



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200
Filiais: Hospital Fêmina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maíes, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Álcool e Drogas.
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90

COREME – Comissão de Residência Médica do Grupo Hospitalar Conceição PROVA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025/2026 ÁREA DE ATUAÇÃO: ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

1. **Em relação ao termo “near occlusion” da carótida interna, qual afirmativa é incorreta:**
 - a. Descreve uma estenose grave da carótida interna que pode determinar redução do calibre da carótida interna pós-estenose, quando comparado à carótida interna contralateral.
 - b. Nestes casos, o diâmetro da carótida interna pós-estenose é menor ou igual ao diâmetro da carótida externa ipsilateral.
 - c. Não é fundamental determinar a etiologia da estenose, pois não há diferença no tratamento.
 - d. A “near occlusion” pode apresentar-se com colapso total pós-estenose, ou sem este achado.
 - e. Aumento do tempo de enchimento/contrastamento da carótida interna na angiografia pode ser um dos achados característicos.

2. **Sobre a trombose venosa profunda que compromete o segmento ilíaco, pode-se afirmar:**
 - a. O embasamento atual não justifica o tratamento intervencionista, pois os estudos CAVEN-T e TORPEDO não conseguiram demonstrar benefício.
 - b. A intervenção com trombectomia mecânica apresenta melhores resultados quando indicada após o 14º dia de apresentação da trombose.
 - c. Dispositivos que causam fragmentação de hemácias estão contra-indicados por causarem insuficiência renal aguda na grande maioria dos casos.
 - d. A lógica do tratamento intervencionista está em reduzir a chance de síndrome pós-trombótica com a preservação da função valvular e correção de eventuais defeitos anatômicos.
 - e. O uso de stents dedicados para correção de defeitos anatômicos é desencorajado em mulheres jovens, pelo risco de complicações na gestação.

3. No contexto dos aneurismas complexos da aorta, é incorreto afirmar:

- a. A utilização de endoprótese modificada pelo cirurgião apresenta bons resultados em centros com expertise e materiais adequados.
- b. Endopróteses ramificadas são ideais para tratamento de aneurismas ou dissecções que comprometem o segmento visceral da aorta, quando o diâmetro é menor que 2cm.
- c. Quanto maior for a distância entre o stent ponte e a fenestra da endoprótese, maior é a chance de vazamento por selamento inadequado.
- d. A perviedade das artérias renais revascularizadas, em médio prazo, é menor nas endopróteses ramificadas, em comparação às fenestradas.
- e. Artérias ilíacas externas com diâmetro inferior a 7mm são um fator limitante para o tratamento totalmente percutâneo quando se utilizam endopróteses ramificadas de prateleira.

4. Assinale a alternativa correta:

- a. O estudo INSTEAD, de 2009 (Circulation.2009;120(25):2519-2528), concluiu que não houve impacto na sobrevida em dois anos, dos pacientes com dissecções de aorta torácica tratados com endoprótese, apesar do remodelamento favorável da aorta.
- b. Segundo as conclusões do estudo INSTEAD XL, de 2013 (Circulation.2013;128(25):2581-2589), não há justificativa para tratamento endovascular de pacientes com dissecções de aorta estáveis e com anatomia favorável, uma vez que a sobrevida em 5 anos não se mostrou superior quando comparados aos pacientes tratados de forma conservadora.
- c. O estudo ADSORB, de 2014 (Eur J Vasc Endovasc Surg.2014;48(3):285-291), comparou o remodelamento de aneurismas degenerativos da aorta torácica, excluindo os pacientes com dissecção, conseguindo demonstrar superioridade no grupo tratado com endopróteses.
- d. As dissecções de aorta torácica complicadas devem ser tratadas somente na fase crônica, visto que as taxas de complicações são proibitivas no estágio agudo.
- e. Nenhuma das anteriores.

5. Assinale a alternativa correta no contexto das complicações tardias do tratamento endovascular dos aneurismas toracoabdominais:

- a. A isquemia medular grave, levando a paraplegia, ocorre com mais frequência após 30 dias de tratamento.
- b. A insuficiência renal aguda periprocedimento está relacionada à hipovolemia e hipotensão.
- c. A insuficiência renal tardia, após 30 dias, está relacionada à anemia crônica não tratada.
- d. A extensão da cobertura da aorta toracoabdominal não está diretamente relacionada à incidência de isquemia medular.
- e. A revascularização da artéria subclávia esquerda não se mostrou útil na prevenção da isquemia medular.

6. Sabe-se que a doença venosa tem recidivas ao longo dos anos, sendo uma doença controlável com o acompanhamento de tratamento. Com relação a esse tema, complete a frase:

O vaso que se apresenta mais frequentemente com refluxo na recidiva de junção safenofemoral é _____ e dentre as recidivas de tratamentos semelhantes endoluminais de safenas é a _____.

- a. Safena acessória anterior e Safena externa
- b. Safena acessória posterior e Safena externa
- c. Safena acessória anterior e Safena interna
- d. Safena acessória posterior e Safena interna
- e. Safena interna e Safena externa

7. - Qual a diferença entre o sistema de compressão elástico e inelástico?

- a. A diferença entre a Pressão de Interface (PI) no repouso e no ortostatismo deve ser maior que 10 mmHg para ser uma compressão elástica.
- b. A diferença entre a Pressão de Interface (PI) no repouso e no ortostatismo deve ser igual a 10 mmHg para ser uma compressão elástica.
- c. A diferença entre a Pressão de Interface (PI) no repouso e no ortostatismo deve ser menor que 10 mmHg para ser uma compressão inelástica.
- d. A diferença entre a Pressão de Interface (PI) no repouso e no ortostatismo deve ser maior que 10 mmHg para ser uma compressão inelástica.
- e. A diferença entre a Pressão de Interface (PI) no repouso e no ortostatismo deve ser maior que 5 mmHg para ser uma compressão inelástica.

8. - Existem manobras especiais na realização da Escleroterapia com espuma que são utilizadas para melhorar a eficácia e segurança do procedimento. Assinale a manobra que aumenta eficácia /segurança do procedimento:

- a. Compressão da junção safenofemoral
- b. Punção venosa com o paciente em pé/sentado
- c. Elevação do membro a 60 graus antes do procedimento
- d. Punção de tributária calibrosa conectado à safenas com vistas a Escleroterapia do eixo safênico
- e. Múltiplas punções ao longo do eixo safênico

9. - Paciente de 58 anos, masculino, vem à consulta para acompanhar o tratamento de sua ferida, que acabou de cicatrizar por completo. Ao exame de ultrassom Doppler há refluxo > 1 segundo de veias femoral e poplítea, veia safena magna ausente até o joelho e presente na perna com refluxo > 0,5 segundos. Diante deste quadro, sua conduta é:

- a. Liberar o paciente da compressão, uma vez que a úlcera está cicatrizada.
- b. Manter a compressão 30-40mmHg, realizar Escleroterapia com espuma ecoguiada na safena da perna e estimular atividade física.
- c. Manter a compressão 20-30mmHg, realizar Escleroterapia com espuma ecoguiada na safena da perna e estimular atividade física.
- d. Manter a compressão 30-40mmHg e não tratar a safena na perna, uma vez que há insuficiência do sistema venoso profundo.
- e. Manter a compressão 20-30mmHg e não tratar a safena na perna, uma vez que há insuficiência do sistema venoso profundo .

10. - Com relação ao resultado de tratamento de telangiectasias, classifique as lesões em fácil ou difícil:

1 - Telangiectasias azuis em fossa poplítea

2 - Telangiectasias vermelhas em região medial da coxa/perna

3 - Telangiectasias vermelhas em região pré -tibial

4 - Telangiectasias de enchimento rápido

- a. Difícil, fácil, difícil, difícil
- b. Fácil, fácil, difícil, difícil
- c. Fácil, difícil, difícil, fácil
- d. Fácil, difícil, fácil, difícil
- e. Fácil, difícil, difícil, difícil

11. No trauma cervical, o tratamento endovascular é preferencialmente indicado em:

- a. Lesões de zona 2
- b. Lesões de zona 1 e 3 ou de artéria vertebral
- c. Qualquer lesão com pseudoaneurisma.
- d. Lesões associadas à fratura de mandíbula.
- e. Pacientes hemodinamicamente instáveis.

12. Em relação à anticoagulação no trauma vascular, é correto afirmar:

- I) Sempre deve ser utilizada após qualquer reparo vascular
- II) Está indicada rotineiramente em todos os traumas de membros
- III) É indicada em traumas cervicais fechados grau I e II com heparina não fracionada ou antiagregação plaquetária
- IV) É contraindicada em traumas cervicais fechados
- V) Todos os ptes que não tiverem contra-indicação devem receber heparina profilática para prevenção de TVP

- a. I , III, V
- b. III, V
- c. II, III, V
- d. II, IV, V
- e. II, V

13. São sinais maiores e menores, respectivamente, de lesão vascular periférica no trauma :

- a. Presença de frêmito e hematoma pulsátil
- b. Déficit neurológico e presença de sopro
- c. Hematoma em expansão e ferimento no trajeto de vasos tronculares
- d. Perda de pulsos distais e hematoma pulsátil
- e. Hematoma não pulsátil e história de sangramento arterial na cena do trauma

14. Qual das alternativas a seguir representa corretamente uma situação em que a ligadura vascular é aceitável como tratamento definitivo no trauma abdominal?

- a. Ligadura da veia porta isolada sem preservar o fluxo arterial hepático.
- b. Ligadura da veia esplênica sem esplenectomia.
- c. Ligadura da veia renal direita com preservação do rim
- d. Ligadura das veias ilíacas comuns com fasciotomia de membro
- e. Ligadura da artéria mesentérica superior proximal à artéria cólica média

15. Durante laparotomia por trauma abdominal, o cirurgião identifica um hematoma retroperitoneal em zona 3, secundário a ferimento contuso. Segundo as diretrizes, as condutas mais adequadas são:

- I) Não explorar o hematoma, exceto se evidência radiológica de lesão de ilíacas
- II) Explorar obrigatoriamente o hematoma, pois se trata de lesão potencialmente grave
- III) Realizar angioembolização seletiva para controle do sangramento, se indicado.
- IV) Realizar estabilização pélvica , se fratura pélvica associada

- a. I, III, IV
- b. II, III, IV
- c. I, III
- d. I , IV
- e. III ,IV

16. Analise as seguintes alternativas sobre tratamento do DAOP aortoiliaco:

- I - No tratamento endovascular de lesões ilíacas, a angioplastia primária com stent bare-metal é preferível à angioplastia com balão, pelo menor risco de embolização.
- II - Os stents expansíveis por balão conferem maior precisão na liberação, embora ofereçam menor maleabilidade que os autoexpansíveis.
- III - Segundo o COBEST Trial, os stents recobertos demonstraram melhor perviidade do que os stents *bare metal* em lesões TASC C e D, embora as taxas de amputação sejam semelhantes.
- IV - A abordagem retroperitoneal na cirurgia de aorta confere menor risco de íleo pós-operatório e permite melhor exposição da aorta justa e supra renal.

Quais estão corretas?

- a. I e II
- b. I, II e III
- c. I e III
- d. III e IV
- e. Todas estão corretas

17. Analise as seguintes afirmativas sobre o tratamento das doenças da artéria mesentérica e assinale a incorreta:

- a. A revascularização pode ser considerada em pacientes sintomáticos com estenose isolada da artéria mesentérica superior.
- b. Ao menos a artéria mesentérica superior deve ser tratada quando houver estenose grave ou oclusão de múltiplos vasos.
- c. A angioplastia com balão isoladamente é uma conduta aceitável, na ausência de dissecação residual.
- d. Para pacientes com isquemia mesentérica crônica, o tratamento endovascular é recomendado como primeira linha, quando a anatomia for favorável.
- e. Na suspeita de síndrome do ligamento arqueado, o ecodoppler das artérias viscerais durante a inspiração e expiração é o exame de primeira linha.

18. Sobre isquemia mesentérica aguda, assinale a alternativa incorreta:

- a. Nenhum teste laboratorial é suficientemente acurado para confirmar ou excluir o diagnóstico de maneira isolada.
- b. Na faixa etária de 75 anos de idade a isquemia mesentérica aguda é uma causa mais comum de abdome agudo do que apendicite ou aneurisma de aorta abdominal roto.
- c. A isquemia mesentérica não oclusiva deve ser suspeitada em pacientes com redução no realce do contraste de alças intestinais, sem evidência de estenose ou oclusão na artéria mesentérica superior.
- d. A oclusão trombótica da artéria mesentérica superior tem forte associação com aterosclerose e ocorre predominantemente no terço médio do vaso.
- e. Fatores de risco como câncer, cirrose hepática, doenças mieloproliferativas, cirurgia recente e terapia hormonal tem relação conhecida com a trombose venosa mesentérica.

19. Qual das seguintes situações clínicas não representa uma indicação de tratamento endovascular da estenose de artéria renal:

- a. Pacientes com insuficiência renal crônica e estenose bilateral.
- b. Pacientes com estenose de artéria renal e com rim único.
- c. Pacientes com estenose da artéria renal e edema agudo de pulmão, inexplicável por uma causa cardíaca.
- d. Intolerância medicamentosa aos anti-hipertensivos.
- e. Pacientes assintomáticos com estenose unilateral maior que 90%.

20. Sobre hipertensão renovascular, analise a alternativa incorreta:

- a. A fisiopatologia mais aceita envolve o estímulo do aparelho justaglomerular pela hipoperfusão renal e ativação do sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA). A ativação do SRAA promove aumento do nível sérico de angiotensina II, gerando vasoconstrição periférica e expansão volêmica pela retenção de sódio.
- b. A aterosclerose é a principal causa de estenose de artéria renal. Já a displasia fibromuscular compreende cerca de 10% dos casos, acometendo mulheres por volta dos 40 anos.
- c. Os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona são fármacos de primeira linha no tratamento clínico da hipertensão com estenose de artéria renal unilateral.
- d. Os estudos ASTRAL e CORAL não demonstraram benefício na melhora da função renal ou de desfechos cardiovasculares com o tratamento endovascular de rotina da estenose de artéria renal.
- e. Na estenose por displasia fibromuscular, está indicada a angioplastia com stent farmacológico.



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200
Filiais: Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Malas, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Álcool e Drogas.
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90

COREME – Comissão de Residência Médica do Grupo Hospitalar Conceição PROVA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025/2026 ÁREA DE ATUAÇÃO: ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

FOLHA DE GABARITO					
Questão nº					
1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E
11	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E
16	A	B	C	D	E
17	A	B	C	D	E
18	A	B	C	D	E
19	A	B	C	D	E
20	A	B	C	D	E