Secretaria de Saúde

GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA SES-RJ 2026
E PARCEIROS SMSDC/FMSN

EDITAL Nº 14/2025 – DIVULGAÇÃO DOS GABARITOS DEFINITIVOS DA PROVA TEÓRICO-OBJETIVA

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), no exercício de suas atribuições, por este edital, para conhecimento dos interessados, nos termos e prazos estabelecidos no Edital de Abertura nº 01/2025, torna pública a presente divulgação para informar o que segue:

1. DAS JUSTIFICATIVAS PARA MANUTENÇÃO/ALTERAÇÃO DOS GABARITOS PRELIMINARES DAS PROVAS TEÓRICO-OBJETIVAS

1.1. Foi realizada a avaliação dos recursos interpostos pelos candidatos durante o período de 28/10 a 30/10/2025, e justifica-se a manutenção ou alteração dos Gabaritos Preliminares da Prova Teórico-Objetiva no Anexo I deste Edital.

2. DOS GABARITOS DEFINITIVOS

2.1. Os Gabaritos Definitivos da Prova Teórico-Objetiva encontram-se no Anexo II deste edital.

3. DOS ANEXOS

3.1. É parte integrante do presente edital:

ANEXO I – Justificativas para Manutenção/Alteração dos Gabaritos Preliminares;

ANEXO II – Gabaritos Definitivos.

Rio de Janeiro, 18 de novembro de 2025.

Cláudia Maria Braga de Mello

Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – SES/RJ

PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA Nº 01/2025

ANEXO I – JUSTIFICATIVAS PARA MANUTENÇÃO/ALTERAÇÃO DOS GABARITOS PRELIMINARES

JUSTIFICATIVA PARA MANUTENÇÃO OU ALTERAÇÃO DE GABARITOS PRELIMINARES

De acordo com os Editais de Abertura nº 01/2025, que regem estes Processos Seletivos de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde, argumentações inconsistentes, extemporâneas, que estiverem fora das especificações estabelecidas para a interposição, que contiverem questionamentos de natureza administrativa (por exemplo, relacionados às normas previamente estipuladas em Edital) não obterão resposta da banca avaliadora e, por isso, não terão respostas publicadas na *Internet*. Não serão computadas as questões não assinaladas na grade de respostas, nem as que contiverem mais de uma *resposta,* emenda ou rasura, ainda que legível.

NÍVEL SUPERIOR

MATÉRIA: CIRURGIA GERAL

CARGO(S): ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA - HEAL, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA CARDIOVASCULAR – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO - IECAC, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS - HOF, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS - HECC, CLÍNICA MÉDICA – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART - HMHS, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, MEDICINA INTENSIVA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, MEDICINA INTENSIVA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA- HEAL, MEDICINA INTENSIVA - HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, NEUROCIRURGIA – INSTITUTO ESTADUAL DO CÉREBRO PAULO NIEMEYER - IEC, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS- HEGV, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA - HEAL, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU - HETDOL, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES -

HMAPN, PEDIATRIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, PSIQUIATRIA – CENTRO PSIQUIÁTRICO DO RIO DE JANEIRO - CPRJ, PSIQUIATRIA – HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA – HPJ

QUESTÃO: 15 - MANTIDA alternativa 'C'.
A banca examinadora reconhece a pertinência da argumentação apresentada quanto à coexistência de resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre os critérios de indicação de cirurgia bariátrica. No entanto, o enunciado da questão é explícito ao solicitar a conduta "segundo os critérios atuais, de acordo com a Resolução CFM nº 2.429/2025", deixando claro que a resposta deveria considerar a norma vigente à data da publicação e já em vigor no momento da prova.
A Resolução CFM nº 2.429/2025, publicada e vigente antes da realização do concurso, revogou expressamente a Resolução nº 2.131/2015, estabelecendo novos critérios para a indicação da cirurgia bariátrica e metabólica. Assim, por força do princípio da tempestividade normativa e da hierarquia das normas médicas, o conteúdo atualizado deve prevalecer sobre a norma anterior, ainda que esta continue referenciada em materiais didáticos e documentos técnicos de sociedades médicas em processo de adaptação.
A própria redação do enunciado demonstra que a questão não se baseou em conhecimento "implícito" ou em norma de transição, mas sim explicitamente na Resolução nº 2.429/2025, o que torna legítima a cobrança de seu conteúdo. Cabe ao candidato, nesse contexto, considerar como vigente e aplicável a norma publicada e com efeitos jurídicos plenos antes da data da prova.
Dessa forma, a alternativa C — que afirma ser necessária a presença de uma comorbidade agravada pela obesidade para indicação da cirurgia em paciente com IMC ≥ 35 kg/m² — está correta, conforme determina o Art. 2º, inciso II, da Resolução CFM nº 2.429/2025.
A alternativa E, por sua vez, encontra-se incorreta, pois a nova resolução não elimina integralmente a necessidade de tratamento clínico prévio, apenas flexibiliza sua obrigatoriedade, cabendo à equipe multidisciplinar avaliar individualmente a falha terapêutica, sem que isso signifique dispensa automática do manejo clínico inicial.
Assim, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 16 - MANTIDA alternativa 'C'.
Os recursos argumentam que, por o enunciado mencionar "aumento em **região inguinal**", haveria **inconsistência anatômica**, já que a hérnia femoral se localiza **abaixo** do ligamento inguinal, não pertencendo tecnicamente à "região inguinal".
Contudo, na prática clínica e cirúrgica, a **região inguinal** é frequentemente utilizada em sentido **topográfico ampliado**, incluindo o **triângulo femoral**, especialmente em exames físicos e descrições iniciais de abaulamentos dessa área.
Referências clássicas (Sabiston, 21ª ed., cap. 45; Schwartz, 12ª ed., cap. 41) reconhecem que, embora a hérnia femoral esteja **abaixo do ligamento inguinal**, ela se **manifesta clinicamente junto à região inguinal**, podendo ser descrita como tal em exame físico antes da confirmação anatômica.
Assim, o enunciado não apresenta erro conceitual que justifique anulação:

- O achado "**medial à veia femoral**" identifica inequivocamente uma **hérnia femoral**.
- O termo "região inguinal" é aceitável em contexto clínico de triagem anatômica superficial.

Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 17 - MANTIDA alternativa 'E'.
Os recursos argumentam que o gabarito deveria ser alterado ou que há ambiguidade, pois até recentemente o **início do rastreamento era aos 50 anos**, segundo o **INCA** e diretrizes anteriores da **SBCP**. Entretanto, a atualização das **recomendações oficiais nacionais e internacionais** já reconhece a **idade de 45 anos** como ponto de partida — e o enunciado da questão solicita **explicitamente a recomendação atual**, o que elimina a ambiguidade temporal.
Fontes oficiais:

- **Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP), Diretrizes 2023:**
  "O rastreamento do câncer colorretal em indivíduos de risco médio deve ser iniciado aos 45 anos, com métodos endoscópicos ou testes fecais."
- **U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF, 2021):**
  "Recomenda o início do rastreamento para câncer colorretal a partir dos 45 anos até os 75 anos de idade."
- **American Cancer Society (ACS, 2023):**
  "Screening should begin at age 45 years for average-risk adults."

A questão é **válida e atual**, não apresentando ambiguidade, uma vez que:

1. O enunciado solicita a **recomendação atual**;
2. As principais diretrizes já **convergem para o início aos 45 anos**;
3. O rastreamento pode ser realizado por **colonoscopia ou métodos não invasivos**, ambos aceitos oficialmente.
4. **Portanto, mantém-se o gabarito.**

QUESTÃO: 18 - MANTIDA alternativa 'D'.
Segundo as principais diretrizes internacionais — Society for Vascular Surgery (SVS, 2020), AHA/ACC Guidelines on Peripheral Artery Disease (2016) e UpToDate (2025) — o manejo inicial da isquemia arterial aguda deve incluir:

- Avaliação clínica imediata e classificação da viabilidade do membro;
- Início precoce da anticoagulação sistêmica com heparina não fracionada, tão logo o diagnóstico clínico seja estabelecido, antes da confirmação por imagem, salvo contraindicações evidentes (como dissecção de aorta ou sangramento ativo).

Essa conduta tem como objetivo evitar propagação do trombo, preservar a microcirculação e ganhar tempo até o tratamento definitivo (trombectomia, trombólise ou revascularização).
O recurso alega que a anticoagulação deveria ser postergada até a confirmação diagnóstica, por risco de contraindicações. No entanto, as referências citadas pelo próprio candidato reforçam que, na suspeita clínica de isquemia arterial aguda, a anticoagulação imediata é recomendada, sendo uma medida de alto impacto prognóstico e baixo risco quando conduzida adequadamente.
Assim, a alternativa D está de acordo com a conduta preconizada pelas diretrizes internacionais e pela prática vascular atual.

QUESTÃO: 19 - MANTIDA alternativa 'E'.
O recurso argumenta que o carcinoma epidermoide ainda possui relevância no Ocidente e que a obesidade pode contribuir para sua carcinogênese. Embora seja verdade que o carcinoma epidermoide ainda ocorra em populações específicas, a literatura é clara ao estabelecer que sua prevalência relativa é menor em países ocidentais, onde o adenocarcinoma tornou-se o tipo dominante. Além disso, a obesidade está principalmente associada ao adenocarcinoma e não ao epidermoide, conforme evidenciado em meta-análises recentes (***NEJM***, 2022; ***Lancet Gastroenterology***, 2023).
Assim, a alternativa A apresenta duas imprecisões conceituais:

- Afirma que o carcinoma epidermoide é mais prevalente em países ocidentais, o que é incorreto;
- Relaciona-o diretamente à obesidade, quando esta é fator de risco clássico para adenocarcinoma, e não para carcinoma epidermoide.

Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 20 - MANTIDA alternativa 'A'.
O recurso sustenta que a alternativa D (“A causa mais comum de hematúria macroscópica indolor em adultos é glomerulopatia”) também seria correta, com base em material didático de nefrologia. Entretanto, essa interpretação não se aplica ao contexto clínico descrito. A hematúria glomerular geralmente é microscópica, associada à proteinúria e sem coágulos, podendo ter eritrócitos dismórficos — achados não mencionados no enunciado. Já a hematúria macroscópica indolor em adulto com história de tabagismo é classicamente sinal de alerta para neoplasia vesical, conforme unanimidade das diretrizes urológicas. Assim, a alternativa A expressa corretamente a conduta diagnóstica obrigatória nesse contexto, enquanto a alternativa D é incompatível com o quadro clínico apresentado.

QUESTÃO: 21 - MANTIDA alternativa 'A'.
O recurso solicita anulação da questão alegando que a definição da alternativa A omite o detalhe “após reposição volêmica adequada”. Entretanto, essa informação já consta explicitamente no enunciado, tornando a definição contextualmente correta e clinicamente válida. A questão está tecnicamente adequada, sem vício conceitual e em plena conformidade com a Surviving Sepsis Campaign (2021).

QUESTÃO: 22 - MANTIDA alternativa 'E'.
A paciente do caso possui fatores típicos de obstrução por bridas (mecânico) e não por hérnia encarcerada dentro do contexto clínico apresentado no enunciado. A alternativa E, ao usar a palavra “sugere”, não “fecha” o diagnóstico, portanto é correta.

QUESTÃO: 23 - MANTIDA alternativa 'D'.
Estudos demonstram que 20–40% das contusões cerebrais apresentam progressão hemorrágica nas primeiras 24–48 horas após o trauma, com potencial de deterioração neurológica e aumento da PIC (*Alahmadi et al., J Neurosurg 2022; Narayan et al., Neurosurgery 2023*). Esse fenômeno justifica a necessidade de reavaliação clínica rigorosa e, quando indicado, radiológica, especialmente em TCE moderado ou quando há fatores de risco para progressão (contusões frontotemporais, múltiplas lesões, uso de anticoagulantes, idade avançada) (*ACS TQP Best Practices, 2024; Brain Trauma Foundation, 2016*).
As diretrizes da Brain Trauma Foundation (BTF, 4ª edição, 2016) e do American College of Surgeons (ACS, 2024) recomendam repetir tomografia em pacientes com TCE leve/moderado que apresentem contusões evidentes, mesmo sem deterioração, quando há risco de progressão, o que se aplica ao caso clínico descrito. Portanto, a conduta descrita na alternativa D é condizente com a boa prática neurocirúrgica, pois o acompanhamento clínico e radiológico precoce é medida de segurança e vigilância ativa, não mera repetição de imagem sem critério. A alternativa B ("O uso profilático de anticonvulsivantes em traumatismo craniano moderado não é indicado, mesmo nos primeiros 7 dias") deve ser considerada incorreta por apresentar formulação absoluta e tecnicamente imprecisa, em desacordo com as diretrizes internacionais mais recentes. De acordo com a Neurocritical Care Society (NCS, 2024), no documento *Guidelines for Seizure Prophylaxis in Adults Hospitalized with Moderate-to-Severe Traumatic Brain Injury*, "tanto o uso de medicação antiepiléptica (ASM) quanto a não utilização podem ser considerados em pacientes hospitalizados com TCE moderado a grave, sem crises clínicas ou eletrográficas prévias". O guideline não contraindica o uso profilático — apenas não o torna mandatório. Portanto, afirmar que "não é indicado, mesmo nos primeiros 7 dias" é incorreto, pois ignora que o uso é opcional e aceitável clinicamente, especialmente em pacientes com contusão cerebral, como o descrito no caso. As diretrizes da Brain Trauma Foundation (BTF, 2016) e do American College of Surgeons (ACS, 2024) seguem o mesmo raciocínio, indicando que a profilaxia com fenitoína ou levetiracetam por até 7 dias pode ser considerada em pacientes com lesão intracraniana visível (como contusões, hematomas ou fraturas deprimidas), com o objetivo de prevenir crises precoces — ainda que sem impacto comprovado em crises tardias ou mortalidade.

CARGO(S): CIRURGIA PEDIÁTRICA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA VASCULAR – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO - IECAC, CIRURGIA VASCULAR – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA PEDIÁTRICA – HOSPITAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES, CÂNCER E CIRURGIA INFANTIL (HOSPITAL DA CRIANÇA) – HEC

QUESTÃO: 2 - MANTIDA alternativa 'A'.
A questão apresenta um caso clínico de ferimento penetrante em abdome superior direito, com lesão perfurante na face posterior da segunda porção do duodeno, e solicita a manobra cirúrgica indicada para adequada exposição e tratamento dessa região. De acordo com os tratados clássicos de cirurgia, Moore, Feliciano e Mattox (Trauma, 9ª ed.), Sabiston (21ª ed.) e Millikan e Moore (Surgical Exposures in Trauma, 5ª ed.), a manobra de Kocher é a abordagem padrão e inicial para a exposição do duodeno proximal (D1 e D2) e da cabeça do pâncreas, permitindo acesso direto à face posterior da segunda porção. Embora Sabiston reconheça que a manobra de Cattell–Braasch amplia a exposição das porções D2 e D3 ao mobilizar o cólon direito e o retroperitônio, ela é indicada principalmente para lesões extensas do duodeno distal (D3–D4) ou em continuidade com o pâncreas e retroperitônio direito, sendo complementar e não substitutiva à manobra de Kocher em lesões localizadas na segunda porção duodenal. Assim, no contexto do enunciado, que descreve uma lesão perfurante isolada da face posterior da segunda porção do duodeno, a manobra de Kocher é a conduta adequada e clássica. A manobra de Cattell–Braasch seria reservada para exposição mais ampla do retroperitônio direito e das porções distais do duodeno, o que não foi descrito no caso clínico.
A questão está correta, pois a manobra de Kocher é a resposta mais apropriada e diretamente aplicável ao cenário descrito. Embora a manobra de Cattell–Braasch também permita exposição do duodeno, sua indicação não corresponde ao caso clínico apresentado, não caracterizando ambiguidade que justifique anulação.

QUESTÃO: 10 - MANTIDA alternativa 'A'.
Considerando que a questão pede para indicar a alternativa correta "Considerando o contexto apresentado", a alternativa que mais diretamente se alinha e explica os achados da colonoscopia (lesões salteadas, úlceras profundas, áreas normais entre segmentos inflamados) é a alternativa A, pois descreve as características patológicas (inflamação transmural e descontínua) que resultam nessas observações endoscópicas e são diagnósticas de Doença de Crohn.

QUESTÃO: 20 - ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'C' PARA ALTERNATIVA 'D'.

Segundo as principais referências cirúrgicas e diretrizes internacionais — Sabiston (21ª ed., 2022, Cap. 46), Schwartz (12ª ed., 2022, Cap. 47) e o AATS Expert Consensus Guidelines for Empyema (Ann Thorac Surg, 2017) — a conduta de escolha para empiema pleural em fase fibrino-purulenta com loculações e líquido espesso é a videotoracoscopia (VATS) para debridamento e drenagem completa da cavidade pleural:

Sabiston 21ª ed.: "*In patients with loculated empyemas and thick purulent fluid, early thoracoscopic (VATS) drainage and debridement is recommended to ensure full evacuation and prevent fibrothorax.*"

Schwartz 12ª ed.: "*For complicated or loculated empyemas, early video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) is preferred to facilitate drainage and prevent long-term complications."*

AATS Guidelines (2017): Classe IIa – "*Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) should be the first-line approach in all patients with stage II acute empyema (Level of Evidence B).*"

A drenagem pleural isolada (alternativa C) pode ser utilizada em derrames não loculados (fase exsudativa), mas não é suficiente em casos fibrino-purulentos, em que há múltiplos septos e material espesso. A fibrinólise intrapleural (E) é alternativa para pacientes sem condições cirúrgicas, mas não substitui a VATS quando há loculações estabelecidas.

Os recursos apresentados fundamentam-se corretamente em literatura clássica e nas diretrizes mais recentes da AATS, demonstrando que a alternativa D (videotoracoscopia para higiene torácica) representa a conduta mais indicada para o quadro descrito. Assim, o gabarito preliminar não reflete a melhor conduta segundo a prática clínica atual e o nível de evidência internacional, sendo tecnicamente incorreto no contexto de empiema loculado (fase II). Diante do exposto, reconhece-se que a alternativa D (videotoracoscopia para higiene torácica) é a única correta, conforme referências cirúrgicas clássicas e diretrizes internacionais.

QUESTÃO: 21 - ANULADA.

De acordo com as diretrizes internacionais — ASCO 2022, AATS 2023, ACCP 2013, e Sabiston (21ª ed., 2022) —, pacientes com linfonodos mediastinais aumentados ou captantes ao PET-CT devem obrigatoriamente ser submetidos a estadiamento invasivo do mediastino (mediastinoscopia, EBUS ou EUS) antes da definição terapêutica.

Sabiston, 21ª ed., Cap. 58: "A PET-FDG é útil no estadiamento, mas não é específica para malignidade, pois o metabolismo glicídico aumentado ocorre também em processos inflamatórios. Quando há linfonodos mediastinais aumentados ou captantes, é obrigatória a confirmação invasiva por EBUS, EUS ou mediastinoscopia."

ASCO 2022 – Management of Stage III NSCLC: "Mediastinal staging by EBUS/EUS or mediastinoscopy is recommended in all patients with suspected N2 disease on imaging before initiating definitive chemoradiation or surgery."

AATS 2023 Consensus: "Invasive mediastinal staging remains mandatory when PET-CT reveals ipsilateral mediastinal nodes, regardless of size or SUV, as it impacts treatment strategy."

Dessa forma, o paciente não pode ser classificado como N2 definitivo apenas pelo PET-CT; é necessário estadiamento invasivo para confirmar envolvimento linfonodal metastático, portanto anula-se a questão.

QUESTÃO: 27 - MANTIDA alternativa 'C'.

A fístula pode ocorrer em cerca de 30–50% dos casos e não até ⅓ como apresenta alternativa D. Portanto mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 30 - MANTIDA alternativa 'B'.

O caso clínico descreve um paciente jovem, com diagnóstico confirmado de apendicite aguda não complicada, submetido à apendicectomia videolaparoscópica, procedimento amplamente aceito e recomendado como padrão-ouro nas diretrizes atuais. As vantagens da via laparoscópica frente à aberta são amplamente documentadas em revisões sistemáticas e guidelines internacionais — incluindo melhor visualização da cavidade abdominal, menor dor pós-operatória, menor taxa de infecção de ferida e retorno mais precoce às atividades habituais. Portanto, a alternativa B expressa corretamente um conjunto de benefícios bem estabelecidos, incluindo a melhor visualização da cavidade abdominal, que é um conceito técnico amplamente aceito, sobretudo pela ótica panorâmica e magnificada oferecida pelo laparoscópio — mesmo em comparação a laparotomias limitadas, que são o padrão em apendicectomia aberta. As próprias SAGES Guidelines (2023) ressaltam que os ganhos principais da laparoscopia residem em menor dor, menor infecção de ferida e melhor exploração da cavidade — não na diferença de hérnia incisional, que é mínima.

SAGES Guidelines for Laparoscopic Appendectomy, 2023: "The laparoscopic approach is preferred due to reduced postoperative pain, wound infection, and faster return to activity. Incisional hernia rates are comparable reduced compared to open appendectomy."

Assim, a alternativa E foca em um desfecho secundário e não central à decisão cirúrgica, enquanto a B reflete com exatidão os benefícios reconhecidos e prioritários da videolaparoscopia.

MATÉRIA: PEDIATRIA

CARGO(S): ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA - HEAL, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA CARDIOVASCULAR – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO - IECAC, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS - HOF, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS - HECC, CLÍNICA MÉDICA – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART - HMHS, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, MEDICINA INTENSIVA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, MEDICINA INTENSIVA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA- HEAL, MEDICINA INTENSIVA - HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, NEUROCIRURGIA – INSTITUTO ESTADUAL DO CÉREBRO PAULO NIEMEYER - IEC, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS- HEGV, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA - HEAL, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU - HETDOL, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, PEDIATRIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, PSIQUIATRIA – CENTRO PSIQUIÁTRICO DO RIO DE JANEIRO - CPRJ, PSIQUIATRIA – HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA – HPJ

QUESTÃO: 26 - MANTIDA alternativa 'D'.
Segue análise de cada alternativa:
A) A detecção de imunoglobulina M (IgM) anti-CMV no soro do recém-nascido confirma o diagnóstico de infecção congênita.
Incorreta. A presença de **IgM anti-CMV** no recém-nascido **sugere** infecção recente, mas **não confirma** infecção congênita. Isso ocorre porque a sensibilidade do teste é **baixa** (nem todos os infectados produzem IgM detectável), pode haver **falso-positivo** e a IgM pode ser produzida por estímulos inespecíficos. Portanto, a **confirmação diagnóstica deve ser feita pela detecção direta do vírus** (PCR ou cultura) nas **primeiras 3 semanas de vida**.
B) A ausência de IgM anti-CMV no recém-nascido exclui o diagnóstico de infecção congênita.
Incorreta. A **ausência de IgM não exclui** a infecção congênita, pois cerca de **30 a 50%** dos recém-nascidos infectados **não apresentam IgM detectável**; A resposta imune do neonato é **imatura**, o que reduz a produção de anticorpos. Assim, mesmo sem IgM, o RN pode ter CMV congênito, sendo necessária a pesquisa **direta do DNA viral**.
C) A detecção do DNA viral por PCR na urina é um método inseguro e pouco específico para o diagnóstico de infecção congênita.
Incorreta. Pelo contrário: a **PCR na urina** é **altamente sensível e específica** para detectar o **DNA do CMV**. É, inclusive, um dos **métodos de referência** para confirmar a infecção congênita, desde que o exame seja feito **até 21 dias após o nascimento**.
D) A detecção do DNA viral por PCR na saliva é uma alternativa rápida, com alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de infecção congênita.
Correta. A **PCR na saliva** é um método **não invasivo**, **rápido** e com **alta sensibilidade e especificidade** para o diagnóstico do **CMV congênito**, sendo inclusive utilizada em **programas de triagem neonatal**. Recomenda-se confirmar o resultado positivo com **PCR na urina**, pois pequenas quantidades de CMV podem estar presentes na saliva por contaminação com o leite materno. O teste deve ser realizado **até 21 dias de vida** para diferenciar infecção congênita de infecção pós-natal.

E) Achados laboratoriais como anemia, plaquetopenia, neutropenia e aumento de bilirrubina direta são altamente específicos para infecção congênita por CMV.
Incorreta. Esses achados podem **ocorrer** em recém-nascidos com CMV congênito, mas **não são específicos**, pois também aparecem em **outras infecções congênitas** (como toxoplasmose, rubéola, sífilis e hepatites) e em **doenças não infecciosas**. São apenas **achados inespecíficos de infecção sistêmica**, não diagnósticos de CMV.

Referências bibliográficas
Ministério da Saúde (Brasil).
Protocolo de Vigilância da Infecção Congênita por Citomegalovírus (CMV).
Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021.
Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
Cytomegalovirus (CMV) and Congenital CMV Infection: Laboratory Testing.
Updated 2023. Disponível em: https://www.cdc.gov/cytomegalovirus/
World Health Organization (WHO).
Cytomegalovirus Infection: WHO Fact Sheet. Geneva: WHO, 2022.

QUESTÃO: 28 - MANTIDA alternativa 'C'.
Segue análise de cada alternativa:
A) O colostro possui maior densidade calórica em comparação ao leite maduro.
Incorreta. O **colostro** tem **menor teor de gordura e lactose** e, portanto, **menor densidade calórica** (≈ 55 kcal/100 mL) quando comparado ao **leite maduro** (≈ 70 kcal/100 mL). O colostro é mais rico em **proteínas e imunoglobulinas**, mas **menos energético**.
Referência: SBP, *Manual de Aleitamento Materno*, 4ª ed., 2020.
B) O leite maduro apresenta maior concentração proteica do que o colostro.
Incorreta. A concentração de **proteínas** é **maior no colostro**, pois contém altas quantidades de **imunoglobulinas (IgA), lactoferrina e albumina**. No leite maduro, o teor proteico **diminui progressivamente** após as primeiras semanas pós-parto.
Referência: Ministério da Saúde, *Aleitamento Materno e Alimentação Complementar*, 2015.
C) A concentração de gordura no leite humano tende a aumentar progressivamente durante uma mesma mamada.
Correta. Durante a mamada: O **leite do início ("leite anterior" ou *foremilk*)** é mais **diluído** e **rico em lactose**, para hidratação. O **leite do final ("leite posterior" ou *hindmilk*)** é mais **rico em gordura**, conferindo **maior valor calórico** e **saciedade** ao bebê. Essa variação garante o equilíbrio entre hidratação e energia durante a mamada.
Referências: SBP, *Manual de Aleitamento Materno*, 4ª ed., 2020. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 21ª ed., 2020.
D) O teor de proteínas no colostro e no leite maduro de mães de recém-nascidos a termo e pré-termo é equivalente.
Incorreta. O **leite de mães de prematuros** contém **maior teor de proteínas, lipídios e minerais** para atender às maiores demandas de crescimento e maturação do prematuro. Portanto, **não é equivalente** ao leite de mães de recém-nascidos a termo.
Referência: SBP, *Manual de Aleitamento Materno*, 4ª ed., 2020.
E) A concentração de proteínas no leite materno mantém-se constante entre o colostro e o leite maduro.
Incorreta. A **concentração proteica diminui** progressivamente ao longo da lactação, acompanhando a transição do colostro → leite de transição → leite maduro.
Referência: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de pediatria**. 6. ed. Barueri, SP: Manole, 2025.

QUESTÃO: 30 - ANULADA.
De fato o exantema é macropapular, porém foi descrito micropapular. Portanto anula-se a questão.
Referência: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de pediatria**. 6. ed. Barueri, SP: Manole, 2025.

QUESTÃO: 32 - MANTIDA alternativa 'A'.
De acordo com as **normas do Ministério da Saúde** e as recomendações da **Organização Mundial da Saúde (OMS)** para aferição antropométrica em crianças:
Crianças menores de 2 anos (como **Otávio**, com 1 ano e 2 meses):
→ Devem ter o **comprimento aferido em posição deitada (decúbito dorsal)**, utilizando **infantômetro**.
→ O peso deve ser obtido em **balança pediátrica**, própria para lactentes.

Crianças com 2 anos ou mais (como **Ruth**, com 3 anos e 6 meses):
→ A **estatura** deve ser medida **em pé**, com **postura adequada**, utilizando **estadiômetro**.
→ O peso deve ser aferido em **balança de plataforma** (balança de adulto adaptada para crianças).

Referências bibliográficas
Ministério da Saúde (Brasil). **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**: orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sisvan_orientacoes_coleta_analise_dados.pdf

QUESTÃO: 33 - MANTIDA alternativa 'E'.
Diante das opções dadas, e considerando que as demais são fisiologicamente incorretas ou contrárias ao quadro, a opção E descreve um mecanismo fisiopatológico que está ativa e significativamente contribuindo para a icterícia observada, sendo exacerbado por fatores presentes no caso (prematuridade e dificuldade na amamentação). Embora não seja a "causa inicial" da sobrecarga de bilirrubina pela hemólise, é um "mecanismo causador" de elevação da bilirrubina indireta ao evitar sua eliminação e promover sua reabsorção. Portanto, em um cenário de múltipla escolha onde a opção mais direta (hemólise/aumento da produção de bilirrubina) não está presente, a alternativa E é a que melhor descreve um processo relevante e ativo que explica a icterícia neste recém-nascido.

QUESTÃO: 35 - ANULADA.
Conforme evidenciado por Kliegman, St. Geme *et al.* (2020), no capítulo 680, página 4008, as indicações de tratamento da otite média aguda nesta faixa etária incluem sinais de otite média aguda bilateral, febre ›39ºC, sintomas intensos como otalgia persistente por ›48h ou otorreia. Portanto, anula-se a questão.
Fonte: Kliegman, St. Geme *et al*. **Nelson Textbook of Pediatrics**. 21ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

CARGO(S): CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO - IECAC, ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA PEDIÁTRICA – INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUÍS CAPRIGLIONE - IEDE, HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA – INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI - HEMORIO, MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES – HMAPN

QUESTÃO: 16 - ANULADA.
De fato as alternativas não foram claras ao propor a forma da nova coleta, bem como é reconhecido que saco coletor não é o método de eleição. Portanto, anula-se a questão.
Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de pediatria**. 6. ed. Barueri, SP: Manole, 2025.

MATÉRIA: GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA

CARGO(S): ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA - HEAL, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA CARDIOVASCULAR – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO - IECAC, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS - HOF, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS - HECC, CLÍNICA MÉDICA – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART - HMHS, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, MEDICINA INTENSIVA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, MEDICINA INTENSIVA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA- HEAL, MEDICINA INTENSIVA - HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO

VARGAS - HEGV, NEUROCIRURGIA – INSTITUTO ESTADUAL DO CÉREBRO PAULO NIEMEYER - IEC, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS- HEGV, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA - HEAL, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU - HETDOL, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, PEDIATRIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, PSIQUIATRIA – CENTRO PSIQUIÁTRICO DO RIO DE JANEIRO - CPRJ, PSIQUIATRIA – HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA – HPJ

QUESTÃO: 37 - MANTIDA alternativa 'D'.
A assertiva I está correta, ou seja, durante a fase lútea, a produção continuada de progesterona e estradiol produzidos pelo corpo lúteo inibem a produção de gonadotrofinas pela hipófise, impedindo o início de um novo ciclo menstrual. O que está escrito na assertiva não inviabiliza a função e o papel da inibina A nesse contexto, ou seja, fazendo retrocontrole negativo sobre a secreção de FSH.
A assertiva II está correta. As inibinas A e B exercem retrocontrole negativo sobre a secreção de FSH pela hipófise. Evidentemente, a inibina B predomina na fase folicular e a inibina A predomina na fase lútea.
A assertiva III está incorreta, pois a fase folicular tem duração variável. A fase lútea que tem duração fixa de 14 dias. Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 39 - MANTIDA alternativa 'E'.
De 30 a 40% dos casos de infertilidade são de causa masculina. Em pacientes com ciclos mensais regulares, não há necessidade, em uma avaliação inicial, da confirmação da ovulação. Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 40 - MANTIDA alternativa 'D'.
Conforme a nota publicada pela Febrasgo em seu site em julho de 2025:
Medicamentos agonistas dos receptores de GLP-1(glucose-like peptídeo 1) desenvolvidos originalmente para o tratamento do diabetes tipo 2, como a semaglutida (Ozempic®, Wegovy®) e a tirzepatida (Mounjaro®), agonista também do GIP (glucose-dependent insulinotropic polypeptide), vêm ganhando espaço como opção terapêutica para perda de peso. No entanto, o uso dessas medicações requer atenção especial quando associado a anticoncepcionais hormonais orais. Segundo a Dra. Ilza Maria Urbano Monteiro, presidente da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia FEBRASGO, a principal preocupação é que esses medicamentos desaceleram o esvaziamento gástrico, o que pode interferir na absorção de fármacos administrados por via oral. Estudos realizados com a semaglutida **não demonstraram impacto relevante na eficácia dos contraceptivos hormonais orais**. Em uma revisão com seis estudos em usuárias de contraceptivos hormonais orais e vários tipos de agonistas do GLP-1, entretanto, a tirzepatida mostrou uma **redução clinicamente relevante nas concentrações séricas dos hormônios contraceptivos**. Esse efeito parece ser mais importante nas primeiras quatro semanas de uso e durante o período de ajuste de dose. Embora ainda sejam necessários mais estudos para conhecer melhor a interação entre a tirzepatida e os contraceptivos hormonais orais, a **FEBRASGO recomenda**:
Contraceptivos orais podem ser mantidos durante o uso de semaglutida, com acompanhamento médico.
Mulheres que utilizam tirzepatida devem ser orientadas a não usar contraceptivos hormonais orais, a trocar de método ou a associar métodos de barreira por, pelo menos, quatro semanas após o início do uso ou ajuste da dose.
O uso de outros métodos contraceptivos altamente eficazes deve ser oferecido a todas as usuárias de agonistas do GLP-1, com destaque para os Dispositivos Intrauterinos (DIUs – hormonal ou de cobre) ou implante contraceptivo hormonal de longa duração, visto que não é conhecido o potencial teratogênico destes medicamentos.
Não há evidência de segurança para o uso destes medicamentos para perda de peso durante a gestação e amamentação. A recomendação é suspender a semaglutida por no mínimo dois meses e a tirzepatida por pelo menos um mês antes de uma eventual gravidez.
Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 41 - MANTIDA alternativa 'A'.
A Síndrome de Rokitansky é uma causa anatômica de amenorreia primária, mas não deixa de ser também uma causa congênita, uma vez que a paciente nasce sem útero, portanto mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 42 - MANTIDA alternativa 'A'.
A "janela de oportunidade" para o uso de hormônios no climatério refere-se ao uso sistêmico dos hormônios e não ao uso tópico. Para a síndrome geniturinária do climatério, o estrogênio tópico é a primeria escolha. O uso de lubrificantes vaginais será a escolha quando o uso de estrogênio tópico estiver contraindicação, o que não é o caso da paciente da referida questão.

QUESTÃO: 43 - MANTIDA alternativa 'C'.
"Nas mulheres com história de trabalho parto pré-termo ou com colo curto à ultrassonografia, está indicado o uso de progesterona na dose de 200 mg/dia por via vaginal, a partir de 14 semanas ou do diagnóstico de encurtamento cervical, estendendo-se até as 36 semanas de gravidez" (Ramos, 2023). Assim, em uma paciente com 12 semanas de gestação, em que a próxima consulta será só em 30 dias, já se pode prescrever a referida medicação.
Fonte: RAMOS, J.G.L. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2023.

QUESTÃO: 44 - ANULADA.
Uma gestante no 3 trimestre de gestação com hipertensão arterial sistêmica e cefaleia poderá ter pré-eclâmpsia mesmo na ausência de proteinúria significativa. Assim, são diagnósticos diferenciais nessa paciente a hipertensão gestacional, a pré-eclâmpsia e a iminência de eclâmpsia. Como o caso clínico não possui dados suficientes para fazer esse diagnóstico diferencial, a questão está anulada.

QUESTÃO: 45 - MANTIDA alternativa 'D'.
A fertilidade da mulher cai de forma drástica após os 40 anos, ao passo que a taxa de nascidos vivos aos 43 anos é de no máximo 5%, enquanto que dos 35 a 37 anos, a taxa é de mais de 30%. Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 46 - MANTIDA alternativa 'B'.
Paciente com abdome agudo hemorrágico e instabilidade hemodinâmica necessita ser operada de emergência, senão irá a óbito. A cirurgia deverá ser por laparotomia. Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 47 - MANTIDA alternativa 'D'.
Na assistência ao trabalho de parto, o toque vaginal para avaliação da progressão do trabalho de parto pode ser realizado a cada 2-4 horas, a depender da necessidade, porém o número de exames vaginais deve ser reduzido ao mínimo necessário. Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 48 - MANTIDA alternativa 'B'.
O uso de sulfato de magnésio para neuroproteção deve ser utilizado em gestações com menos de 32 semanas. Portanto, mantém-se o gabarito.

MATÉRIA: CARDIOLOGIA

CARGO(S): ECOCARDIOGRAFIA – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO - IECAC, ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO - IECAC, ERGOMETRIA – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO - IECAC, HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO – IECAC

QUESTÃO: 23 - MANTIDA alternativa 'B'.
A questão foi embasada na Diretriz Brasileira de Síndrome Coronariana - 2025 - tabela 15 - página 42.

Assertiva I - falsa
O argumento de que a redação “podem ser recomendados” é vaga, não delimita tempo nem perfil de risco e se afasta da orientação preferencial da diretriz não está correto, pois a diretriz coloca exatamente a frase abaixo, com CLARA CONTRAINDICAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO (Grau de recomendação III):

Prasugrel e ticagrelor não são recomendados como terapia tripla em associação a AAS e anticoagulante.	III	C

Assertiva II - verdadeira
Sobre a "ambiguidade" que o candidato refere, aqui segue exatamente o que diz na diretriz brasileira:

Clopidogrel 75 mg/dia pode ser considerado para pacientes submetidos a ICP por pelo menos 3 meses após o procedimento, se elevado risco de sangramento.	IIa	A

Assertiva III - falsa
Não há nenhuma ressalva nessa conduta, com grau de recomendação IA:

Pacientes com indicação de anticoagulação após ICP devem, preferencialmente, fazer uso de DOAC associado a terapia antiplaquetária.	I	A

MATÉRIA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

CARGO(S): ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA - HEAL, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA CARDIOVASCULAR – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO - IECAC, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS - HOF, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS - HECC, CLÍNICA MÉDICA – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART - HMHS, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, MEDICINA INTENSIVA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, MEDICINA INTENSIVA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA- HEAL, MEDICINA INTENSIVA - HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, NEUROCIRURGIA – INSTITUTO ESTADUAL DO CÉREBRO PAULO NIEMEYER - IEC, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS- HEGV, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA - HEAL, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU - HETDOL, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, PEDIATRIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, PSIQUIATRIA – CENTRO PSIQUIÁTRICO DO RIO DE JANEIRO - CPRJ, PSIQUIATRIA – HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA – HPJ

QUESTÃO: 49 - MANTIDA alternativa 'E'.
A questão apresenta dois resultados de uma metanálise, o efeito combinado (risco relativo de 0,72; IC95%: 0,60 - 0,88) e o teste de heterogeneidade (p = 0,31). O comando solicita a “implicação principal desse resultado”. Ainda que se reconheça que o termo possa permitir diferentes leituras, as alternativas apresentadas direcionam claramente o raciocínio do candidato para a interpretação metodológica, centrada na análise da heterogeneidade entre os estudos. Assim, mesmo diante da presença de dois resultados no enunciado, apenas um deles é explorado nas opções de resposta, o que mantém a objetividade e não configura ambiguidade. No que se refere ao argumento de ordem técnica, é correto afirmar que o teste de heterogeneidade baseado no qui-quadrado não é conclusivo quanto à consistência entre os estudos. Entretanto, a alternativa assinalada como correta emprega o verbo “sugere”, reconhecendo de forma adequada o caráter indicativo e não definitivo desse teste. A redação, portanto, está compatível com o entendimento esperado de que o p › 0,05 indica apenas ausência de evidência estatística de heterogeneidade

relevante, o que pode ser interpretado como sugestão de consistência. Dessa forma, a questão mantém coerência metodológica, clareza suficiente e gabarito compatível com a interpretação esperada.

QUESTÃO: 50 - MANTIDA alternativa 'B'.
Em estudos transversais, exposição e desfecho são avaliados simultaneamente, permitindo estimar prevalências e, quando há comparação entre grupos, razões de prevalência, que são medidas válidas de associação para esse tipo de delineamento. A ausência de temporalidade limita apenas a inferência causal, mas não a validade das medidas de prevalência ou associação. O risco relativo de desenvolver o desfecho pressupõe acompanhamento temporal e cálculo de incidência, o que não é possível em estudos transversais. Assim, trata-se da única medida que não pode ser obtida com validade nesse delineamento. Os argumentos apresentados, baseados na distinção entre estudo transversal descritivo e analítico, não comprometem a clareza do enunciado nem alteram o raciocínio esperado. O comando é suficiente para identificar a alternativa incorreta de forma inequívoca.

QUESTÃO: 51 - MANTIDA alternativa 'B'.
A questão apresenta um estudo observacional com regressão logística ajustada (OR = 2,4; IC95%: 1,01 - 5,71) e solicita a crítica estatística aplicável. O intervalo de confiança apresentado é amplo em relação à estimativa pontual, o que indica maior incerteza sobre a magnitude do efeito e, portanto, baixa precisão, interpretação corretamente expressa na alternativa B. A avaliação da amplitude do intervalo é adequada como crítica estatística e não depende de comparação externa. Já a alternativa D é incorreta porque estudos observacionais não permitem estabelecer causalidade, ainda que o resultado seja estatisticamente significativo e ajustado para confundidores.

QUESTÃO: 53 - MANTIDA alternativa 'D'.
A questão solicita o cálculo do Número Necessário para Tratar (NNT) a partir de um risco relativo (RR) de 0,80 e um risco de 10% no grupo controle. O cálculo é direto: RAR = 0,10 - (0,10 × 0,80) = 0,02 então NNT = 1 / 0,02 = 50. O enunciado fornece um risco (0,10) e não uma taxa de incidência, o que caracteriza o uso de risco cumulativo, padrão em exercícios conceituais de epidemiologia. Assim, não há ambiguidade quanto ao tipo de risco a ser aplicado. O argumento de que o NNT poderia assumir outro valor apenas se o RR derivasse de uma taxa de incidência não se aplica, pois essa informação não consta no enunciado. O texto é suficiente para conduzir o candidato à resposta única e correta.

QUESTÃO: 54 - MANTIDA alternativa 'B'.
O enunciado descreve um programa de rastreamento em que o grupo rastreado apresentou maior tempo entre diagnóstico e óbito, sem redução da mortalidade por todas as causas. Esse padrão caracteriza o viés de tempo de antecipação do diagnóstico (*lead-time bias*), no qual o rastreamento apenas antecipa o momento do diagnóstico, gerando aumento aparente da sobrevida sem modificar o curso natural da doença. A alternativa B apresenta o termo em português “viés de tempo de permanência” acompanhado de “(*lead-time bias*)” entre parênteses. Embora a tradução literal correta de *lead-time bias* seja “viés de tempo de antecipação do diagnóstico” ou ainda "viés do tempo ganho", o termo em inglês identifica claramente o conceito epidemiológico avaliado e não compromete a compreensão da questão. O fenômeno descrito no enunciado corresponde inequivocamente ao *lead-time bias*. Os demais vieses sugeridos nos recursos, como o viés de seleção ou o viés de duração (*length time bias*), não encontram respaldo direto no texto, que não menciona diferenças basais entre grupos nem detecção preferencial de casos de evolução lenta.

QUESTÃO: 55 - MANTIDA alternativa 'E'.
O estudo apresentado é transversal, o que significa que exposição e desfecho foram avaliados simultaneamente, impossibilitando estabelecer relação temporal e, portanto, inferência causal. O resultado (OR = 1,9; IC95%: 1,2 - 3,0) indica uma associação estatisticamente significativa entre tempo de tela › 4h / dia e obesidade, mas não comprova relação de causa e efeito. A alternativa E expressa corretamente essa interpretação. A alternativa A é conceitualmente incorreta, pois o *odds ratio* não mede risco, e a frase “1,9 vezes mais risco” representa apenas uma aproximação informal, inadequada para a terminologia científica exigida em uma questão metodológica. A ausência de informação sobre prevalência do desfecho não invalida a interpretação correta, nem torna a alternativa A tecnicamente aceitável.

QUESTÃO: 56 - MANTIDA alternativa 'B'.
A questão descreve um paciente idoso, consciente e orientado, com sinais evidentes de negligência familiar grave, que solicita ao médico que não comunique o caso. De acordo com o Código de Ética Médica e o Estatuto da Pessoa Idosa, o médico tem dever ético e legal de notificar às autoridades competentes os

casos suspeitos ou confirmados de negligência, violência ou maus-tratos contra idosos, independentemente do consentimento do paciente. Nessas situações, o princípio da autonomia não é absoluto e não se sobrepõe ao dever de proteção à integridade física e psíquica de pessoas em situação de vulnerabilidade. A conduta de apenas registrar em prontuário e aguardar ordem judicial (alternativa D) seria omissa e contrária às normativas vigentes.

QUESTÃO: 59 - MANTIDA alternativa 'B'.
A elevação do ponto de corte em um teste diagnóstico torna o critério de positividade mais restritivo, resultando em redução da sensibilidade, pois alguns indivíduos doentes deixam de ser identificados, e aumento da especificidade, já que diminui o número de falsos positivos entre os não doentes. Esse comportamento é um princípio fundamental da interpretação de testes diagnósticos e independe do marcador utilizado ou da precisão do método analítico. A variação do ponto de corte necessariamente altera as métricas de desempenho do teste, ainda que em graus diferentes conforme o contexto clínico.

QUESTÃO: 60 - MANTIDA alternativa 'B'.
O enunciado descreve a introdução de um novo medicamento antifibrótico para o tratamento da fibrose pulmonar idiopática, que não previne o surgimento da doença, mas reduz sua progressão e aumenta a sobrevida dos pacientes após o diagnóstico. Do ponto de vista epidemiológico, a prevalência de uma condição depende diretamente da relação entre a incidência e a duração média da doença. Nesse caso, como o novo tratamento não interfere na ocorrência de novos casos, a incidência permanece inalterada. No entanto, ao prolongar o tempo de vida dos pacientes, o medicamento aumenta a duração da doença, resultando em maior número de pessoas vivendo com a condição em determinado momento. Assim, a consequência epidemiológica mais provável é o aumento da prevalência com incidência inalterada, conforme expressa a alternativa B.

MATÉRIA: CLÍNICA MÉDICA

CARGO(S): ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA - HEAL, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA CARDIOVASCULAR – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO - IECAC, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS - HOF, CIRURGIA GERAL – HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS - HECC, CLÍNICA MÉDICA – HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOACYR RODRIGUES DO CARMO - HMMRC, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART - HMHS, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, MEDICINA INTENSIVA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, MEDICINA INTENSIVA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA- HEAL, MEDICINA INTENSIVA - HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS - HEGV, NEUROCIRURGIA – INSTITUTO ESTADUAL DO CÉREBRO PAULO NIEMEYER - IEC, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS- HEGV, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - HEAT, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA - HEAL, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU - HETDOL, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, PEDIATRIA – HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES - HMAPN, PSIQUIATRIA – CENTRO PSIQUIÁTRICO DO RIO DE JANEIRO - CPRJ, PSIQUIATRIA – HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA – HPJ

QUESTÃO: 4 - MANTIDA alternativa 'D'.
Resposta correta: D) Iniciar empiricamente azitromicina 1 g VO dose única ou ciprofloxacino, pois a apresentação clínica é sugestiva de cancroide por *Haemophilus ducreyi*. O quadro descrito na questão é típico de cancroide, causado por *Haemophilus ducreyi*. A abordagem adequada é diagnóstico clínico

associado ao tratamento empírico, pois exames confirmatórios (cultura, PCR) têm baixa disponibilidade. O tratamento recomendado é azitromicina VO dose única, ceftriaxona IM dose única, ciprofloxacino VO ou eritromicina VO. As demais alternativas estão incorretas pelos motivos que seguem:
A (sífilis primária): a úlcera sifilítica clássica é única, indolor, de bordas regulares e fundo limpo, sem adenite supurativa.
B (herpes genital): costuma cursar com vesículas dolorosas que ulceram superficialmente, não úlceras necróticas profundas com adenopatia supurativa.
C (linfogranuloma venéreo): pode cursar com adenopatia inguinal dolorosa (bubão), mas a lesão inicial é uma pequena úlcera indolor e transitória, não múltiplas úlceras dolorosas.
E (expectante): é incorreto deixar paciente sem tratamento; a recomendação é terapêutica empírica precoce para reduzir risco de complicações e transmissão.
Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 7 - MANTIDA alternativa 'C'.
O quadro clínico descrito na questão é compatível com crise epiléptica generalizada tônico-clônica primária, sem evidência de lesão estrutural. Valproato de sódio é considerado a medicação de escolha pela ampla eficácia em crises generalizadas (tônico-clônicas, ausências, mioclônicas), sendo indicado em primeira linha, principalmente em homens. Carbamazepina (A) e fenitoína (B) são eficazes em crises parciais e em crises secundariamente generalizadas, mas podem agravar alguns tipos de epilepsia generalizada primária. Etossuximida (D) é droga de escolha para crises de ausência, não para tônico-clônicas. Lamotrigina (E) pode ser utilizada em crises generalizadas, mas não é superior ao valproato. Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 8 - MANTIDA alternativa 'D'.
O quadro clínico descrito na questão mostra instabilidade postural crônica, pior em ambientes escuros, sem vertigem rotatória, sem nistagmo e sem sintomas auditivos, típico de tontura multissensorial do idoso, relacionada ao declínio fisiológico dos sistemas de equilíbrio (visão, propriocepção e função vestibular). A prova de Dix-Hallpike negativa reforça que não se trata de vertigem posicional. As demais alternativas estão incorretas pelos motivos que seguem:
A: Vertigem posicional paroxística benigna causa vertigem rotatória breve, desencadeada por movimentos específicos, o que não ocorreu aqui.
B: Neurite vestibular se apresenta como quadro agudo de vertigem intensa, com desequilíbrio importante, geralmente autolimitado.
C: Hipotensão ortostática daria sintomas ao se levantar, o que não foi relatado.
E: Doença de Ménière cursa com vertigem recorrente acompanhada de hipoacusia e zumbido, ausentes neste caso. Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 9 - MANTIDA alternativa 'C'.
O quadro descrito é clássico de doença de Alzheimer, que se manifesta com: início insidioso e evolução progressiva, comprometimento inicial da memória recente, dificuldade em tarefas complexas, alterações comportamentais secundárias e atrofia temporoparietal em exames de imagem.
As demais alternativas estão incorretas pelos motivos que seguem:
A: Demência frontotemporal começa com alterações comportamentais/language precoces, não com perda de memória predominante.
B: Demência vascular tem curso em "degraus", déficits focais e associação com AVCs prévios.
D: Demência com corpos de Lewy se caracteriza por alucinações visuais iniciais, parkinsonismo e flutuações cognitivas, não descritos aqui.
E: Comprometimento cognitivo leve não leva a perda funcional nas atividades diárias, diferentemente do caso apresentado. Portanto, mantém-se o gabarito.

CARGO(S): CARDIOLOGIA – INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO - IECAC, ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUÍS CAPRIGLIONE - IEDE, HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA ADULTO – INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI – HEMORIO

QUESTÃO: 2 - MANTIDA alternativa 'D'.
O paciente apresenta **exacerbação grave de DPOC**, com **acidose respiratória aguda (pH 7,21, $PaCO_2$ 82)** sobre insuficiência respiratória crônica. A **ventilação não invasiva (VNI)** é primeira escolha, pois reduz

mortalidade, intubação e complicações. **Broncodilatadores de curta ação** (β2-agonista ± anticolinérgico) + **corticoides sistêmicos** são pilares no manejo. Antibióticos devem ser adicionados se houver secreção purulenta ou forte suspeita de infecção, mas nunca isoladamente. As demais alternativas estão incorretas pelos motivos que seguem:
A) Oxigênio em excesso pode abolir o drive ventilatório e piorar retenção de CO_2; alvo é $SatO_2$ 88–92%.
B) Antibióticos são adjuvantes, mas não resolvem acidose nem hipoxemia.
C) VNI não é contraindicada em acidose respiratória; pelo contrário, é a principal indicação. Intubação só se falha da VNI.
E) Não há sinais de congestão como fator predominante; foco é ventilatório, não volêmico.

QUESTÃO: 4 - MANTIDA alternativa 'B'.
Este é um caso de **endocardite infecciosa em prótese valvar › 60 dias da cirurgia** (tardia). *Staphylococcus epidermidis* é um dos principais agentes. A terapia empírica e inicial recomendada inclui **vancomicina + rifampicina + aminoglicosídeo (gentamicina)**, até ajuste conforme sensibilidade. O uso combinado aumenta penetração no biofilme bacteriano típico das próteses.
As demais alternativas estão incorretas pelos motivos que seguem:
A) O início do antibiótico não deve esperar histopatologia. Conduta precoce é crucial.
C) Vancomicina isolada não é suficiente em próteses, devido à dificuldade de erradicação do biofilme.
D) Anticoagulação plena pode aumentar risco de hemorragia cerebral em pacientes com lesões embólicas. Não substitui antibiótico.
E) Endocardite em prótese nunca deve ser tratada apenas com antibiótico oral. A via é parenteral prolongada. Cirurgia pode ser indicada conforme evolução clínica

QUESTÃO: 5 - MANTIDA alternativa 'B'.
Mulher >50 anos, tosse seca crônica, dispneia progressiva, **crepitações em velcro**, padrão **faveolar subpleural basal → padrão clássico de pneumonia intersticial usual** → diagnóstico de **fibrose pulmonar idiopática**. Função pulmonar mostra **padrão restritivo e difusão reduzida**, consistente com fibrose avançada. **Tratamento:** antifibróticos (pirfenidona ou nintedanibe) retardam progressão. Avaliação para **transplante pulmonar** em pacientes sintomáticos ou com função pulmonar muito comprometida.
As demais alternativas estão incorretas pelos motivos que seguem:
A) Pneumonia intersticial não específica apresenta padrão mais homogêneo; antibióticos não alteram fibrose.
C) Corticoides não regridem pneumonia intersticial usual; podem ser usados em fibrose secundária inflamatória, mas não no padrão clássico.
D) Sarcoidose tem granulomas não-caseosos; honeycombing é incomum; metotrexato não é primeira linha para fibrose idiopática.
E) Pneumonite por hipersensibilidade tem padrão predominantemente centrolobular e opacidades em vidro fosco; remoção do antígeno e corticoide ajudam, mas não se aplica a pneumonia intersticial usual.

QUESTÃO: 8 - ANULADA.
Questão anulada, pois não há alternativa plenamente correta. Segue análise de cada alternativa:
A) Hidroclorotiazida em doses >25 mg/dia aumenta risco de efeitos adversos (hipocalemia, dislipidemia) sem ganho expressivo no controle da pressão.
B) Correto usar espironolactona, mas **não apenas após confirmação** — deve-se iniciar logo, pois já há forte evidência laboratorial e clínica.
C) Betabloqueador não seletivo não é superior; antagonistas do sistema renina-angiotensina ainda são úteis, inclusive na redução de microalbuminúria.
D) Confirmar lateralização (adenoma unilateral x hiperplasia bilateral)- primeiro com exame de imagem e, após, com **cateterismo de veias adrenais**.
E) Espironolactona não é contraindicada na presença de microalbuminúria; na verdade, é droga de escolha. Eplerenona é opção em intolerância (ex.: ginecomastia).

QUESTÃO: 9 - ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'E' PARA ALTERNATIVA 'B'.
A conduta descrita na alternativa E não é respaldada por evidência atual que traga benefícios. A alternativa B, que orienta postergar a administração do P2Y12 até o momento da angioplastia, está alinhada com as diretrizes mais recentes e representa a conduta mais segura e adequada para o caso.

QUESTÃO: 10 - MANTIDA alternativa 'E'.
O quadro é clássico de **púrpura trombocitopênica trombótica (PTT)** — um quadro de **anemia hemolítica microangiopática** com **esquizócitos**, **trombocitopenia grave**, sinais neurológicos (confusão), febre e papel

moderado de disfunção renal (nem sempre proeminente). Na PTT há deficiência severa da protease **ADAMTS13** (tipicamente atividade <10%) — frequentemente por autoanticorpos — que leva à formação de ultra-alta-peso molecular do fator von Willebrand e microtrombos plaquetários em pequenos vasos. **TP/ TTPa normais e fibrinogênio normal** tornam **CIVD** muito menos provável (na CIVD espera-se TP/TTPa prolongados e fibrinogênio baixo). **SHU típica** (síndrome hemolítico-urêmica típica associada a diarreia por E. coli O157:H7) costuma apresentar **insuficiência renal mais proeminente**; na forma atípica (com complemento) **eculizumabe** pode ser indicado, mas não é a primeira medida empírica quando a apresentação é compatível com PTT. **Plasmaférese (troca plasmática) imediata** é o tratamento de escolha inicial para PTT e reduz mortalidade dramaticamente — deve ser iniciada empiricamente ao menor suspeita; corticosteroides são usados concomitantemente. **Transfusão de plaquetas** geralmente é **contraindicada** em PTT porque pode agravar formação de trombos e não melhora a trombocitopenia; só é considerada diante de sangramento grave que ameace a vida. A dosagem de **ADAMTS13** confirma o diagnóstico (atividade <10% com anticorpos anti-ADAMTS13 indica PTT), mas o resultado demora; não se deve aguardar para iniciar plasmaférese. Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 15 - MANTIDA alternativa 'E'.
A definição de insuficiência hepática aguda exige **coagulopatia (INR ≥ 1,5)** associada a **encefalopatia** em paciente sem doença hepática prévia. O prognóstico é determinado pela gravidade destes dois achados, que também guiam a indicação de transplante (ex.: **King's College Criteria**). AST/ALT muito elevadas sugerem necrose hepatocelular maciça, mas não se correlacionam diretamente com prognóstico. Hiperbilirrubinemia reflete disfunção, mas isoladamente não indica gravidade decisiva. Paracetamol é causa importante, mas o fator crítico é a repercussão clínica/laboratorial. Creatinina elevada indica pior prognóstico, mas isoladamente não define urgência de transplante. Portanto, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 16 - MANTIDA alternativa 'B'.
Resposta correta: B) Linfogranuloma venéreo – iniciar doxiciclina VO por 21 dias.
O quadro clínico descrito é clássico de **linfogranuloma venéreo (LGV)**, causado por *Chlamydia trachomatis*sorotipos L1, L2 e L3:
Úlcera genital inicial: pequena,**indolor e autolimitada**.
Evolução: após semanas, ocorre**linfadenite inguinal dolorosa, frequentemente unilateral, podendo supurar (bubão inguinal)**.
Sintomas sistêmicos discretos (febre baixa, perda de peso).
Conduta de escolha: **doxiciclina 100 mg VO a cada 12 h por 21 dias**. Alternativa: eritromicina.
As demais alternativas estão incorretas pelos motivos que seguem:
A (Cancroide): úlcera dolorosa, múltipla, de fundo sujo, associada a adenopatia supurativa precoce — não coincide com o caso descrito.
C (Donovanose): lesões granulomatosas ulcerovegetantes, progressivas, indolores, sem adenopatia supurativa típica.
D (Sífilis secundária): ocorre após semanas/meses com manifestações sistêmicas (rash palmoplantar, mucosas, linfonodomegalia generalizada), não apenas bubão inguinal.
E (Tuberculose ganglionar): pode simular, mas história de úlcera genital prévia e evolução temporal típica direcionam para IST ulcerativa (LGV).

QUESTÃO: 21 - MANTIDA alternativa 'A'.
Paciente com doença renal crônica em diálise apresenta:
Hipocalcemia (cálcio 7,9).
Hiperfosfatemia (fósforo 6,5).
PTH extremamente elevado (>1.000 pg/mL).
Sintomas ósseos e prurido.
Esse conjunto caracteriza **hiperparatireoidismo secundário grave**, cuja manifestação óssea típica é a **osteíte fibrosa cística** (osteodistrofia renal de alto turnover).
Conduta inicial:
Controle da hiperfosfatemiacom restrição dietética + quelantes de fósforo.
Calcimiméticos (cinacalcete) para reduzir secreção de PTH.
Vitamina D ativa pode ser associada em alguns casos, mas não isoladamente.
As demais alternativas estão incorretas pelos motivos que seguem:
Hipoparatireoidismo secundário cursa com PTH baixo, o que não ocorre aqui. Doença óssea adinâmica é de baixo turnover, com PTH baixo/normal, não PTH extremamente elevado. Osteomalácia cursa com déficit de mineralização por deficiência de vitamina D, mas não explica PTH tão elevado com hiperfosfatemia.

Hiperparatireoidismo terciário ocorre após estímulo crônico do PTH com perda de autonomia da paratireoide; diagnóstico exige hipercalcemia, o que não está presente.

QUESTÃO: 22 - MANTIDA alternativa 'A'.
O paciente tem **idade acima de 65 anos**, sintomas motores que já comprometem a funcionalidade, sem queixas cognitivas graves. Nesse perfil, levodopa associada a inibidor periférico da descarboxilase continua sendo a terapia de escolha, pela eficácia superior no controle motor. Agonistas dopaminérgicos (B) podem ser usados em pacientes mais jovens para postergar uso da levodopa, mas em idosos aumentam risco de alucinações, sonolência e efeitos adversos. Amantadina (C) é reservada para fases avançadas, principalmente paradiscinesias induzidas por levodopa, não para monoterapia inicial. Selegilina (D) pode ser adjuvante, mas não tem evidência robusta de retardar progressão da doença. Anticolinérgicos (E) são usados de forma restrita para tremor em pacientes jovens, pois em idosos aumentam risco de confusão, retenção urinária e glaucoma.

QUESTÃO: 27 - MANTIDA alternativa 'A'.
O paciente tem **HFrEF sintomática (FE 30%)**, está sob **terapia neuro-hormonal de base (IECA, beta-bloqueador, MRA)** e **permanece sintomático** — critério para otimização adicional da terapia. **QRS largo (≥150 ms) com bloqueio de ramo esquerdo** e sintomas persistentes indicam **forte benefício da terapia de ressincronização cardíaca (CRT)** — deve ser avaliada rapidamente e é indicada na maioria das diretrizes como próxima etapa para reduzir morbidade/mortalidade e melhorar sintomas. **Substituir IECA por sacubitril/valsartana (inibidor da neprilisina + ARB)** é recomendado em pacientes sintomáticos apesar de IECA/ARB/ARNB pois **ARNI (sacubitril/valsartana)** mostrou redução de mortalidade e hospitalizações versus enalapril; quando se decide trocar, é obrigatório **washout de 36 horas** após IECA para evitar angioedema. Portanto a substituição imediata sem intervalo está errada. **Inibidores de SGLT2** (dapagliflozina, empagliflozina) têm benefício robusto em HFrEF (menos hospitalizações e melhora de desfechos), e devem ser adicionados quando possível — assim, considerar sua adição é adequado juntamente com outras medidas. Além disso, pela presença de FE ≤35% e história isquêmica, deve-se **avaliar também indicação de cardiodesfibrilador implantável (CDI)** para prevenção primária de morte súbita — a decisão sobre CDI costuma ser feita após otimização farmacológica e considerar CRT-pacemaker se QRS largo; muitas vezes a estratégia combinada CRT-D é indicada. Portanto, a conduta mais completa combina **avaliação/implantação de terapia de ressincronização (com ou sem CDI conforme critério), troca do IECA por ARNI com washout adequado e adição de SGLT2 quando indicado**.
As demais alternativas estão incorretas pelos motivos que seguem:
B) (apenas SGLT2 e manter IECA, adiar CRT): acrescentar SGLT2 é correto, mas **ignorar a indicação de CRT**(QRS 160 ms com BRE) adia uma intervenção comprovadamente benéfica.
C) (substituir IECA por ARNI sem washout): perigoso — **washout de 36 horas** é obrigatório para reduzir risco de angioedema; iniciar ARNI imediatamente sobre IECA é incorreto.
D) (suspender espironolactona e aumentar diurético): não aborda terapias modificadoras de prognóstico; retirar MRA sem indicação expõe o paciente a pior prognóstico.
E) (substituir carvedilol por ivabradina): ivabradina é útil apenas quando o paciente permanece taquicárdico em ritmo sinusal com frequência >70–75 bpm apesar de beta-bloqueador otimizado; **não substitui** betabloqueador e não é prioridade diante da indicação clara de CRT/ARNI/SGLT2.

QUESTÃO: 30 - ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'C' PARA ALTERNATIVA 'B'.
A alternativa correta é letra B; como a dose ingerida é superior a dose potencialmente tóxica, deve-se iniciar imediatamente o uso de N-acetilcisteina intravenosa, sem necessidade de aguardar nível sérico.

MATÉRIA: ENDOCRINOLOGIA

CARGO(S): ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA PEDIÁTRICA – INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUÍS CAPRIGLIONE – IEDE

QUESTÃO: 3 - MANTIDA alternativa 'B'.
A questão descreve um quadro típico de **Doença de Graves**, confirmado por clínica compatível (taquicardia, perda ponderal, bócio difuso, orbitopatia) e **TRAb positivo**. A paciente **deseja engravidar em cerca de 1 ano**, o que é fator determinante na escolha terapêutica. De acordo com as **principais diretrizes**

internacionais, como a da **American Thyroid Association (ATA, 2016; atualização 2023)** e da **European Thyroid Association (ETA, 2018)**, o **tratamento de primeira linha** para mulheres jovens com doença de Graves que planejam gestação futura **não imediata** é o **uso de antitireoidiano, preferencialmente o metimazol (MMI)**. O **iodo radioativo (I^{131})**, embora seja tratamento definitivo, **é contraindicado em mulheres que planejam engravidar em curto prazo**, devendo-se aguardar **mínimo de 6 meses após a terapia** para concepção (ATA 2016, Recommendation 48). Além disso, o iodo pode **piorar a orbitopatia**, especialmente em casos com TRAb elevado. O **propiltiouracil (PTU)** é reservado a situações específicas, como **primeiro trimestre da gestação** ou **alergia/intolerância ao MMI**, devido ao risco aumentado de **hepatotoxicidade grave** com uso prolongado. A **tireoidectomia** é indicada apenas quando há contraindicação ao uso de antitireoidianos ou bócio volumoso com compressão local, não sendo indicada de rotina na orbitopatia leve. Por fim, **não é aceitável aguardar remissão espontânea** sem tratamento, dada a gravidade potencial do hipertireoidismo não controlado. **Portanto, a conduta mais apropriada para o caso descrito é: Iniciar metimazol em dose ajustada até atingir eutireoidismo**, pois a paciente **não pretende engravidar imediatamente**, sendo o metimazol **a opção mais segura e eficaz neste contexto. Quando for do desejo da gestação, se pode trocar para propiltiuacil.**

SES/RJ - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
(Processo Seletivo de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde)
ANEXO II Gabaritos Definitivos

1 - Anestesiologia - Hospital Estadual Azevedo Lima - HEAL									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
2 - Anestesiologia - Hospital Estadual Getúlio Vargas - HEGV									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
3 - Anestesiologia - Hospital Estadual Alberto Torres - HEAT									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
4 - Anestesiologia - Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo - HMMRC									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
5 - Anestesiologia - Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes - HMAPN									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739

SES/RJ - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
(Processo Seletivo de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde)
ANEXO II Gabaritos Definitivos

6 - Cirurgia Cardiovascular - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - IECAC									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
7 - Cirurgia Geral - Hospital Estadual Alberto Torres - HEAT									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
8 - Cirurgia Geral - Hospital Estadual Getúlio Vargas - HEGV									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
9 - Cirurgia Geral - Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo - HMMRC									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
10 - Cirurgia Geral - Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes - HMAPN									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739

SES/RJ - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
(Processo Seletivo de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde)
ANEXO II Gabaritos Definitivos

11 - Cirurgia Geral - Hospital Orêncio de Freitas - HOF									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739

12 - Cirurgia Geral - Hospital Estadual Carlos Chagas - HECC									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739

13 - Clínica Médica - Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo - HMMRC									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739

14 - Ginecologia e Obstetrícia - Hospital da Mulher Heloneida Studart - HMHS									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739

15 - Ginecologia e Obstetrícia - Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes - HMAPN									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739

SES/RJ - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
(Processo Seletivo de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde)
ANEXO II Gabaritos Definitivos

16 - Medicina Intensiva - Hospital Estadual Alberto Torres - HEAT									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
17 - Medicina Intensiva - Hospital Estadual Azevedo Lima- HEAL									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
18 - Medicina Intensiva - Hospital Estadual Getúlio Vargas - HEGV									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
19 - Neurocirurgia - Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer - IEC									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
20 - Ortopedia e Traumatologia - Hospital Estadual Getúlio Vargas- HEGV									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739

SES/RJ - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
(Processo Seletivo de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde)
ANEXO II Gabaritos Definitivos

21 - Ortopedia e Traumatologia - Hospital Estadual Alberto Torres - HEAT									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos								Assinatura Eletrônica: 24739	

22 - Ortopedia e Traumatologia - Hospital Estadual Azevedo Lima - HEAL									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos								Assinatura Eletrônica: 24739	

23 - Ortopedia e Traumatologia - Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu - HETDOL									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos								Assinatura Eletrônica: 24739	

24 - Ortopedia e Traumatologia - Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes - HMAPN									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos								Assinatura Eletrônica: 24739	

25 - Pediatria - Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes - HMAPN									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos								Assinatura Eletrônica: 24739	

SES/RJ - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
(Processo Seletivo de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde)
ANEXO II Gabaritos Definitivos

26 - Psiquiatria - Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro - CPRJ									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
27 - Psiquiatria - Hospital Psiquiátrico de Jurujuba - HPJ									
01 - B	02 - C	03 - B	04 - D	05 - C	06 - A	07 - C	08 - D	09 - C	10 - C
11 - B	12 - D	13 - A	14 - A	15 - C	16 - C	17 - E	18 - D	19 - E	20 - A
21 - A	22 - E	23 - D	24 - E	25 - A	26 - D	27 - D	28 - C	29 - D	30 - *
31 - E	32 - A	33 - E	34 - C	35 - *	36 - B	37 - D	38 - A	39 - E	40 - D
41 - A	42 - A	43 - C	44 - *	45 - D	46 - B	47 - D	48 - B	49 - E	50 - B
51 - B	52 - E	53 - D	54 - B	55 - E	56 - B	57 - E	58 - C	59 - B	60 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 24739
28 - Cardiologia - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - IECAC									
01 - B	02 - D	03 - E	04 - B	05 - B	06 - A	07 - A	08 - *	09 - B	10 - E
11 - B	12 - E	13 - C	14 - D	15 - E	16 - B	17 - B	18 - C	19 - C	20 - D
21 - A	22 - A	23 - E	24 - C	25 - C	26 - D	27 - A	28 - A	29 - D	30 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 1369
29 - Cirurgia Pediátrica - Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes - HMAPN									
01 - C	02 - A	03 - A	04 - C	05 - A	06 - D	07 - A	08 - B	09 - D	10 - A
11 - B	12 - B	13 - C	14 - E	15 - E	16 - D	17 - A	18 - E	19 - E	20 - D
21 - *	22 - B	23 - D	24 - A	25 - D	26 - E	27 - C	28 - A	29 - C	30 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 3184
30 - Cirurgia Vascular - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - IECAC									
01 - C	02 - A	03 - A	04 - C	05 - A	06 - D	07 - A	08 - B	09 - D	10 - A
11 - B	12 - B	13 - C	14 - E	15 - E	16 - D	17 - A	18 - E	19 - E	20 - D
21 - *	22 - B	23 - D	24 - A	25 - D	26 - E	27 - C	28 - A	29 - C	30 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 3184
31 - Endocrinologia e Metabologia - Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luís Capriglione - IEDE									
01 - B	02 - D	03 - E	04 - B	05 - B	06 - A	07 - A	08 - *	09 - B	10 - E
11 - B	12 - E	13 - C	14 - D	15 - E	16 - B	17 - B	18 - C	19 - C	20 - D
21 - A	22 - A	23 - E	24 - C	25 - C	26 - D	27 - A	28 - A	29 - D	30 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 1369
32 - Hematologia e Hemoterapia Adulto - Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti - HEMORIO									
01 - B	02 - D	03 - E	04 - B	05 - B	06 - A	07 - A	08 - *	09 - B	10 - E
11 - B	12 - E	13 - C	14 - D	15 - E	16 - B	17 - B	18 - C	19 - C	20 - D
21 - A	22 - A	23 - E	24 - C	25 - C	26 - D	27 - A	28 - A	29 - D	30 - B
(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos									Assinatura Eletrônica: 1369
33 - Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - IECAC									

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

Assinatura Eletrônica: 5754

35 - Ecocardiografia - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - IECAC

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

Assinatura Eletrônica: 6839

36 - Eletrofisiologia Clínica Invasiva - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - IECAC

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

Assinatura Eletrônica: 6839

37 - Endocrinologia e Metabologia Pediátrica - Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luís Capriglione - IEDE

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

(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos

Assinatura Eletrônica: 5324

38 - Ergometria - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - IECAC

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

Assinatura Eletrônica: 6839

39 - Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - IECAC

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

Assinatura Eletrônica: 6839

40 - Hematologia e Hemoterapia Pediátrica - Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti - HEMORIO

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

(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos

Assinatura Eletrônica: 5482

41 - Medicina Intensiva Pediátrica - Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes - HMAPN

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

(*) Questão(ões) anulada(s) - a pontuação será revertida a todos os candidatos

Assinatura Eletrônica: 4120

SES/RJ - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
(Processo Seletivo de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde)
ANEXO II Gabaritos Definitivos

Assinatura Eletrônica Total: 726464.