

PROCESSO SELETIVO 2022

PERÍODO LETIVO 2023

PROVA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA I

INSTRUÇÕES

- 1) Confira se os dados impressos acima, que identificam esta prova, estão corretos.
- 2) O caderno de prova deverá conter 25 (Vinte e cinco) questões de múltipla escolha.
- 3) A duração da prova **com início às 08:00 e término às 09:00**, incluindo o preenchimento do Cartão-Resposta.
- 4) A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo, portanto, permitidas perguntas aos Fiscais.
- 5) A prova é **INDIVIDUAL**, sendo vetada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.
- 6) Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.
- 7) Em cada questão, há somente uma resposta correta.
- 8) Não copie as respostas para comparar com o resultado, pois a ordem das alternativas publicadas poderá ser diferente da apresentada neste caderno de provas.
- 9) O caderno de prova deverá ser entregue para o Fiscal, juntamente com o Cartão-Resposta.
- 10) Ao receber seu Cartão-Resposta, aja da seguinte forma:
 - a) Verifique se os dados pré-impressos estão corretos;
 - b) Assine no local indicado;
 - c) Marque no espaço correspondente, com caneta esferográfica, escrita normal, tinta azul ou preta o campo correspondente à alternativa que considera correta em cada questão;
 - d) Não o amasse, nem dobre.

PROVA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA I

1. "SITUS INVERSUS TOTALIS" indica:

- a) Coração a esquerda e fígado à direita.
- b) Coração a esquerda e fígado à esquerda.
- c) Coração a direita e fígado à esquerda.
- d) Coração a direita e fígado à direita.

2. No isomerismo atrial esquerdo encontramos:

- a) Dois apêndices auriculares esquerdos.
- b) Brônquio fonte direito em ângulo reto.
- c) Ausência do no AS.
- d) Todas as anteriores.

3. Não observamos na anatomia normal do átrio direito:

- a) Crista terminalis.
- b) Apêndice atrial direito.
- c) Tendão de Todaro.
- d) Trígono de Koch.

4. No ventrículo direito normal encontramos:

- a) Duas partes principais.
- b) Via de entrada e via de saída constituem as partes do VD.
- c) O tamanho do VD é definido pela válvula pulmonar.
- d) Via de entrada, trabeculado e via de saída formam o VD.

5. Anatomicamente constituem o Ventrículo esquerdo:

- a) Três partes distintas.
- b) Via de entrada e via de saída.
- c) Via de entrada, músculos papilares e via de saída.
- d) Valva mitral e valva aórtica.

6. Sobre a anatomia coronariana observamos:

- a) Dominância direita ou balanceada em aproximadamente 90% dos casos.
- b) Presença frequente de origem anômala de coronárias.
- c) A irrigação do septo interventricular predominantemente da art. coronária direita.
- d) A irrigação do no sinusal pela art. coronária descendente anterior.

7. No sistema de condução elétrico do coração temos:

- a) O no SA localizado no triângulo de Koch.
- b) Os ramos internodais num trajeto a esquerda do septo interatrial.
- c) O no átrio ventricular próximo a inserção septal da v. tricúspide.
- d) A bifurcação do feixe de His anterior e superior no septo IV.

8. Com relação as valvas cardíacas pode-se afirmar:

- a) Na valva tricúspide temos as porções septal, anterior e medial.
- b) A valva mitral forma-se 1/3 pelo folheto anterior e 2/3 pelo posterior.
- c) A valva aórtica localiza-se entre a v. mitral e v. pulmonar.
- d) A valva pulmonar e posterior a valva tricúspide.

9. Numa radiografia de tórax observaremos na silhueta cardíaca, exceto:

- a) Com o átrio esquerdo aumentado à direita da coluna vertebral.
- b) O arco aórtico impossível de ser identificado.
- c) O tronco pulmonar paralelo e a esquerda da coluna vertebral.
- d) O ventrículo direito hipertrófico elevando o ápice do coração.

10. O tratamento cirúrgico da estenose aórtica supralvar congênita com utilização de três retalhos nos três seios de Valsalva foi descrita por:

- a) Brom.
- b) Myers e Waldhausen.
- c) Doti.
- d) Hancock.

11. Para a correção cirúrgica da dupla via de saída do ventrículo direito com comunicação interventricular (CIV) subpulmonar (Taussig-Bing) a melhor opção é:

- a) Bandagem da artéria pulmonar.
- b) Fechamento da comunicação interventricular.
- c) Redirecionamento do fluxo para a aorta + fechamento da CIV.

d) Fechamento da CIV com direcionamento pulmonar + Inversão arterial.

12. A Tetralogia de Fallot clássica se caracteriza pelos seguintes defeitos cardíacos, **exceto**:

- a) Comunicação Interventricular tipo via de saída.
- b) Comunicação Interventricular tipo via de entrada.
- c) Dextroposição da Aorta.
- d) Hipertrofia do ventrículo direito.

13. Ainda em relação a Tetralogia de Fallot, a anormalidade fundamental que contribui para cada das suas anomalias é:

- a) Desvio posterior e em direção cefálica do septo de entrada, que é mal alinhado em relação ao septo trabecular.
- b) Desvio anterior e em direção cefálica do septo de saída, que é mal alinhado em relação ao septo trabecular.
- c) A Tetralogia de Fallot nunca pode coexistir com defeito do septo Atrio-ventricular.
- d) Sítio dominante da obstrução é geralmente a nível subvalvar aórtico.

14. Em relação a Transposição das Grandes Artérias (TGA) clássica, marque a alternativa **incorreta**:

- a) Trata-se de uma cardiopatia cianótica que se expressa clinicamente logo ao nascimento.
- b) Ventrículo anatomicamente Direito está relacionado com a Aorta e o Ventrículo anatomicamente Esquerdo está relacionado com a Artéria Pulmonar.
- c) A atrioseptoplastia com balão como procedimento paliativo objetiva ampliar a comunicação interatrial ao nascimento e pode ser salvadora para a vida da criança cardiopata, pois favorece a mistura de sangue oxigenado para o átrio direito, ventrículo direito e aorta, melhorando a saturação de oxigênio na circulação sistêmica.
- d) A cirurgia anatomicamente corretiva para a transposição das grandes artérias, pode ser indicada mais tardiamente, podendo esperar para o final do primeiro mês de vida e é chamada cirurgia de Jatene.

15. Criança com 4 anos e meio de idade. Cianose discreta desde o nascimento, quase acianótica ao repouso. A cianose piorou lenta e progressivamente aos esforços com seu crescimento pondero estatural. Sopro sistólico em borda esternal esquerda (que corresponde topograficamente à via de saída do ventrículo direito). A Cianose também aumenta aos esforços, e agora ao caminhar, senta-se de cócoras frequentemente, pois esta posição melhora a cianose e a “sensação de dispneia”. Marque a melhor alternativa que explica anatômica e fisiologicamente o seu quadro clínico:

- a) Cardiopatia congênita com Hipofluxo pulmonar, associada a Comunicação Interventricular subaórtica, e hipertrofia da via de saída do Ventrículo Direito.
- b) Cardiopatia congênita com Hiperfluxo pulmonar, associada a Comunicação Interventricular trabecular, e hipertrofia da via de saída do Ventrículo Direito.
- c) Cardiopatia congênita com Hipofluxo pulmonar, associada a Comunicação Interventricular subaórtica, e hipertrofia da via de saída do Ventrículo Esquerdo.
- d) Tetralogia de Fallot severa, com hipoplasia severa da via de saída do VD do anel valvar pulmonar, CIV, e atresia pulmonar.

16. Um recém-nascido apresenta exame clínico normal, exceto pela presença de sopro sistólico rude na borda esternal inferior esquerda. A investigação eletrocardiográfica e radiológica não mostra alterações. Um ecocardiograma revela um defeito do septo interventricular medindo 2 mm no segmento perimembranoso com gradiente VE/VD de 88 mmHg (entre os dois ventrículos). Não há dilatação de cavidades ou hipertensão arterial pulmonar. A conduta mais **correta** é:

- a) Manter o recém-nascido sob acompanhamento ambulatorial.
- b) Realizar cateterismo cardíaco imediatamente já que o gradiente está acima de 80 mmHg.
- c) Indicar a correção cirúrgica do defeito septal.
- d) Realizar a bandagem cirúrgica da artéria pulmonar.

17. Quanto a classificação de Rastelli para o defeito cardíaco congênito do septo atrioventricular total marque a resposta **correta**.

- a) Tipo A - A cúspide anterior da valva A-V é dividida em porção mitral e tricúspide, com inserção das valvas tendíneas no topo do septo interventricular.
- b) Tipo B – A cúspide posterior da valva A-V é dividida porém o folheto da ponte anterior é maior do que o do tipo A, e ultrapassa o septo interventricular com as inserções das cordas na banda septal ou moderadora.
- c) Tipo C - O folheto da ponte posterior é maior do que o do tipo B e ultrapassa o septo interventricular sem inserção das cordas.
- d) Tipo D - A cúspide posterior da valva A-V é dividida em porção mitral e tricúspide, com inserção das valvas tendíneas no topo do septo interventricular.

18. Diversas técnicas são utilizadas para correção cirúrgica da obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo. Pode se afirmar **corretamente** que a operação de:

- a) Konno-Rastan está relacionada a uma incisão no anel aórtico junto do folheto coronariano direito, progredindo em direção à via de saída do ventrículo esquerdo e uma incisão no septo ventricular.

- b) Nicks-Nunez está relacionada a uma incisão no anel aórtico entre os folhetos coronariano esquerdo e não coronariano, com abertura do anel mitral e progredindo em direção ao meio da cúspide anterior mitral.
- c) Rittenhouse-Manouguian está relacionada a uma incisão no anel aórtico entre os folhetos coronariano direito e não coronariano, com abertura do anel mitral e progredindo em direção à cúspide posterior mitral.
- d) Rastelli está relacionada à incisão no ventrículo esquerdo com abertura da via de saída do ventrículo esquerdo e ampliação com pericárdio bovino corrugado ou enxerto de Dacron.

19. Relacione um fator limitante para indicação cirúrgica e uma complicação tardia que podem ser observados, com maior frequência, na correção cirúrgica arterial da transposição das grandes artérias:

- a) idade avançada da criança e arritmias ventriculares.
- b) peso da criança e arritmias atriais.
- c) anatomia da aorta e estenose das veias pulmonares.
- d) presença de comunicação interatrial e isquemia miocárdica.

20. De acordo com as últimas diretrizes apresentadas pela Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) para o tratamento cirúrgico das valvopatias, analise as seguintes afirmações:

- I. Pacientes com estenose aórtica severa, sintomáticos, que não são candidatos à cirurgia cardíaca por comorbidades específicas, podem ser referendados ao tratamento por implante transcater de válvula aórtica;
- II. O implante transcater de valva aórtica não deve ser realizado em pacientes de risco intermediário para a cirurgia convencional, segundo as evidências atuais.
- III. No que se referem à assistência médica pós-operatória, as novas orientações favorecem a terapia antiplaquetária sem o uso de anticoagulantes orais, em pacientes com válvulas bioprostéticas.

A partir de sua análise, escolha a alternativa **correta**:

- a) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
- b) Apenas a afirmativa I está correta.
- c) Apenas a afirmativa III está correta.
- d) Todas as afirmativas estão corretas.

21. Em relação à localização do óstio do seio coronário no tratamento cirúrgico de diversas cardiopatias congênitas, assinale a alternativa **correta**:

- a) No fechamento cirúrgico da comunicação interatrial do tipo ostium secundum, o óstio do seio coronário deve obrigatoriamente ser orientado para o átrio esquerdo, visando a preservação do tecido de condução.
- b) Na correção cirúrgica do defeito do septo atrioventricular forma parcial, o óstio do seio coronário deve ser direcionado para o átrio esquerdo sempre, pois esta é a única forma de se preservar o tecido de condução.
- c) Ao se corrigir o defeito do septo atrioventricular em que há presença de veia cava superior esquerda drenando no seio coronário, devemos direcionar o óstio do seio coronário para o átrio direito, mesmo que isso signifique risco aumentado de bloqueio atrioventricular pós-operatório.
- d) Na correção cirúrgica de cardiopatias congênitas do tipo comunicação interventricular perimembranosa, a localização do óstio do seio coronário é decisiva na orientação da passagem dos pontos para o fechamento da CIV.

22. Em relação aos métodos de proteção miocárdica, é **correto** afirmar:

- a) Cardioplegia sanguínea hipotérmica é método de proteção em desuso nos dias atuais.
- b) A utilização de cardioplegia retrógrada no óstio do seio coronário pode ser alternativa segura e eficaz para proteção miocárdica em paciente com insuficiência aórtica severa.
- c) Cardioplegia retrógrada não está indicada para proteção miocárdica em pacientes portadores de coronariopatia obstrutiva grave.
- d) A indução de cardioplegia sanguínea na raiz da aorta, seguida de distensão do ventrículo esquerdo, comprova que a proteção miocárdica está sendo segura e eficaz, pois o aumento de volume mostra que todo o coração está sendo perfundido.

23. Os sinais abaixo são encontrados na miocardiopatia hipertrófica obstrutiva, **exceto**:

- a) Hipertrofia ventricular esquerda.
- b) Disfunção diastólica.
- c) Angina de peito.
- d) Hipertrofia ventricular direita.

24. A origem anômala da artéria coronária esquerda, na forma infantil, em geral, produz sintomas precocemente, decorrentes da isquemia miocárdica. Com relação a essa grave malformação congênita, podemos **afirmar** que:

- I. Os pacientes com pobre circulação colateral costumam apresentar sintomas ao redor das três primeiras semanas de vida.
- II. Os lactentes sintomáticos frequentemente apresentam insuficiência cardíaca congestiva associado à cardiomegalia e dificuldade em ganhar peso.
- III. O tratamento, ao diagnóstico, deve ser clínico, com suporte nutricional adequado e manejo da insuficiência cardíaca, não havendo indicação para a correção cirúrgica desta cardiopatia durante a infância.

De acordo com o exposto, assinale a alternativa **correta**:

- a) Todas as afirmativas estão corretas.
- b) Apenas I e II estão corretas.
- c) Apenas II e III estão corretas.
- d) Apenas III está correta.

25. Em relação à terapia de ressincronização cardíaca, as seguintes afirmativas são corretas, **exceto**:

- a) A ressincronização cardíaca pode ser obtida, nos pacientes com ritmo sinusal, através da inserção de 3 eletrodos para estimular respectivamente os átrios, o ventrículo direito e o ventrículo esquerdo.
- b) A terapia de ressincronização pode melhorar a função ventricular e os sintomas da insuficiência cardíaca nos pacientes com distúrbios da condução intraventricular.
- c) A ressincronização pode melhorar a tolerância ao exercício nos pacientes tratados.
- d) O eletrodo para a estimulação do ventrículo esquerdo pode ser inserido através da válvula mitral, atingindo-se o ápice do ventrículo esquerdo.





GABARITO DO CANDIDATO (SEM VALIDADE OFICIAL)

VOCÊ NÃO PODE FAZER NENHUM TIPO DE ANOTAÇÃO NA FRENTE OU VERSO DESTE DOCUMENTO, SOMENTE NO ESPAÇO RESERVADO PARA A CÓPIA DO CARTÃO-RESPOSTA

Na saída apresente este gabarito ao fiscal para conferência.

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	