mas aumenta o risco de infecção da extremidade.
(B) que lesões da artéria braquial proximais à artéria braquial profunda podem ser ligadas sem risco de isquemia distal.
(C) que, no antebraço, apenas uma artéria intacta é suficiente para a perfusão da extremidade.
(D) que lesões associadas de tendões e nervos não podem ter seu tratamento postergado para uma segunda intervenção.
(E) que, no deslocamento do joelho, sem sinais clínicos de trauma vascular, não é necessário estudo adicional com imagem.

16. Em relação às diretrizes atuais da ESVS sobre o tratamento do trauma contuso da artéria carótida, assinale a alternativa correta.

(A) Na presença de hematoma intramural, é recomendada a terapia antitrombótica.
(B) O implante de *stent* é recomendado de rotina na presença de lesão grau 1 ou 2, mesmo sem sangramento ativo.
(C) O tratamento cirúrgico deve ser considerado no paciente com oclusão completa da carótida, mesmo que assintomático.
(D) O tratamento endovascular com implante de *stent* é a terapêutica de escolha na presença de dissecção.
(E) O pseudoaneurisma de carótida tem uma história natural bem definida e invariavelmente é a ruptura.

17. Um médico recém-concursado para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) depara-se com um caso complexo envolvendo a alocação de recursos limitados para o tratamento de pacientes com doenças raras. Ele precisa tomar decisões alinhadas às diretrizes do SUS, considerando os princípios doutrinários e organizacionais do sistema. Sobre esse contexto, analise as afirmativas abaixo.

I - O princípio da integralidade no SUS pressupõe a garantia de acesso universal a todos os níveis de assistência, desde a promoção da saúde até a reabilitação, incluindo o fornecimento de medicamentos de alto custo para doenças raras.
II - A Lei nº 8.080/1990 estabelece que a participação da comunidade na gestão do SUS é facultativa, sendo necessária apenas em situações específicas, como na elaboração do Plano Municipal de Saúde.
III- A descentralização político-administrativa do SUS prevê a municipalização da gestão como estratégia prioritária, com responsabilidade tripartite entre União, estados e municípios no financiamento e organização do sistema.
IV - O princípio da equidade no SUS implica tratar todos os cidadãos de forma igualitária, sem considerar diferenças individuais ou regionais, garantindo o mesmo acesso a serviços de saúde em todo o território nacional.

Quais estão corretas?

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

18. Um médico cirurgião vascular atende um paciente idoso com isquemia ameaçadora de membro inferior. O paciente apresenta múltiplas comorbidades e um alto risco cirúrgico. Após explicação detalhada das opções terapêuticas, incluindo a possibilidade de amputação, o paciente recusa qualquer intervenção invasiva e assina um termo de recusa de tratamento. No entanto, os familiares do paciente discordam da decisão e exigem que o médico realize a cirurgia, ameaçando acionar judicialmente o profissional caso ele não intervenha.

Diante dessa situação, e com base nos princípios éticos e legais que regem a prática médica no Brasil, qual é a conduta mais apropriada a ser adotada pelo médico?

(A) Respeitar a autonomia do paciente, garantindo cuidados que o paciente permitir, desde que ele esteja lúcido e orientado para tomar essa decisão.
(B) Realizar a cirurgia conforme a vontade da família, pois o princípio da beneficência deve prevalecer sobre a recusa do paciente quando há risco iminente de morte.
(C) Solicitar autorização judicial para decidir o procedimento mais adequado, suspendendo qualquer conduta até manifestação do juiz.
(D) Acionar o Conselho Regional de Medicina (CRM) para que determine a conduta a ser seguida no caso específico.
(E) Internar compulsoriamente o paciente, pois sua recusa de tratamento pode ser interpretada como um risco à sua vida, justificando a intervenção médica forçada.

19. Com relação ao tratamento dos aneurismas de artérias ilíacas comuns, assinale a alternativa correta.

(A) Está indicado tratamento endovascular ou cirúrgico nos aneurismas isolados de ilíaca comum maiores que 4,5 cm.
(B) Nos casos de aneurisma bilateral de ilíacas comuns com indicação de tratamento, a preservação de ambas as ilíacas internas é recomendação I e grau de evidência A.
(C) Nos casos de aneurisma bilateral de ilíacas com indicação de tratamento, a preservação de ambas as ilíacas internas é recomendação I e grau de evidência B.
(D) No tratamento endovascular dos aneurismas de ilíaca comum, a estratégia de *stents* paralelos é superior à estratégia de endoprótese bifurcada de ilíaca quando for factível a preservação da ilíaca interna.
(E) No tratamento endovascular de aneurismas de ambas as ilíacas comuns e na impossibilidade de salvamento de ao menos uma artéria ilíaca interna, a embolização estagiada das ilíacas internas é recomendada com intervalo de ao menos 2 semanas.

20. Um paciente masculino, 35 anos, maratonista e fisioterapeuta, procura atendimento queixando-se de dor intermitente no membro superior direito há cerca de seis meses. Ele relata formigamento na mão, principalmente no 4º e 5º dedos, além de sensação de fraqueza progressiva ao segurar objetos por períodos prolongados. Os sintomas são exacerbados quando ele mantém os braços elevados por tempo prolongado, como ao pendurar roupas ou segurar o volante do carro.

Ao exame físico, observa-se assimetria da musculatura supra e infraespinhal, com leve atrofia no lado direito. O teste de Adson resulta em redução do pulso radial com a rotação da cabeça para o lado sintomático e inspiração profunda. O teste de Roos é positivo, com fadiga e parestesia após 30 segundos. A manobra de Wright provoca exacerbação dos sintomas. Não há alterações motoras evidentes em repouso, e os reflexos estão preservados.

Com base na anamnese e no exame físico apresentados, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Síndrome do desfiladeiro torácico-neurogênica.
(B) Síndrome do desfiladeiro torácico-venosa.
(C) Síndrome do desfiladeiro torácico-arterial.
(D) Radiculopatia cervical C8-T1.
(E) Síndrome do desfiladeiro torácico-traumática.

21. Um paciente masculino, 68 anos, hipertenso e ex-tabagista, foi encaminhado para avaliação vascular após um episódio transitório de fraqueza no membro superior direito e disartria, com resolução completa em menos de 30 minutos. Ele não apresenta déficits neurológicos no exame clínico.

Foi solicitada uma avaliação por imagem para caracterização das placas ateroscleróticas na bifurcação carotídea. A ultrassonografia Doppler revelou uma estenose de 55% na carótida interna direita e 40% na esquerda. Além disso, exames complementares foram realizados para avaliação da morfologia e composição da placa.

Com base nos métodos de imagem vascular, qual dos achados abaixo está mais associado a um maior risco de eventos cerebrovasculares?

(A) Presença de calcificação densa na tomografia computadorizada (TC) das carótidas.
(B) Placa homogênea com superfície lisa na ultrassonografia modo B.
(C) Placa com núcleo lipídico extenso e fina capa fibrosa na ressonância magnética (RM) de alta resolução.
(D) Placa hiperecogênica com sombra acústica posterior no ultrassom Doppler.
(E) Placa fibrosa com realce homogêneo na angiotomografia com contraste.

22. O ultrassom intravascular (IVUS) é um método de imagem complementar útil especialmente no transoperatório de procedimentos endovasculares. Sobre o IVUS, assinale a afirmativa correta.

(A) É utilizado para medir o gradiente de pressão no transoperatório de correção endovascular de coarctação da aorta.
(B) Pode identificar o orifício de entrada e de reentrada em casos de dissecção aguda e crônica da aorta.
(C) Não pode ser usado em conjunto com dispositivos de reentrada em casos de oclusão da artéria femoral superficial.
(D) Apresenta imagem limitada para avaliar grau de dissecção pós-angioplastia de femoral superficial.
(E) Não está indicado para avaliar expansão do *stent* no tratamento endovascular da doença carotídea.

23. As fístulas com prótese para hemodiálise são utilizadas na ausência de veias autólogas. Sobre este método de hemodiálise, assinale a afirmativa correta.

(A) Quando realizado com PTFE, apresenta menores taxas de infecção quando comparado ao dacron.
(B) É necessário fluxo acima de 1.000 mL/min para uma menor taxa de oclusão em 1 ano.
(C) Avaliação periódica do fluxo e de estenoses ao longo do corpo do enxerto com o método de imagem eco-Doppler aumenta a perviedade.
(D) A estenose na anastomose venosa é a principal causa de falência do enxerto e pode ser tratada cirurgicamente com *patch*.
(E) Em caso de trombose aguda sem detecção de estenose, a fístula não pode ser salva pelos métodos endovascular e cirúrgico.

24. Sobre a maturação das fístulas autólogas para hemodiálise e sua liberação para uso, assinale a afirmativa correta.

(A) A avaliação da maturação deve ser feita em 10 semanas pelo exame físico e se inadequada aguardar mais 6 semanas para realizar o eco-Doppler.
(B) Volume de fluxo acima de 200 mL/min é adequado desde que sejam regulados no aparelho baixos fluxos para evitar colabamento da veia.
(C) Diâmetro venoso de 4 mm é adequado desde que a veia esteja situada a menos de 2 mm da superfície da pele.
(D) O melhor método para avaliar a maturação de uma fístula é a venografia.
(E) A técnica de maturação venosa assistida por balão pode ser usada no procedimento inicial em alguns casos.

25. Paciente masculino, 62 anos, hipertenso e tabagista, é admitido no pronto-socorro com dor torácica súbita e intensa, irradiando para a região interescapular. A angiotomografia revela uma dissecção aguda de aorta tipo B com sinais de malperfusão mesentérica, com compressão importante da luz verdadeira e edema intestinal. O paciente evolui com dor abdominal e elevação do lactato sérico. Baseado nesse quadro clínico, qual é o tratamento indicado?

(A) Tratamento clínico com controle rigoroso da pressão arterial e anticoagulação para prevenção da trombose do lúmen verdadeiro.
(B) Revascularização da artéria mesentérica superior pela técnica da angioplastia retrógrada aberta.
(C) Colocação de endoprótese torácica (TEVAR) no orifício de entrada para redirecionamento do fluxo e fenestração percutânea guiada por imagem, se necessário.
(D) Fenestração percutânea com dispositivos de reentrada e implantação de *stent* na artéria mesentérica superior sem intervenção no orifício de entrada da aorta torácica.
(E) Observação inicial com suporte clínico intensivo, pois a maioria das dissecções tipo B não complicadas estabilizam sem intervenção.