

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PARA RESIDÊNCIAS MÉDICAS/2017 COM ACESSO DIRETO

BOLETIM INFORMATIVO

EDITAL
PROGRAMAS
CRONOGRAMA

OUTUBRO/2016

EDITAL DE ABERTURA DE INSCRIÇÕES AO PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PARA RESIDÊNCIAS MÉDICAS/2017 COM ACESSO DIRETO

A COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (COREME/HCPA) faz saber aos interessados que estarão abertas as inscrições ao Processo Seletivo Público do HCPA para Residências Médicas/2017 com Acesso Direto, o qual se regerá pelas Instruções Especiais constantes do presente Edital e pela legislação vigente.

INSTRUÇÕES ESPECIAIS

I. INSCRIÇÃO

1. A inscrição estará aberta de **14/10/2016** a partir das 9 horas (horário de Brasília) a **28/10/2016** até às 20h59min (horário de Brasília), exclusivamente nos sites **www.hcpa.edu.br** e **www.fundacaomedicars.org.br**, a portadores do diploma de conclusão do curso de Medicina em instituição brasileira legalmente reconhecida, ou da declaração de estar cursando o 12º semestre do referido curso em instituição brasileira legalmente reconhecida, ou ainda do diploma de conclusão do curso de Medicina obtido no exterior devidamente revalidado, conforme a legislação vigente.
2. O valor da inscrição, cobrado a título de ressarcimento das despesas com material e serviços, é de R\$ 620,00 (seiscientos e vinte reais) acrescido do custo das despesas bancárias e deverá ser pago por meio do boleto bancário gerado após o preenchimento do Formulário/Requerimento de Inscrição, conforme as instruções específicas constantes nos sites acima indicados. O boleto pode ser pago em qualquer agência ou posto bancário, ou em agências lotéricas, até às 20h59min (horário de Brasília) do dia 28/10/2016. A Fundação Médica do Rio Grande do Sul, em hipótese nenhuma, processará inscrição paga em horário e/ou data posteriores aos aqui citados nem aceitará pagamento por depósito em conta corrente. Cabe destacar que o comprovante de agendamento bancário **não será considerado pagamento** do valor da inscrição.
3. Não haverá devolução do valor pago pela inscrição em hipótese alguma. A Fundação Médica do Rio Grande do Sul e o HCPA não se responsabilizam por nenhum tipo de despesa efetuada ou alegada pelo candidato com objetivo ou não de inscrição ou de prestação da prova do presente processo seletivo público.
4. O candidato terá sua inscrição homologada somente após o recebimento, pela Fundação Médica do Rio Grande do Sul, da confirmação, pelo banco, da quitação do valor do boleto.
5. Os dados cadastrais dos candidatos serão extraídos do Formulário/Requerimento de Inscrição. A correção das informações prestadas é de inteira responsabilidade do candidato.
6. O HCPA e a Fundação Médica do Rio Grande do Sul não se responsabilizam por solicitações de inscrições ou pagamentos não efetivados devido ao horário bancário, a motivos de ordem técnica dos computadores, a falhas de comunicação, a congestionamento das linhas de comunicação nem devido a outros fatores que impossibilitem a transferência de dados. O descumprimento dessas instruções implicará inexistência da inscrição.

7. No ato da inscrição, o candidato optará, **de forma definitiva**, por apenas um dos Programas de Residência Médica (PRMs) oferecidos neste Edital.

II. PROGRAMAS E NÚMERO DE VAGAS

Programas de Treinamento	Nº de Vagas
Anestesiologia (a)	14 (a)
Cirurgia Geral (b)	12 (b)
Clínica Médica (b)	21 (b)
Dermatologia	6
Genética Médica	3
Infectologia (c)	3 (c)
Medicina de Emergência	4
Medicina de Família e Comunidade	9
Medicina do Trabalho (c)	4 (c)
Medicina Física e Reabilitação	2
Medicina Nuclear	1
Neurocirurgia	1
Neurologia	6
Obstetrícia e Ginecologia (a)	8 (a)
Oftalmologia	5
Ortopedia e Traumatologia (c)	4 (c)
Otorrinolaringologia	4
Patologia	5
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	1
Pediatria	13
Psiquiatria	12
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	5

OBSERVAÇÕES:

- (a) Indica que **duas** das vagas em cada um dos PRMs estão ocupadas, por força de lei, por candidatos aprovados na seleção do ano anterior, e que se encontram prestando serviço militar obrigatório.
- (b) Indica que **quatro** das vagas em cada um dos PRMs estão ocupadas, por força de lei, por candidatos aprovados na seleção do ano anterior, e que se encontram prestando serviço militar obrigatório.
- (c) Indica que **uma** das vagas em cada um dos PRMs está ocupada, por força de lei, por candidato aprovado na seleção do ano anterior, e que se encontra prestando serviço militar obrigatório.

III. PROVAS

O processo seletivo será composto de uma única fase com duas etapas. A primeira etapa será constituída de uma prova objetiva; a segunda constará da análise do *currículum vitae*.

Para todos os PRMs, a prova objetiva será composta de 100 questões de múltipla escolha, assim distribuídas:

- a) 20 questões de Cirurgia Geral;
- b) 20 questões de Clínica Médica;
- c) 20 questões de Medicina Preventiva e Social;
- d) 20 questões de Obstetrícia e Ginecologia;
- e) 20 questões de Pediatria.

A prova objetiva, a ser aplicada para todos os inscritos, versará sobre tópicos dos programas publicados no Boletim Informativo e terá o valor máximo de 90 (noventa) pontos. A segunda etapa (análise do *curriculum vitae*) será realizada apenas pelos candidatos selecionados e valerá 10 (dez) pontos.

IV. PRESTAÇÃO DAS PROVAS

1. A prova objetiva será aplicada no dia **27/11/16**, sob a coordenação da Fundação Médica do Rio Grande do Sul, com duração prevista de 5 horas e início marcado para as **9 horas**, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - **PUC/RS** -, **Av. Ipiranga, 6.681, Prédio 11**, bairro Parthenon, Porto Alegre.

Desde já, ficam os candidatos convocados a comparecer, no dia **27/11/16**, às **8h25min**, ao local de realização da prova, munidos do documento de identidade que originou a inscrição, caneta esferográfica, lápis preto e lápis-borracha.

2. Em nenhuma hipótese haverá segunda chamada e/ou aplicação de prova fora do local designado, seja qual for o motivo alegado.
3. Durante o transcorrer da prova objetiva, não serão permitidas consulta de qualquer espécie nem utilização de telefone celular ou similar. O candidato que se apresentar com qualquer tipo de aparelho eletrônico de comunicação deverá, ao entrar no prédio, desligá-lo e entregá-lo ao fiscal da sala, quando solicitado. Durante a prova, o candidato estará sujeito a revista com aparelhos detectores de metais e a coleta de impressão digital. Todo material desnecessário à realização da prova será recolhido e lacrado em embalagens próprias.
4. Ao concluir a prova objetiva o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a folha de respostas. Se assim não proceder, será passível de exclusão do processo seletivo.
5. Não será admitido à prova, em qualquer das etapas, o candidato que se apresentar após o horário estabelecido.
6. Será eliminado do processo seletivo o candidato que, em qualquer das etapas:
 - a) agir incorretamente ou for descortês com qualquer dos examinadores, executores e seus auxiliares ou autoridades presentes;
 - b) for surpreendido, durante a realização das provas, em comunicação com outro candidato ou com terceiros ou estiver utilizando livros, notas, impressos, máquina de calcular ou qualquer equipamento eletrônico de comunicação.
7. A segunda etapa ocorrerá no HCPA. A entrega de todos os títulos para análise do *curriculum vitae* deverá ser feita presencialmente pelo candidato inscrito ou por procurador legalmente habilitado, no período de **14/12/16 a 19/12/2016**, no horário das **9 horas às 17 horas**, na sede da COREME/HCPA - Rua Ramiro Barcelos, 2.350, sala 2.227 - 2º andar - Santana - Porto Alegre - RS.

V. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

1. A prova objetiva, de caráter eliminatório e classificatório, corresponde a noventa por cento (90 pontos) da nota final do presente processo seletivo.
2. A segunda etapa, de caráter eliminatório e classificatório, corresponde a dez por cento (10 pontos) da nota final do presente processo seletivo.

3. Conforme disposto na Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) nº 2 de 27/08/2015, os candidatos inscritos na condição de participantes do Programa de Valorização do Profissional na Atenção Básica - PROVAB - e os que tenham ingressado em Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade/Medicina Geral de Família e Comunidade (PRMGFC), a partir de 2015, e concluído o PRMGFC (no mínimo, ter data de conclusão do PRM prevista para até fevereiro de 2017) terão acréscimo de 10% às notas de cada etapa, desde que não ultrapassem o número de vagas do PRM, considerando a ordem decrescente de desempenho na prova objetiva.
4. Para os PRMs de Cirurgia Geral, Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade, serão selecionados para a segunda etapa candidatos em número igual a até 2 (duas) vezes o número de vagas do PRM, considerando a ordem decrescente de desempenho na prova objetiva.
5. Para os PRMs de Anestesiologia, Dermatologia, Genética Médica, Infectologia, Medicina de Emergência, Medicina do Trabalho, Medicina Física e Reabilitação, Neurologia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Pediatria, Psiquiatria e Radiologia e Diagnóstico por Imagem, serão selecionados para a segunda etapa candidatos em número igual a até 3 (três) vezes o número de vagas do respectivo PRM, considerando a ordem decrescente de desempenho na prova objetiva.
6. Para o PRM de Ortopedia e Traumatologia, serão selecionados para a segunda etapa candidatos em número igual a até 4 (quatro) vezes o número de vagas do PRM, considerando a ordem decrescente de desempenho na prova objetiva.
7. Para os PRMs de Medicina Nuclear, Neurocirurgia e Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, serão selecionados para a segunda etapa candidatos em número igual a até 5 (cinco) vezes o número de vagas do respectivo PRM, considerando a ordem decrescente de desempenho na prova objetiva.
8. Para todos os PRMs, no caso de empate entre dois ou mais candidatos na última posição correspondente ao multiplicador do número de vagas (2, 3, 4 ou 5 por vaga), serão selecionados para a segunda etapa todos os candidatos que se encontrem nesta situação.
9. Os candidatos inscritos na condição de participantes do PROVAB - e os inscritos com o objetivo de obter pontuação adicional em consequência de ter ingressado em PRMGFC, a partir de 2015, e concluído o PRMGFC objeto da pontuação pretendida (no mínimo, data de conclusão do PRM prevista para até fevereiro de 2017) terão acréscimo de 10% às notas da primeira etapa, desde que não ultrapassem os 90 pontos previstos para essa etapa, de acordo com a legislação vigente. Para os demais candidatos o número de pontos da primeira etapa será calculado com base no número de acertos na prova objetiva (nº de acertos multiplicado por zero vírgula nove).
10. Na análise do *curriculum vitae*, será atribuída pontuação conforme os itens a seguir (em um total máximo de 10,0 pontos):

a) Histórico escolar - peso máximo: 1,0 ponto

Será analisada a preponderância de conceitos no histórico escolar e atribuída a pontuação que segue:

- Maioria de conceitos A - 1,0
- Maioria de conceitos B - 0,5
- Maioria de conceitos C - zero

A comprovação exigida para atribuição de pontos referentes a este item será feita pela entrega de cópia do histórico escolar do curso de graduação, atualizado.

- b) Última nota na Faculdade de origem no ENADE - peso máximo: 1,0 ponto**
A pontuação será atribuída conforme segue:
- Nota no ENADE **maior ou igual a 4** - 1,0
- Nota no ENADE **maior que 2 e menor que 4** - 0,5
- Nota no ENADE **entre 1 e 2** - zero
- c) Produção científica - peso máximo: 2,0 pontos**
A pontuação para produção científica será atribuída conforme os critérios a seguir:
- Publicações indexadas (Lilacs, Scielo, Medline): (máximo 2,0)
Fator de impacto maior ou igual a 1 - 0,5 por trabalho publicado
Fator de impacto menor que 1 ou sem fator de impacto - 0,2 por trabalho publicado
- Autoria de livro e/ou de capítulo de livro - 0,1 por publicação (máximo 0,5)
- Publicação em anais de congressos: (máximo 1,0)
Internacionais - 0,1 por resumo publicado
Nacionais - 0,05 por resumo publicado
Para comprovação da produção científica, será exigida a entrega de cópia da capa do livro ou de cópia do trabalho publicado, conforme o caso.
- d) Monitorias - peso máximo: 2,0 pontos**
Serão consideradas as monitorias obtidas por concurso e cadastradas junto às Pró-Reitorias.
Bolsa de pesquisa, bolsa de iniciação científica e bolsa de extensão junto às Pró-Reitorias das Instituições de Ensino Superior são equivalentes a período de monitoria.
- Cada semestre de monitoria - 0,2
Se a mesma atividade for mantida de forma consecutiva por período maior que um semestre - 0,5 por ano
Para concessão de pontuação referente a este item será exigida a entrega de Declaração, emitida pela instituição em que foi desenvolvida a atividade.
- e) Domínio de língua inglesa - peso máximo: 1,5 ponto**
Serão considerados como comprovação do domínio da língua inglesa: certificado de universidade de língua inglesa, certificado de conclusão de curso no Brasil (certificado de nível avançado/cursos de proficiência) ou outra forma de comprovação documental - 1,5
Níveis intermediários ou outras comprovações - 0,7
- f) Participação em eventos científicos - peso máximo: 1,0 ponto**
- Participação no evento - 0,3, se evento internacional;
- 0,1, se evento nacional;
- 0,02 se evento regional ou local.
Para comprovação de participação em eventos científicos, serão exigidos atestados fornecidos pelas instituições responsáveis pelos eventos.
- g) Experiências extracurriculares - peso máximo: 1,5 ponto**
Serão consideradas como experiência extracurricular as atividades no HCPA, em hospitais conveniados e em hospitais do exterior; atividades médicas desenvolvidas na comunidade; experiências profissionais em períodos de férias curriculares; participação em campanhas de vacinação; participação em ligas acadêmicas; proficiência em outras línguas. Serão pontuados, no máximo, 2 títulos por categoria (tipo de atividade)
Pontuação máxima de 0,2 ponto por atividade.
Para comprovação das experiências extracurriculares, será exigida documentação formal relativa à atividade, emitida por autoridade competente.

11. Cada título será considerado e avaliado uma única vez, vedada a cumulatividade de créditos.
12. A análise do *curriculum vitae* será realizada por, no mínimo, 1 (um) professor, 1 (um) médico contratado e 1 (um) médico Residente (todos do HCPA), em cada PRM oferecido no presente Edital.
13. A nota final dos candidatos selecionados para a segunda etapa será formada pelo somatório dos pontos obtidos na prova objetiva com os da análise do *curriculum vitae*. Para os inscritos na condição de participantes do PROVAB e para os inscritos com o objetivo de obter pontuação adicional em consequência de ter ingressado em PRMGFC, a **partir de 2015**, e concluído o PRMGFC (no mínimo, data de conclusão do PRM prevista para até fevereiro de 2017) terão acréscimo de 10% aos pontos de cada etapa, conforme legislação vigente.
14. Os candidatos não selecionados para a segunda etapa estarão automaticamente eliminados do processo seletivo.
15. Os candidatos selecionados para a segunda etapa que deixarem de apresentar o *curriculum vitae* estarão automaticamente eliminados do processo seletivo.
16. Na hipótese de igualdade entre dois ou mais candidatos no número de pontos da nota final, serão utilizados, sucessivamente, os seguintes critérios de desempate, por PRM:
a) maior número de acertos na prova objetiva;
b) sorteio público.
Em caso de sorteio público, a lista de candidatos com seus respectivos números para participação no sorteio será divulgada em **05/01/2017**, após as 21 horas, nos sites www.hcpa.edu.br e www.fundacaomedicars.org.br.
O sorteio será realizado na Rua Luiz Afonso, 142, Porto Alegre, às **10 horas** do dia **06/01/2017**, estando convocados, desde já, os candidatos empatados.
17. Em cada PRM, os aprovados serão classificados na ordem decrescente de nota final, conforme o número de vagas existentes.
18. Em cumprimento à Resolução nº 2, de 27/08/2015, emitida pela CNRM, os inscritos que, no Formulário/Requerimento de Inscrição, tenham se declarado participantes do PROVAB e os que tenham se declarado pretendentes à pontuação adicional referente ao PRMGFC, deverão, até o dia **28/10/2016**, remeter, exclusivamente pelo correio (Sedex com Aviso de Recebimento - AR). No primeiro caso, deve ser enviada a **Declaração de Participante do PROVAB**, emitida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS (SGTES/MS); no segundo caso, deve ser postada uma **Declaração de Previsão de Conclusão de Residência em Medicina de Família e Comunidade/Medicina Geral de Família e Comunidade (PRMGFC)**, emitida pela instituição responsável pelo PRM, reconhecido pela CNRM, na qual conste especificamente a data de início do PRM e a data prevista para a conclusão do PRM. As declarações aqui mencionadas deverão ser postadas para o seguinte endereço: Rua Luiz Afonso, 142, bairro Cidade Baixa, Porto Alegre/RS – CEP 90050-310, destinadas à OFFICIUM - Assessoria, Seleção e Habilitação Ltda. **As Declarações só serão aceitas se postadas até 28/10/2016. A falta das declarações implica desistência formal da referida pontuação adicional.** Para efetivação da matrícula do Residente aprovado, será exigida a apresentação da Certificação de Conclusão do PROVAB, expedida pela SGTES/MS ou do documento que comprove a conclusão do PRMGFC (emitido pela instituição responsável pelo PRM), conforme legislação vigente. É da exclusiva responsabilidade dos candidatos dar cumprimento total a eventuais atualizações da legislação, não cabendo alegação de desconhecimento.

VI. INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

- Os candidatos poderão interpor recursos contra:
 - não homologação da inscrição, nos dias 09 e 10/11/2016;
 - questões da prova objetiva, nos dias 30/11 e 01/12/16;
 - número de pontos atribuído ao *curriculum vitae*, nos dias 27 e 28/12/2016;
 - classificação final, nos dias 09 e 10/01/2017.Todos os recursos referentes ao presente processo seletivo deverão ser entregues na Rua Luiz Afonso, 142, Porto Alegre, por escrito, fundamentados, em formulário próprio (quando for o caso), de acordo com as instruções disponibilizadas nos *sites* e nos prazos aqui mencionados. Os recursos devem ser protocolados das 9 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Não serão aceitos recursos por via postal, internet, fax ou similares. A cada recurso interposto será fornecido um protocolo específico. Os recursos deverão ser entregues pessoalmente ou por meio de procurador legalmente habilitado, conforme instruções nos *sites*.
- Não serão conhecidos os recursos em desacordo com o disposto no item 1, acima. Não serão admitidos recursos que visem a recontagem dos pontos da prova objetiva, tendo em vista que a correção da mesma se dará por leitura óptica e processamento eletrônico. Na etapa recursal da análise de currículo (2ª etapa do certame) deverão ser encaminhados, junto com as razões recursais, os documentos comprobatórios do currículo em cópia autenticada em cartório, quando a peça recursal se referir à análise de documentação (não serão aceitos documentos originais). Caberá também, o encaminhamento, junto com os eventuais recursos, de documentação (autenticada) que na fase inicial de entrega de currículos continha campos ilegíveis ou com problemas de impressão gráfica. Não se aplica, na fase recursal, a apresentação de novos documentos, não constantes do rol inicialmente encaminhado. A fase recursal da 2ª etapa tem caráter de eventual revisão de pontuação atribuída exclusivamente ao recorrente e, portanto, não cabe discussão acerca de pontuação concedida a concorrentes, considerando a pessoalidade dessa fase recursal.
- As questões objetivas que eventualmente venham a ser anuladas serão consideradas corretas para todos os candidatos presentes a essa etapa, com a consequente atribuição dos pontos a elas correspondentes. Portanto, é dispensável a apresentação de recursos com igual conteúdo.
- Os candidatos que necessitem de algum atendimento e/ou condição especial para a realização da prova objetiva deverão fazer a solicitação por escrito e encaminhá-la à *Officium*, pessoalmente ou por meio de procurador, legalmente habilitado, no prazo de até três dias úteis após o término das inscrições, indicando as razões e o tipo de atendimento solicitado. Serão levadas em consideração a possibilidade, a razoabilidade e as disposições deste Edital no atendimento a tais pedidos.
- O PRM escolhido quando do preenchimento do cadastro de inscrição e impresso no boleto bancário se constitui em escolha definitiva e não poderá ser alterado em hipótese alguma. **É da exclusiva responsabilidade do candidato a conferência dos dados impressos no boleto.**
- A inscrição implica, desde logo, o conhecimento e a tácita aceitação das condições estabelecidas no inteiro teor deste Edital e no Boletim Informativo, o qual é parte integrante do presente Edital.
- É da exclusiva responsabilidade do candidato o acompanhamento de todas as informações e/ou publicações disponibilizadas nos *sites* referidos no item - **I. INSCRIÇÃO** - do presente edital, de forma a dar cumprimento a eventuais exigências postas.

- Os classificados que se posicionem até o limite do número de vagas, em cada PRM, devem apresentar, sob sua inteira responsabilidade, no ato de matrícula no PRM, a documentação comprobatória do atendimento aos requisitos para inscrição: **a)** documento de identidade civil comprovando ser brasileiro nato ou naturalizado, ou estar gozando das prerrogativas constantes do artigo 12 da Constituição Federal; **b)** título de eleitor, quitação eleitoral e documentação militar (quando for o caso) comprovando estar no gozo dos direitos civis e políticos; **c)** comprovante de residência com CEP atualizado (últimos 03 meses); **d)** documento comprobatório de conclusão do curso de Medicina (certificado ou diploma) ou declaração de conclusão do curso; **e)** documentação prevista no Capítulo V, item 18 do presente edital (Certificado de conclusão do PROVAB ou do PRMGFC, se for o caso); **f)** carteira profissional comprovando inscrição no Conselho Regional de Medicina ou protocolo de encaminhamento da carteira; **g)** CPF; **h)** PIS; **i)** cópia do comprovante de abertura de conta corrente no Banco do Brasil. O não atendimento em momento adequado, de qualquer das exigências aqui postas ou que venham a ser apresentadas pela COREME/HCPA constituirá razão definitiva para a perda da vaga obtida, independentemente das medidas judiciais cabíveis a serem adotadas pela Comissão.
- A matrícula no PRM deverá ser feita durante o período previsto no cronograma constante do Boletim Informativo (de 16 a 18/01/2017). A inobservância deste prazo implica a perda da vaga e o chamamento do próximo candidato da lista final de classificação e, se for o caso, até a utilização da lista de suplentes (na ordem de nota final) para o preenchimento total das vagas previstas no Edital de Abertura de Inscrição. Os suplentes interessados deverão aguardar eventual chamamento para ocupação de vagas ociosas, a ser feito pela COREME/HCPA, no dia **20/01/2017**.
- Não serão concedidas vistas às provas em nenhuma das etapas do processo seletivo.
- O atendimento integral a datas e horários previstos no cronograma do processo seletivo é de responsabilidade exclusiva dos inscritos. Desde já, ficam os candidatos convocados a participar, quando for o caso, dos eventos listados no cronograma, parte integrante do presente edital, especialmente nas datas referentes às provas da primeira e segunda etapas, à entrega do *curriculum vitae* e ao sorteio público, para os casos de empate na classificação.
- Os casos omissos serão resolvidos pela Fundação Médica do Rio Grande do Sul, por meio da Coordenadora do processo seletivo, ouvida a Coordenadora da COREME/HCPA e observada a legislação pertinente.

VII. PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO

O planejamento e a execução gerencial do presente processo seletivo público estão sob a coordenação e responsabilidade operacional da Fundação Médica do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 07 de outubro de 2016.

Profa. Cristiane Bauermann Leitão
Coordenadora do Processo Seletivo Público

Prof. Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira
Diretor Administrativo da Fundação Médica do Rio Grande do Sul

Profa. Helena von Eye Corleta
Coordenadora da COREME/HCPA

Prof. Amarílio Vieira de Macedo Neto
Presidente do HCPA

Profa. Nadine Clausell
Vice-Presidente Médica do HCPA

PROGRAMAS

CIRURGIA GERAL

Anamnese e exame físico

Aspectos éticos e legais

Fundamentos de Cirurgia

- Antissepsia
- Avaliação pré e pós-operatória
- Choque e alergias
- Cicatrização
- Distúrbios da coagulação, transfusões
- Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos
- Drenos, sondas e cateteres
- Infecção em cirurgia
- Nutrição em cirurgia
- Reanimação cardiorrespiratória
- Técnica operatória

Anestesiologia

- Dor
- Intubação
- Princípios de anestesia geral, condutiva, locorregional e local
- Risco anestésico

Cirurgia Cardíaca e Vascular Periférica

- Acessos vasculares
- Aneurismas
- Cirurgia cardiovascular
- Doença arterial e venosa de extremidades e vísceras
- Revascularização miocárdica
- Vasculites

Cirurgia Digestiva

- Malformações do sistema digestório
- Patologias cirúrgicas de esôfago
- Patologias cirúrgicas de estômago
- Patologias cirúrgicas de fígado, vesícula e vias biliares
- Patologias cirúrgicas de intestino delgado, cólon e reto
- Patologias cirúrgicas de pâncreas

Cirurgia Geral

- Abdômen agudo
- Hérnias
- Infecções das partes moles
- Parede abdominal
- Patologias cirúrgicas de baço
- Patologias cirúrgicas de cabeça e pescoço
- Patologias cirúrgicas de mama
- Patologias cirúrgicas de suprarrenais
- Patologias cirúrgicas de tireoide e paratireoides
- Tratamento cirúrgico da obesidade
- Videolaparoscopia

Cirurgia Oncológica

- Princípios de cirurgia oncológica
- Tumores cutâneos
- Tumores ginecológicos
- Tumores mesenquimais

Cirurgia Pediátrica

- Abdômen agudo
- Cardiopatias congênitas
- Emergências cirúrgicas
- Hérnias e malformações da parede abdominal e do diafragma
- Malformações do sistema digestório
- Urologia pediátrica

Cirurgia Plástica

- Malformações faciais
- Patologias cirúrgicas de mão
- Queimaduras
- Técnicas de sutura, retalhos e enxertos cutâneos

Cirurgia Torácica

- Malformações de vias aéreas e pulmão
- Parede torácica
- Patologias cirúrgicas de traqueia, pulmão, pleura e mediastino
- Tumores da parede torácica

Neurocirurgia

- Patologias cirúrgicas da coluna vertebral
- Patologias cirúrgicas do sistema nervoso central

Oftalmologia

- Patologias cirúrgicas
- Urgências oftalmológicas

Ortopedia e Traumatologia

- Princípios gerais do tratamento de luxações e fraturas
- Tumores ósseos

Otorrinolaringologia

- Patologias de ouvido, nariz e garganta

Proctologia

- Doenças orificiais
- Patologias benignas e malignas de cólon e reto

Transplante de órgãos

Traumatismo

- Traumatismo abdominal
- Traumatismo cranioencefálico
- Traumatismo de extremidades
- Traumatismo facial
- Traumatismo na gestante
- Traumatismo pediátrico
- Traumatismo raquimedular
- Traumatismo torácico
- Traumatismo vascular

Urologia

- Disfunção erétil
- Hiperplasia de próstata
- Incontinência urinária
- Infecção do trato urinário
- Infertilidade masculina
- Litíase urinária
- Neoplasias do trato geniturinário

CLÍNICA MÉDICA

Análise crítica de artigos científicos

Anamnese e exame físico

Aspectos éticos e legais

Avaliação perioperatória

Cuidados paliativos

Nutrição enteral e parenteral

Princípios básicos de epidemiologia clínica

Revisão sistemática da literatura, metanálises, diretrizes e protocolos

Cardiologia

- Arritmias
- Cardiopatia isquêmica
- Cardiopatias congênitas
- Dislipidemias
- Doenças da aorta
- Endocardite infecciosa
- Hipertensão arterial sistêmica
- Insuficiência cardíaca
- Miocardiopatias
- Valvopatias

Dermatologia

- Doenças virais e bacterianas
- Farmacodermias
- Hanseníase
- Manifestações cutâneas das doenças sistêmicas
- Micoses
- Neoplasias de pele
- Psoríase
- Urticárias
- Zoodermatoses

Endocrinologia

- Diabetes melito
- Doenças da hipófise/hipotálamo
- Doenças da tireoide
- Doenças das paratireoides, hipercalcemia e hipocalcemia
- Doenças das suprarrenais
- Doenças osteometabólicas
- Hiperandrogenismo
- Obesidade

Gastroenterologia

- Diarreias
- Distúrbios funcionais do sistema digestório
- Doença péptica
- Doenças da vesícula biliar e das vias biliares
- Esôfago: doença do refluxo gastroesofágico, neoplasias, esofagites, esôfago de Barrett
- Estômago: neoplasias e úlceras
- Fígado: hepatites, cirrose, neoplasias, hepatopatias agudas e crônicas
- Hemorragia digestiva
- Icterícia
- Intestino delgado: doença celíaca, manifestações duodenais de doenças infecciosas, tumores, úlceras

- Intestino grosso: doenças inflamatórias intestinais, neoplasias
- Pâncreas: pancreatites aguda e crônica, neoplasias

Genética

- Genética clínica

Geriatría

- Avaliação multidimensional do idoso (avaliação geriátrica global)
- Distinção entre envelhecimento fisiológico e doenças crônicas
- Quedas no idoso: avaliação, diagnóstico e tratamento
- Síndromes geriátricas: conceituação, diagnóstico e manejo

Hematologia

- Amiloidose
- Anemias, distúrbios das plaquetas e distúrbios dos leucócitos
- Distúrbios da coagulação
- Doenças mieloproliferativas
- Leucemias
- Linfomas
- Terapia transfusional
- Terapias anticoagulantes

Infectologia

- Antibioticoterapia
- Artrite séptica
- Doenças parasitárias
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Doenças virais e bacterianas
- Febre de origem obscura
- Infecção por HIV/AIDS
- Infecções das vias aéreas superiores
- Micoses sistêmicas
- Osteomielite
- Pneumonias
- Sepses
- Tétano
- Tuberculose

Medicina de Urgência e Intensivismo

- Atendimento inicial ao politraumatizado
- Choque
- Emergências psiquiátricas
- Insuficiência respiratória
- Intoxicações exógenas
- Reanimação cardiopulmonar

Nefrologia

- Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos
- Doença renal aguda
- Doença renal crônica
- Doenças glomerulares
- Infecções urinárias
- Litíase urinária

Neurologia

- Cefaleias
- Coma
- Delírium (estado confusional agudo)
- Demências
- Distúrbios neuromusculares
- Doenças cerebrovasculares

- Doenças da medula espinhal
- Doenças degenerativas do sistema nervoso central
- Doenças extrapiramidais
- Dor: diagnóstico e manejo
- Epilepsia
- Meningites e encefalites
- Neuropatia periférica
- Tontura e vertigens

Oncologia

- Avaliação diagnóstica, estadiamento e princípios de tratamento em Oncologia
- Doenças neoplásicas
- Prevenção e diagnóstico precoce em Oncologia
- Síndromes paraneoplásicas

Pneumologia

- Asma e rinite
- Derrame pleural
- Doença pulmonar intersticial
- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Doenças pulmonares ocupacionais
- Fisiopatologia respiratória
- Hipertensão arterial pulmonar
- Insuficiência respiratória
- Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono
- Tabagismo
- Trombose venosa profunda e tromboembolia pulmonar

Psiquiatria

- Dependência ao álcool e a outras substâncias
- Transtorno bipolar
- Transtorno depressivo
- Transtornos alimentares
- Transtornos de ansiedade
- Transtornos de personalidade
- Transtornos dissociativos e conversivos
- Transtornos somatoformes

Reumatologia

- Artrite reumatoide
- Doenças osteomusculares
- Dor lombar
- Esclerodermia
- Espondiloartropatias
- Febre reumática
- Fibromialgia
- Gota e outras artropatias causadas por cristais
- Lúpus eritematoso sistêmico
- Osteoartrite
- Polimiosite e dermatomiosite
- Vasculites

Transplantes de Órgãos

- Princípios gerais dos transplantes de órgãos

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Epidemiologia

- Epidemiologia geral. Determinantes e desigualdades em saúde. Magnitude e

tendências da situação de saúde da população brasileira. Vigilância em saúde.

- Diagnóstico de saúde de comunidades. Indicadores de saúde. Bioestatística. Incidência, prevalência, mortalidade e letalidade. Coeficientes, razões e proporções. Distribuição normal. Amostragem. Teste de hipóteses.
- Métodos de pesquisa em saúde. Medicina baseada em evidências. Análise crítica de artigos científicos. Revisão sistemática da literatura, metanálise, diretrizes e protocolos. Delineamentos de estudos epidemiológicos. Testes diagnósticos e medidas de associação e de efeito.

Administração e Planejamento em Saúde

- Políticas de saúde e sistemas de saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Pacto pela Saúde. Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAPs). Regionalização. Sistema de Saúde Suplementar.
- Recursos humanos, força de trabalho e financiamento em saúde. Avaliação de estrutura, processo, resultados e qualidade em saúde. Sistemas de informação em saúde. Uso de dados secundários em saúde.

Saúde do Trabalhador

- Processo de trabalho e saúde. Saúde, trabalho e ambiente. Doenças relacionadas com o trabalho. Trabalho e saúde mental.
- Serviços de saúde ocupacional e legislação. Riscos ocupacionais. Segurança do trabalho e acidentes do trabalho.

Atenção Primária à Saúde

- Contexto histórico-cultural, estrutura e determinação social do processo saúde-doença. História natural das doenças e níveis de prevenção. Exames periódicos de rotina e rastreamento populacional. Modelos assistenciais em saúde.
- Cuidados primários de saúde. O paciente saudável. Estratégia de Saúde da Família (ESF). Medicina de Família e Comunidade. Promoção e proteção em saúde. Integralidade. Humanização do atendimento. Ações intersectoriais e transdisciplinares. Redes integradas de atenção à saúde.

Ética em Saúde e em Pesquisas em Saúde

- Ética em Saúde e em Pesquisas em Saúde.

OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Anamnese e exame físico

Aspectos éticos e legais

Obstetrícia

- Abdômen agudo
- Abortamento e gestação ectópica
- Afecções dermatológicas na gestação
- Alterações fisiológicas na gestação
- Anemias na gestação
- Assistência ao recém-nascido na sala de parto
- Assistência ao trabalho de parto e cesariana

- Assistência pré-natal
- Avaliação da maturidade pulmonar fetal
- Avaliação da saúde fetal
- Coagulação e distúrbios da coagulação (anticoagulação)
- Crescimento intrauterino restrito
- Diabetes e outras doenças endocrinológicas na gestação
- Diagnóstico de gestação
- Doença hemolítica perinatal
- Doença hipertensiva na gestação e diagnóstico diferencial
- Doença trofoblástica
- Doenças cardiopulmonares na gestação
- Doenças do trato urinário na gestação
- Doenças hepatobiliares na gestação
- Doenças neoplásicas na gestação
- Gestação múltipla
- Gestação pós-termo
- Hemorragia anteparto e pós-parto
- Hemoterapia
- Indução do parto
- Infecção intra-amniótica
- Infecção pelo HIV
- Infecção puerperal
- Infecções pré-natais e perinatais
- Lúpus eritematoso sistêmico e outras doenças reumatológicas na gestação
- Medicamentos na gestação e na lactação
- Medicina fetal
- Miomatose e gestação
- Mortalidade materna
- Morte fetal
- Nascimento pré-termo
- Nutrição
- Parto disfuncional
- Puerpério e amamentação
- Qualidade e segurança assistenciais
- Ruptura prematura de membranas
- Trauma na gestação
- Tromboembolia
- Ultrassonografia
- Uso e abuso de fármacos na gestação

Ginecologia

- Amenorreias
- Anatomia do abdômen e da pelve
- Anestesia
- Anovulação crônica e síndrome dos ovários policísticos
- Anticoncepção
- Atraso do desenvolvimento puberal, puberdade precoce
- Avaliação pré e pós-operatória em cirurgia ginecológica
- Cicatrização
- Ciclo menstrual normal
- Cirurgia ginecológica e endoscópica
- Climatério e osteoporose
- Complicações em cirurgia
- Distopias do trato genital

- Doença inflamatória pélvica
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Dor pélvica crônica
- Drenos, sondas e cateteres
- Endometriose
- Estados intersexuais
- Ginecologia infantopuberal
- Incontinência urinária
- Infecção em cirurgia
- Infertilidade
- Lesões pré-malignas e malignas da vulva
- Modificações fisiológicas, alterações digestórias na gravidez
- Neoplasia de mama: diagnóstico e tratamento
- Neoplasias benignas e malignas de ovários e trompas
- Neoplasias benignas e malignas do colo uterino
- Neoplasias benignas e malignas do corpo uterino
- Patologias benignas e malignas da mama
- Qualidade e segurança assistenciais
- Sangramento uterino anormal
- Sexualidade humana
- Síndrome pré-menstrual
- Testes endocrinológicos funcionais
- Ultrassonografia
- Urgências
- Violência sexual contra a mulher
- Vulvovaginites

PEDIATRIA

Anamnese e exame físico

Aspectos éticos e legais

Consulta pediátrica

Políticas e proteção da saúde da criança

Princípios básicos de epidemiologia clínica

Revisão sistemática da literatura, metanálises, diretrizes e protocolos

Adolescência

Cardiologia

Emergências

Neonatologia

Oftalmologia

Otorrinolaringologia

Pneumologia

Reumatologia

Urologia

- Cetoacidose diabética
- Cianose
- Crise convulsiva
- Desidratação
- Distúrbios eletrolíticos
- Insuficiência respiratória
- Parada cardiorrespiratória
- Politraumas e traumatismo cranioencefálico

Endocrinologia

- Diabetes melito na infância e adolescência
- Distúrbios da diferenciação do sexo
- Distúrbios do metabolismo do cálcio, do fósforo e do magnésio
- Doenças da tireoide
- Hiperplasia congênita das suprarrenais
- Hipoglicemia
- Obesidade

Gastroenterologia

- Alergia ao leite de vaca
- Constipação
- Diarreias (aguda, persistente ou crônica)
- Doença celíaca
- Doença inflamatória intestinal
- Doença péptica e refluxo gastroesofágico
- Doenças hepáticas
- Dor abdominal
- Pankreatites
- Síndrome do intestino curto
- Transplante hepático

Genética

Intensivismo

- Choque
- Crise hipertensiva
- Insuficiência cardíaca
- Insuficiência hepática
- Insuficiência renal
- Medidas de suporte avançado de vida
- Síndrome do desconforto respiratório agudo

Infectologia

- Doenças emergentes
- Doenças exantemáticas
- Doenças sexualmente transmissíveis
- HIV/AIDS
- Imunização
- Imunodeficiências
- Linfonodomegalias
- Parasitoses
- Tuberculose

Nefrologia/Urologia

- Glomerulopatias
- Hematúria
- Hipertensão arterial
- Infecção do trato urinário
- Insuficiência renal
- Litíase urinária
- Tubulopatias

Neonatologia

- Asfixia perinatal
- Distúrbios metabólicos
- Distúrbios respiratórios
- Doença hemorrágica

- Icterícia
- Infecções congênicas (STORCH)
- Prematuridade
- Reanimação
- Seps
- Triagem neonatal
- Neurologia**
- Cefaleias
- Distúrbios do sono
- Distúrbios paroxísticos não epiléticos
- Epilepsia
- Infecções do sistema nervoso central
- Transtornos do desenvolvimento
- Nutrologia**
- Aleitamento materno e alimentação complementar
- Avaliação do estado nutricional
- Desnutrição
- Distúrbios do apetite
- Onco-hematologia**
- Anemias
- Doença falciforme
- Leucemias e linfomas
- Púrpuras
- Otorrinolaringologia**
- Adenoamigdalites
- Estridor
- Otites
- Rinossinusites
- Pneumologia**
- Bronquiolite viral aguda
- Derrames pleurais
- Fibrose cística
- Infecções de vias aéreas
- Pneumonias
- Reumatologia**
- Artrites
- Diagnóstico diferencial das dores nos membros
- Doenças autoinflamatórias
- Febre reumática
- Saúde Mental**

CRONOGRAMA

DATA	EVENTO E HORÁRIO	LOCAL
14/10/2016	Abertura das inscrições, a partir das 9 horas (horário de Brasília)	Exclusivamente pela internet, nos <i>sites</i> www.hcpa.edu.br e www.fundacaomedicars.org.br
28/10/2016	Encerramento das inscrições, às 20h59min (horário de Brasília)	Exclusivamente pela internet, nos <i>sites</i> acima indicados
28/10/2016	Última data para remessa, exclusivamente pelo correio (Sedex com Aviso de Recebimento - AR), das Declarações, na forma e conteúdo, previstas no Capítulo V, item 18 do presente edital (Certificado de conclusão do PROVAB ou do PRMGFC, conforme o caso)	Rua Luiz Afonso, 142, bairro Cidade Baixa, Porto Alegre/RS - CEP 90050-310, destinatário: OFFICIUM - Assessoria, Seleção e Habilitação Ltda.
08/11/2016	Publicação da lista de inscrições homologadas, a partir das 21 horas	Nos <i>sites</i> acima indicados
09/11/2016 e 10/11/2016	Período para recursos contra a não homologação de inscrições, das 9 às 12 horas e das 14 às 16 horas	Rua Luiz Afonso, 142 - Cidade Baixa, Porto Alegre - RS
17/11/2016	Publicação da lista com a designação do número da sala da prova objetiva, a partir das 21 horas	Nos <i>sites</i> acima indicados
27/11/2016	Aplicação da prova objetiva, às 9 horas	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS - Av. Ipiranga, 6.681, Prédio 11 , Porto Alegre - RS
29/11/2016	Publicação do gabarito preliminar da prova objetiva, a partir das 21 horas	Nos <i>sites</i> acima indicados
29/11/2016	Publicação da lista preliminar de selecionados para a 2ª etapa do processo seletivo, a partir das 21 horas	Nos <i>sites</i> acima indicados
30/11/2016 e 01/12/2016	Período para recursos contra questões da prova objetiva, das 9 às 12 horas e das 14 às 16 horas	Rua Luiz Afonso, 142 - Cidade Baixa, Porto Alegre - RS
13/12/2016	Publicação das respostas aos recursos relativos à prova objetiva, do gabarito definitivo e da lista final de selecionados para a 2ª etapa do processo seletivo, a partir das 21 horas	Nos <i>sites</i> acima indicados
14/12/2016	Início do prazo para entrega do <i>currículum vitae</i> , das 9 horas às 17 horas	Sede da COREME/HCPA - Rua Ramiro Barcelos, 2.350, sala 2.227 - 2º andar - Santana - Porto Alegre - RS
19/12/2016	Término do prazo para entrega do <i>currículum vitae</i> , das 9 horas às 17 horas	Sede da COREME/HCPA - Rua Ramiro Barcelos, 2.350, sala 2.227 - 2º andar - Santana - Porto Alegre - RS
26/12/2016	Publicação dos pontos referentes à análise do <i>currículum vitae</i> , a partir das 21 horas	Nos <i>sites</i> acima indicados
27/12/2016 e 28/12/2016	Período para recursos contra os resultados da análise do <i>currículum vitae</i> , das 9 às 12 horas e das 14 às 16 horas	Rua Luiz Afonso, 142 - Cidade Baixa, Porto Alegre - RS
05/01/2017	Publicação das respostas aos recursos apresentados referentes à 2ª etapa do processo seletivo, a partir das 21 horas	Nos <i>sites</i> acima indicados
05/01/2017	Publicação do resultado com a classificação final do processo seletivo e da lista de candidatos, por PRM, para sorteio público relativo a eventuais empates na classificação, a partir das 21 horas	Nos <i>sites</i> acima indicados
06/01/2017	Realização de sorteio público para eventuais casos de empate na classificação, às 10 horas	Rua Luiz Afonso, 142 - Cidade Baixa, Porto Alegre - RS
06/01/2017	Publicação do resultado final, com a classificação por PRM, a partir das 21 horas	Nos <i>sites</i> acima indicados
09/01/2017 e 10/01/2017	Período para recursos contra a classificação por PRM constante do resultado final, das 9 às 12 horas e das 14 às 16 horas	Rua Luiz Afonso, 142 - Cidade Baixa, Porto Alegre - RS
11/01/2017	Publicação do resultado final, já homologado, com a classificação definitiva, por PRM, a partir das 21 horas	Nos <i>sites</i> acima indicados
16/01/2017	Início do prazo para matrícula no PRM	Sede da COREME/HCPA - Rua Ramiro Barcelos, 2.350, sala 2.227 - 2º andar - Santana - Porto Alegre - RS
18/01/2017	Término do prazo para matrícula no PRM	No endereço acima indicado

A não manifestação por parte do candidato da aceitação do Programa para o qual tenha sido aprovado ou a não entrega da documentação comprobatória exigida para inscrição e/ou matrícula no Programa de Residência Médica serão consideradas como desistência formal à vaga e darão pleno direito à COREME/HCPA de efetuar, no dia **20/01/2017**, o chamamento do candidato classificado em posição imediatamente posterior, obedecida rigorosamente a ordem de classificação final do processo seletivo.

ATENÇÃO: Os prazos previstos no cronograma deste Boletim Informativo, para os diferentes eventos, são peremptórios, inadmitindo-se manifestações e recursos intempestivos.

SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIAS MÉDICAS/2017 COM ACESSO DIRETO

NÚMEROS DE VAGAS E DE SELECIONADOS PARA A SEGUNDA ETAPA

RESULTADO DEFINITIVO DA PROVA OBJETIVA – APÓS A FASE RECURSAL

PROGRAMA DE TREINAMENTO	Nº DE VAGAS	Nº DE SELECIONADOS PARA A 2ª ETAPA	Nº DE PONTOS DO ÚLTIMO SELECIONADO - INCLUÍDA A PONTUAÇÃO DO PROVAB, QUANDO FOR O CASO
Anestesiologia	14	43	55,80
Cirurgia Geral	12	25	58,50
Clínica Médica	21	51	58,50
Dermatologia	06	18	63,36
Genética Médica	03	04	38,70
Infectologia	03	09	42,30
Medicina de Emergência	04	11	33,30
Medicina de Família e Comunidade	09	10	33,30
Medicina do Trabalho	04	03	40,50
Medicina Física e Reabilitação	02	02	50,40
Medicina Nuclear	01	02	43,20
Neurocirurgia	01	05	53,10
Neurologia	06	20	53,10
Obstetrícia e Ginecologia	08	25	50,40
Oftalmologia	05	17	61,20
Ortopedia e Traumatologia	04	17	45,00
Otorrinolaringologia	04	12	60,30
Patologia	05	10	38,70
Pediatria	13	39	47,70
Psiquiatria	12	39	50,40
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	05	15	59,40
TOTAIS	142	377	- - -

Porto Alegre, 13 de dezembro de 2.016.



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA RESIDÊNCIAS MÉDICAS/2017

**ACESSO DIRETO
E
PROVA DE AUTOAVALIAÇÃO**

Nome: _____

Nº de Inscrição:

--	--	--	--	--	--

Instruções

- Leia cuidadosamente cada uma das questões, escolha a alternativa que considera correta (**A, B, C, D** ou **E**) e assinale-a **à tinta** na **folha de respostas**.
- Iniciada a prova, não faça mais qualquer tipo de consulta. Reclamações a respeito das instruções ou do conteúdo das questões serão possíveis somente após a realização da prova, pela via adequada, à autoridade competente.
- Observe que o tempo de duração da prova é de **5 horas**.
- Verifique se este caderno contém **100 questões**. Caso contrário, solicite ao fiscal da sala outro caderno completo. Não serão aceitas reclamações posteriores.

01. Recém-nascido a termo, em bom estado geral, desenvolveu, nas primeiras 48 horas de vida, máculas eritematosas, pápulas e pústulas disseminadas na face, no tronco, nos glúteos e nos membros superiores e inferiores. O esfregaço obtido de uma pústula revelou presença de eosinófilos. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Melanose pustulosa transitória neonatal
- (B) Miliária neonatal
- (C) Eritema tóxico neonatal
- (D) Impetigo estafilocócico neonatal
- (E) Epidermólise bolhosa

02. Prematuro extremo, com peso ao nascimento de 725 g e com 28 semanas de idade gestacional, foi reavaliado aos 2 meses de vida. Coordenava bem sucção e deglutição, mantinha temperatura corporal estável em ar ambiente e apresentava ganho diário de peso (atualmente com 2.010 g). Dentre os exames prévios à alta hospitalar, a dosagem da hemoglobina plasmática indicou 7,9 g/dl. Diante deste resultado, a criança apresenta

- (A) anemia da prematuridade por *deficit* de produção medular, devendo receber filgrastima (3 doses) e eritropoietina (2 doses), previamente à alta hospitalar.
- (B) anemia da prematuridade, devendo receber alta hospitalar com prescrição de ferro oral e ser referenciada ao Ambulatório para acompanhamento clínico rigoroso.
- (C) anemia associada a esferocitose, pelo índice baixo de hemoglobina, devendo permanecer internada para completar a investigação clínica.
- (D) anemia grave, devendo receber transfusão de concentrado de hemácias (15 ml/kg), repetir os exames e, se a hemoglobina estiver acima de 10 g/dl, poderá receber alta hospitalar.
- (E) anemia grave, devendo receber transfusão de concentrado de hemácias (20 ml/kg) e permanecer internada por mais 1 semana para observação de eventuais sinais clínicos de insuficiência cardíaca.

03. Para o manejo do recém-nascido com displasia broncopulmonar, está indicada

- (A) liberação de ingesta hídrica.
- (B) restrição calórica.
- (C) restrição do uso de oxigênio.
- (D) profilaxia para o vírus sincicial respiratório.
- (E) antibioticoterapia contínua profilática.

04. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do caso abaixo.

Gestante com HIV positivo, com pré-natal incompleto, sem medida de carga viral de terceiro trimestre, chegou ao Centro Obstétrico em trabalho de parto ativo, com bolsa rota há 2 horas. A via de parto mais indicada é a, devendo o recém-nascido receber, logo após o nascimento, Além disso, poderia aumentar o risco de transmissão vertical do HIV para o recém-nascido.

- (A) cesariana – zidovudina + nevirapina – bolsa rota há mais de 4 horas
- (B) cesariana – zidovudina – coinfeção por sífilis
- (C) cesariana – zidovudina – drogadição
- (D) vaginal – zidovudina + nevirapina – coinfeção por sífilis
- (E) vaginal – zidovudina + nevirapina – bolsa rota há mais de 4 horas

05. Uma mãe dirigiu-se à Unidade Básica de Saúde para buscar um medicamento e aproveitou para pesar seu bebê de 15 dias de vida. Após a pesagem, a enfermeira pediu-lhe que entrasse em contato com o pediatra. O recém-nascido, que está em aleitamento materno exclusivo, nasceu com 3.600 g e hoje encontra-se com 3.060 g. Que orientação do pediatra, dentre as abaixo, é a mais adequada em resposta ao contato realizado pela mãe?

- (A) Tranquilizar a mãe dizendo que toda criança perde peso depois do nascimento.
- (B) Recomendar mamadas mais frequentes e dizer à mãe que tome bastante líquido e traga a criança a seu consultório em 1 semana.
- (C) Recomendar suplementação da amamentação com fórmula infantil e dizer à mãe que traga a criança a seu consultório para a revisão do primeiro mês.
- (D) Receitar um galactogogo e dizer à mãe que traga a criança a seu consultório para a revisão do primeiro mês.
- (E) Dizer à mãe que traga a criança a seu consultório para avaliação imediatamente.

06. Menino pardo, de 18 meses de idade, encontrava-se taquicárdico e pálido. Ao exame, foram constatadas icterícia, mucosas hipocoradas e esclera levemente amarelada. O fígado e o baço não eram palpáveis. O quadro abaixo reproduz os resultados do hemograma.

Exame	Resultado
Hemoglobina	5,2 g/dl
Hematócrito	15,5%
VCM	71 fl
RDW	17%
Leucócitos totais	12.500/mm ³
Neutrófilos	53%
Eosinófilos	1%
Basófilos	0%
Monócitos	5%
Linfócitos	41%
Plaquetas	440.000/mm ³
Presença de esferócitos, policromofilia, anisocitose e microcitose	

Que informação, dentre as abaixo, mais contribuiria para a elaboração da hipótese diagnóstica?

- (A) Contagem de reticulócitos
- (B) Dosagem de ferro sérico
- (C) Dosagem de proteína C reativa
- (D) Dosagem de bilirrubinas
- (E) Dosagem de vitamina B12

07. Menina de 4 anos foi trazida à Emergência por apresentar, há 24 horas, artralgia nos membros inferiores e epistaxe. Há 1 semana, tivera um quadro gripal, sem febre. Ao exame físico, observaram-se diversas petéquias em todo o corpo e mucosas coradas. Não havia adenopatias nem esplenomegalia. O hemograma revelou hemoglobina de 11 g/dl, leucócitos de $7.500/\text{mm}^3$ e plaquetas de $35.000/\text{mm}^3$. O diagnóstico mais provável é
- (A) leucemia linfocítica aguda.
 - (B) linfoma de Hodgkin.
 - (C) síndrome hemolítico-urêmica.
 - (D) púrpura trombocitopênica imunológica.
 - (E) síndrome de Wiskott-Aldrich.
08. Menino de 7 anos apresentou artralgias e dor abdominal progressiva, com vômitos e náuseas. Ao exame físico, observaram-se diversas lesões eritematosas maculares e papulares nos membros inferiores e nas nádegas, além de edema no dorso das mãos, nos joelhos e tornozelos e na bolsa escrotal. Os exames laboratoriais revelaram hematúria, proteinúria, trombocitose e velocidade de hemossedimentação elevada. O diagnóstico mais provável, dentre os abaixo, é
- (A) lúpus eritematoso sistêmico.
 - (B) dermatomiosite juvenil.
 - (C) púrpura anafilactoide.
 - (D) glomerulonefrite difusa aguda.
 - (E) artrite idiopática juvenil.
09. Lactente de 9 meses, com história recente de vômitos e diarreia, foi trazido à Emergência numa ambulância. Respondia apenas a estímulos dolorosos. À admissão, passou a receber oxigênio por máscara a 100%. A via aérea superior estava pérvia, mas o paciente encontrava-se taquipneico e taquicárdico, com pulsos fracos e tempo de enchimento capilar de mais de 4 segundos. A pressão arterial era de 85/50 mmHg. O procedimento indicado neste momento é obtenção de acesso venoso para administrar
- (A) solução salina hipertônica a 3%, 60 ml/kg, durante 60 minutos.
 - (B) solução cristaloide isotônica, 20 ml/kg, durante 10-20 minutos.
 - (C) solução coloidal (albumina), 10 ml/kg, durante 60 minutos.
 - (D) dextrose a 5% e cloreto de sódio a 0,45%, 20 ml/kg, durante 5 minutos.
 - (E) epinefrina (0,1 ml/kg da solução 1:1.000), 0,1 mg/kg, em 1 minuto.
10. Paciente de 8 anos apresentou febre elevada e persistente e aumento de volume no joelho esquerdo, com significativa hiperemia local após 24 horas de evolução. Os exames laboratoriais indicaram leucocitose, além de elevação de proteína C reativa e de velocidade de hemossedimentação. Ressonância magnética do joelho confirmou o diagnóstico de osteomielite aguda. O tratamento recomendado inclui a administração de
- (A) oxacilina intravenosa por 7 dias e, posteriormente, cefalexina oral por 14 dias.
 - (B) oxacilina intravenosa por 21-28 dias e, posteriormente, cefalexina oral por 14-21 dias.
 - (C) oxacilina ou vancomicina intravenosa por 14 dias.
 - (D) vancomicina intravenosa por 14 dias e, posteriormente, cefalexina oral por 14 dias.
 - (E) vancomicina intravenosa associada a ceftriaxona intravenosa por 14 dias.
11. Um time de voleibol, de jovens com idades entre 16 e 17 anos, estava “concentrado” treinando num local isolado há 1 semana. No 3º dia do treino, um dos jogadores teve o diagnóstico de parotidite viral. Os colegas e o técnico ficaram preocupados com a disseminação da doença. Constatou-se que somente metade do time havia recebido uma dose da vacina tríplice viral. O médico decidiu isolar o jogador com caxumba, recomendar o uso de talheres e copos descartáveis e aplicar a vacina tríplice viral em todos os contatos. As medidas foram
- (A) inadequadas, pois os jogadores e o treinador deveriam ser tranquilizados por ser desprezível o risco de contágio nessas condições.
 - (B) parcialmente adequadas, pois a transmissão da caxumba ocorre somente pela secreção nasal. Jogadores e treinador deveriam ter recebido álcool gel por ser medida suficiente para o controle da transmissão da doença.
 - (C) parcialmente adequadas, pois a vacina deveria ser aplicada somente nos contatos que ainda não haviam recebido uma dose.
 - (D) parcialmente adequadas, pois não havia necessidade de isolamento do jogador após o início dos sintomas por não ser mais contagiosa a doença. A vacina deveria ser aplicada somente nos contatos que ainda não haviam recebido uma dose.
 - (E) adequadas, pois estão de acordo com o recomendado: isolar o jogador com caxumba até o desaparecimento dos sinais e sintomas e vacinar todos, jogadores e treinador, mesmo os que já tenham recebido uma dose.
12. Albendazol pode ser utilizado para o tratamento de diversas parasitoses em crianças com mais de 2 anos, **exceto** para o de
- (A) amebíase.
 - (B) ancilostomíase.
 - (C) strongiloidíase.
 - (D) giardíase.
 - (E) teníase.
13. Considere os casos abaixo.
- I - Pacientes com menos de 6 meses de idade
 - II - Pacientes com mais de 2 anos de idade e acometimento bilateral sem otorreia
 - III - Pacientes com sintomas graves como toxemia e/ou febre acima de 39° C
- Para quais deles o manejo inicial da otite média aguda deve incluir, além da analgesia, antibioticoterapia?
- (A) Apenas para I
 - (B) Apenas para II
 - (C) Apenas para III
 - (D) Apenas para I e II
 - (E) Para I, II e III

14. Assinale a assertiva **incorreta** sobre a vacina contra febre amarela.

- (A) Deve ser aplicada no mínimo 10 dias antes de viagem para região endêmica ou para áreas com exposição ao vírus da febre amarela.
- (B) Crianças com menos de 5 anos devem receber vacina em esquema de 2 doses.
- (C) Está contraindicada para pacientes imunossuprimidos por conter vírus vivo atenuado.
- (D) Em mulheres lactantes inadvertidamente vacinadas, o aleitamento deve ser suspenso por 2-4 semanas.
- (E) A Organização Mundial da Saúde recomenda aplicação da vacina em esquema de reforço de 10/10 anos.

15. Considere as assertivas abaixo sobre a infecção pelo vírus Zika.

- I - *Aedes aegypti* é o único vetor conhecido.
- II - A vacina inativada previne 60% das infecções.
- III - Está associada à síndrome de Guillain-Barré.

Quais são corretas?

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

16. Menino de 3 meses de idade foi admitido na sala de observação clínica por apresentar pico febril, taquipneia, retrações intercostais e de fúrcula e presença de crepitações difusamente distribuídos em ambos os pulmões. Foi instituída oxigenoterapia a 2 l/minuto por cateter intranasal. Com base neste quadro clínico, assinale a assertiva correta.

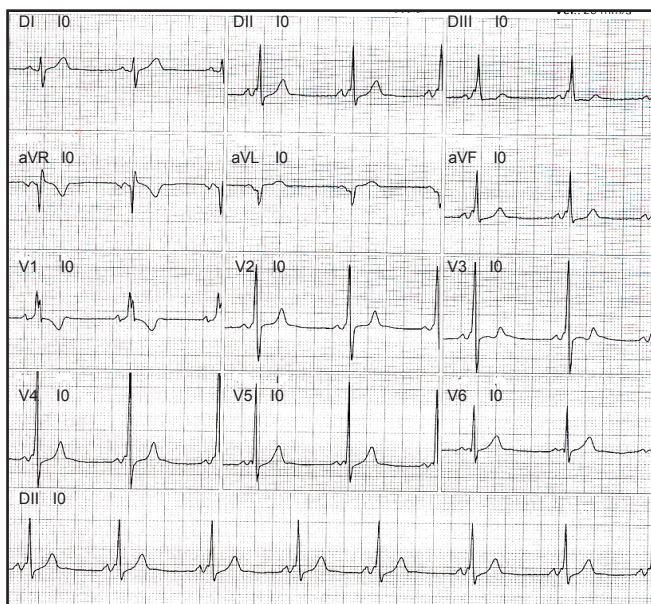
- (A) Antibioticoterapia deve ser iniciada precocemente, de preferência por via intravenosa.
- (B) Corticosteroide, por via oral, intramuscular ou intravenosa, está indicado.
- (C) Broncodilatadores, por *spray* ou nebulização, de 20/20 minutos, estão indicados.
- (D) A hipoxemia que caracteriza esta doença provavelmente seja resultado das alterações na relação entre ventilação e perfusão.
- (E) Ao exame físico, a ausência de sibilância descarta a hipótese clínica de bronquiolite.

17. Menino de 6 anos foi trazido à Emergência com história de febre de até 39,8° C há 24 horas, mal-estar, dor de garganta e uma erupção que iniciou no pescoço e que se disseminou pelo tronco. Ao exame, apresentava *rash* (imagem abaixo), limitado a pescoço, tronco e dobras dos membros, hiperemia intensa da orofaringe e petéquias no palato. Com base na hipótese diagnóstica mais provável, o tratamento adequado, dentre os abaixo, é administrar

- (A) imunoglobulina intravenosa em dose única.
- (B) prednisolona oral por 7-10 dias.
- (C) penicilina V oral por 10 dias.
- (D) vancomicina intravenosa por 10 dias.
- (E) aciclovir intravenoso por 10-14 dias.



18. Menino de 14 anos, com palpitações seguidas de tonturas ao realizar exercícios na escola, foi encaminhado para avaliação. A liberação para a realização das atividades físicas estaria condicionada aos resultados dos exames. O eletrocardiograma de repouso está reproduzido abaixo.



O quadro clínico e o traçado eletrocardiográfico de repouso estabelecem o diagnóstico de

- (A) bloqueio de ramo esquerdo.
- (B) taquicardia atrial paroxística.
- (C) síndrome de Wolff-Parkinson-White.
- (D) fibrilação atrial paroxística.
- (E) arritmia sinusal.

19. Passado o período inicial da lactação, o que mais afeta a produção do leite de uma lactante é o(a)

- (A) ingestão de líquidos pela mãe.
- (B) volume de leite residual na mama.
- (C) estado emocional da mãe.
- (D) intervalo entre as mamadas.
- (E) ritmo materno de sono-vigília.

20. Uma mãe que está amamentando o filho de 18 meses de idade foi surpreendida por uma gestação não planejada. Imediatamente procurou seu médico para informar-se quanto à amamentação. Que orientação, dentre as propostas abaixo, é a mais adequada?

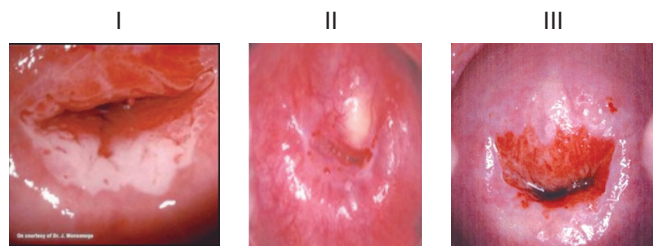
- (A) É recomendável que ela desmame o filho imediatamente.
- (B) É recomendável que ela desmame o filho gradualmente a partir de agora, de maneira que ele esteja completamente desmamado por ocasião do nascimento do outro filho.
- (C) É recomendável que ela desmame o filho mais velho até 3 meses após o nascimento do mais novo.
- (D) É recomendável que a mãe desmame o filho quando ele completar 2 anos.
- (E) Depois do nascimento do segundo filho, ela pode amamentar as duas crianças pelo tempo que quiserem, se não tiver havido contraindicação durante a gestação.

21. Considere as assertivas abaixo sobre anticoncepção.
- I - O implante subdérmico de etonogestrel tem eficácia igual ou superior à da ligadura tubária.
 - II - Após a retirada do implante subdérmico de etonogestrel, o retorno à fertilidade é lento, como em todos os métodos que utilizam progestogênios em altas doses.
 - III - Os dispositivos intrauterinos não são recomendados para adolescentes com menos de 18 anos, segundo os Critérios de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde, devido a maior risco de doença inflamatória pélvica e, consequentemente, de infertilidade tubária.

Quais delas trazem informações corretas sobre métodos contraceptivos a serem dadas a uma paciente de 17 anos em busca de aconselhamento?

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

22. Material para exame citopatológico foi coletado dos colos uterinos reproduzidos abaixo.

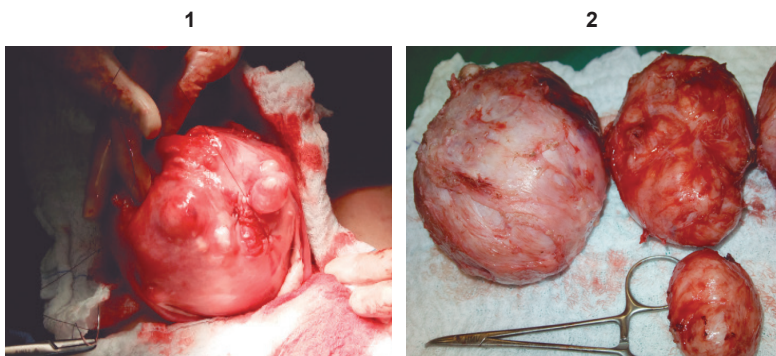


Em qual dos exames citopatológicos poderá ser encontrada alteração?

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

23. Assinale a assertiva correta sobre as imagens 1 e 2 reproduzidas abaixo.

- (A) Imagem 1: São tumores incomuns na raça negra.
- (B) Imagem 1: Os tumores de tipo subseroso, identificáveis na imagem, produzem sangramento uterino anormal.
- (C) Imagem 2: Conhecidos como teratomas maduros, são os tumores ovarianos mais frequentes na idade reprodutiva.
- (D) Imagens 1 e 2: Os tumores são proliferações de músculo liso e fibroblastos e seu potencial de transformação maligna é desprezível.
- (E) Imagens 1 e 2: A indicação de histerectomia leva em consideração o número de tumores e a idade da paciente, mesmo que assintomática, já que esses tumores não regredem espontaneamente.



24. Paciente de 27 anos consultou por apresentar a lesão vaginal dolorosa reproduzida abaixo. Assinale a alternativa que contempla, na sequência, o provável diagnóstico, o agente etiológico e o tratamento indicado.

- (A) Donovanose
Haemophilus ducreyi
Amoxicilina
- (B) Donovanose
Chlamydia trachomatis
Doxiciclina
- (C) Sífilis
Treponema pallidum
Penicilina
- (D) Cancro mole
Klebsiella granulomatis
Doxiciclina
- (E) Cancro mole
Haemophilus ducreyi
Ceftriaxona



25. Paciente apresenta o prolapso genital reproduzido na figura. Pelo sistema de quantificação de prolapso dos órgãos pélvicos (Pop-Q), qual das alternativas abaixo completa a casela superior direita para a correta classificação deste prolapso uterino?

(A) -1

(B) Zero

(C) +1

(D) +2

(E) +3

	+1	+1	- C -
4	Aa	Ba	10
	GH	PB	TVL
+1	Ap	Bp	-2
			D

26. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo.

Paciente de 37 anos, com vida sexual ativa, consultou por secreção vaginal fétida e ocorrência ocasional de prurido. Relatou que o sintoma piorava após as relações sexuais. Negou outras doenças ou uso de medicamentos. A hipótese diagnóstica mais provável é, sendo o pH vaginal ácido. O tratamento pode ser tópico ou por via vaginal com

- (A) candidíase – mais – miconazol
- (B) candidíase – menos – miconazol
- (C) vaginose bacteriana – menos – metronidazol
- (D) vaginose bacteriana – mais – miconazol
- (E) vaginose bacteriana – mais – metronidazol

27. Considere os achados abaixo.

- I - Miométrio heterogêneo
- II - Endométrio atrófico
- III - Ovários com volume aumentado e com múltiplos folículos desenvolvidos

Quais deles uma paciente com síndrome dos ovários policísticos, em uso contínuo de anticoncepcional oral combinado há 2 anos, apresentaria à ultrassonografia?

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

28. Paciente de 34 anos veio à consulta por amenorreia secundária. Em sua história clínica, constava, como único fato relevante, uma curetagem uterina por abortamento espontâneo realizada há 6 meses, cujo exame patológico indicou restos ovulares, restos decíduais e miométrio. Ao exame físico, não apresentava anormalidades. Após obter o resultado negativo para o hCG, o médico solicitou dosagens de hormônio tireoidiano (TSH) e de prolactina (PRL), que foram normais. Posteriormente, foram realizados o teste de progesterona (P) seguido pelo teste de progesterona com estrogênio (P+E) e, por fim, uma histerossalpingografia. Com base na hipótese diagnóstica e na sequência dos exames realizados, pode-se afirmar que

- (A) os testes de P e de P+E foram negativos; a histerossalpingografia identificou sinéquias uterinas, provável causa da amenorreia secundária.
- (B) os testes de P e de P+E foram negativos; a histerossalpingografia identificou hidrossalpinge bilateral, provável causa da amenorreia secundária.
- (C) os testes de P e de P+E foram positivos; a histerossalpingografia identificou sinéquias uterinas, provável causa da amenorreia secundária.
- (D) o teste de P foi negativo, e o de P+E, positivo; a histerossalpingografia identificou sinéquias uterinas, provável causa da amenorreia secundária.
- (E) o teste de P foi negativo, e o de P+E, positivo; a histerossalpingografia identificou hidrossalpinge bilateral, provável causa da amenorreia secundária.

29. Paciente de 15 anos e 6 meses, com 1,62 m e 55 kg, consultou por ainda não ter menstruado. A irmã menstruara aos 14 anos, e a mãe, aos 15 anos. Relatou apresentar excelente desempenho escolar e jogar handebol por sua escola. Estava preocupada porque todas as colegas já tinham menstruado. A telarca ocorreu aos 11 anos, a pubarca aos 13 e houve crescimento de 7 cm no último ano. Os caracteres sexuais secundários estão em M4 e P4 pelos critérios de Tanner. O exame ginecológico revelou pelos de distribuição ginecoide e hímen pervalvo. Qual a conduta mais adequada neste momento?

- (A) Solicitar dosagem de LH e FSH e realizar raio X de punhos para idade óssea.
- (B) Solicitar ultrassonografia pélvica e dosagem de LH e FSH.
- (C) Iniciar terapia hormonal combinada imediatamente para evitar ganho estatural exagerado.
- (D) Tranquilizar a paciente e solicitar ultrassonografia pélvica.
- (E) Tranquilizar a paciente e orientar retorno em 6 meses.

30. Paciente de 55 anos, assintomática, veio à consulta por alteração em exame mamográfico. A análise das imagens revelou calcificações com até 0,5 mm, agrupadas, irregulares e pleomórficas. A paciente trouxe exame mamográfico do ano anterior, com resultado BIRADS 1. Neste momento, a nova mamografia seria classificada como

- (A) BIRADS 0.
- (B) BIRADS 2.
- (C) BIRADS 3.
- (D) BIRADS 5.
- (E) BIRADS 6.

31. Que medida, dentre as abaixo, pode ser adotada para a prevenção da contaminação da gestante pelo *Toxoplasma gondii*?

- (A) Evitar a ingestão de peixe cru.
- (B) Manusear a terra e o adubo orgânico com luvas.
- (C) Evitar o manuseio de fezes de cães.
- (D) Ingerir produtos lácteos pasteurizados.
- (E) Congelar produtos antes de consumi-los.

32. Paciente assintomática teve confirmado o diagnóstico de mola hidatiforme ao exame anatomopatológico em material de curetagem realizada após aborto. O médico deve

- (A) tranquilizar a paciente, pois a doença é benigna e não necessita de acompanhamento, uma vez que ela está assintomática.
- (B) internar a paciente para realizar estadiamento da doença.
- (C) solicitar dosagem de hCG quantitativo semanalmente até sua negativação e, após, liberar a paciente para engravidar.
- (D) solicitar dosagem de hCG qualitativo semanalmente até sua negativação, que deve ocorrer em até 3 semanas.
- (E) solicitar dosagem de hCG quantitativo semanalmente até sua negativação e, após, realizar medidas mensais por 6-12 meses.

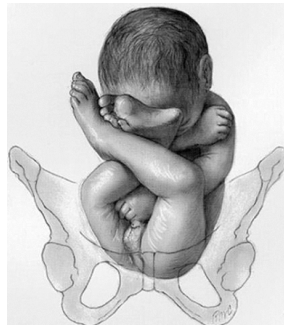
33. Paciente de 24 anos, com uma cesariana prévia, foi encaminhada ao Centro Obstétrico por morte fetal intrauterina. A idade gestacional estimada por ultrassonografia realizada com 18 semanas era de 27 semanas. O exame físico revelou sinais vitais normais, altura uterina de 23 cm, dinâmica uterina ausente e colo sem modificações plásticas. Qual a melhor forma de interrupção desta gestação?

- (A) Amadurecimento cervical com misoprostol vaginal (200 µg a cada 6 horas)
- (B) Amadurecimento cervical com misoprostol oral (200 µg a cada 2 horas)
- (C) Amadurecimento cervical com inserção de sonda de Foley
- (D) Indução do parto com ocitocina intravenosa
- (E) Cesariana

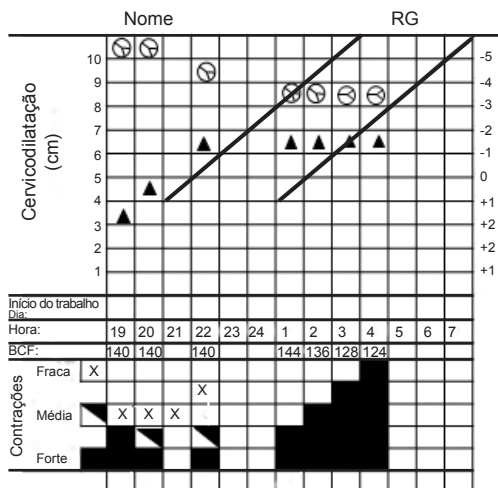
34. Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, as lacunas da frase.

O feto está encaixado em apresentação pélvica, em situação e a variedade de posição é sacroposterior

- (A) longitudinal – direita
(B) longitudinal – esquerda
(C) transversa – direita
(D) de nádegas – esquerda
(E) de nádegas – direita

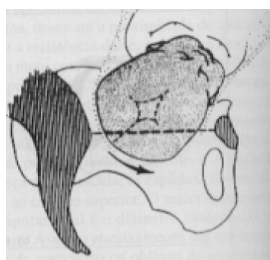


35. Primigesta com 38 semanas de gestação chegou à maternidade em trabalho de parto. A altura uterina era de 36 cm, e o peso fetal estimado, de 3.800 g. A evolução do trabalho de parto pode ser visualizada no partograma abaixo. Qual a próxima conduta obstétrica indicada?



- (A) Infundir ocitocina.
(B) Aplicar fórceps de Kielland.
(C) Indicar cesariana.
(D) Realizar analgesia peridural.
(E) Estimular os esforços expulsivos.

36. Que diagnóstico, dentre os abaixo, pode ser estabelecido com base na figura?



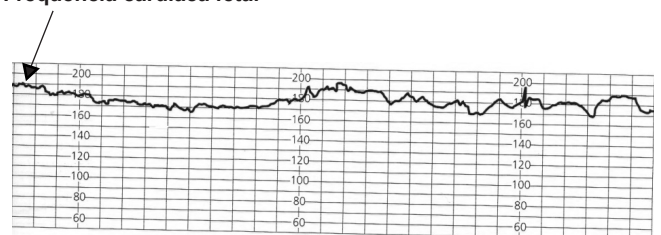
- (A) Assinclitismo posterior
(B) Assinclitismo anterior
(C) Variedade de posição frontal direita transversa
(D) Variedade de posição occipital direita anterior
(E) Variedade de posição occipital direita transversa

37. Puérpera consultou 7 dias após parto normal por estar preocupada com o sangramento vaginal. O exame abdominal revelou útero com aproximadamente 13 cm, localizado a cerca de 7 cm abaixo da cicatriz umbilical, e o exame especular, lóquios de cor vermelho-pálida, sem odor. Ao toque vaginal, o colo apresentava orifício cervical interno fechado e orifício cervical externo aberto. Com base nestes achados, pode-se afirmar que a altura uterina encontra-se

- (A) dentro do esperado, e o sangramento é característico de lóquios serossanguíneos. O médico deve tranquilizar a paciente, pois são achados normais.
(B) dentro do esperado, e o sangramento é característico de lóquios sanguíneos. O médico deve tranquilizar a paciente, pois são achados normais.
(C) dentro do esperado, e o sangramento é característico de lóquios sanguíneos, o que é compatível com restos placentários intrauterinos.
(D) acima do esperado, e o sangramento é característico de lóquios serossanguíneos. O médico deve investigar se há endometrite subclínica no pós-parto.
(E) acima do esperado, e o sangramento não é fisiológico. O médico deve solicitar ultrassonografia abdominal para investigar a presença de retenção de restos placentários.

38. Paciente G2P1, com 36 semanas de gestação, pré-natal sem intercorrências e peso fetal estimado de 2.800 g, vem apresentando perda de líquido por via vaginal há 10 horas e contrações uterinas há 6 horas. A cardiotocografia realizada está reproduzida abaixo.

Frequência cardíaca fetal



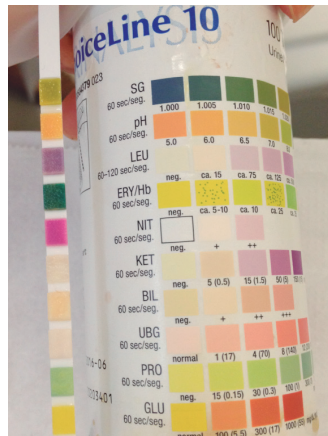
Contrações uterinas



Considerando o quadro clínico, o exame sugere

- (A) infecção ovular.
(B) reflexo vagal.
(C) compressão de cordão umbilical.
(D) cardiotocografia reativa.
(E) desacelerações tardias.

39. Paciente com 14 semanas de gestação consultou por disúria e polaciúria. O teste de punho-percussão lombar foi positivo. O resultado do exame de urina está reproduzido abaixo. Qual a conduta a ser adotada?



SG: gravidade específica da urina
LEU: leucócitos
ERY/Hb: hemoglobina
NIT: nitrito
KET: corpos cetônicos
BIL: bilirrubina
UBG: urobilinogênio
PRO: proteína
GLU: glicose

- (A) Tranquilizar a paciente e continuar o acompanhamento pré-natal normalmente.
- (B) Encaminhar a paciente para acompanhamento pré-natal de alto risco por suspeita de pré-eclâmpsia.
- (C) Iniciar tratamento ambulatorial com antimicrobiano por via oral, sem necessidade de solicitar urocultura.
- (D) Solicitar urocultura, internar a paciente e iniciar tratamento antimicrobiano por via intravenosa.
- (E) Solicitar urocultura e iniciar tratamento ambulatorial com antimicrobiano por via oral.

40. Puérpera, que se encontra no 15º dia pós-parto, veio à consulta por dor mamária e febre. As imagens da inspeção estática e do achado ultrassonográfico da mama esquerda (o retângulo representa o transdutor linear) estão reproduzidas abaixo.



Qual o diagnóstico mais provável e qual a conduta correspondente?

- (A) Mastite puerperal – administração de antimicrobiano por via intravenosa por 3 dias
- (B) Mastite puerperal – administração de antimicrobiano por via oral por 7 dias
- (C) Galactocele – punção com agulha grossa
- (D) Abscesso de mama – drenagem, sem uso de antimicrobiano
- (E) Abscesso de mama – drenagem e administração de antimicrobiano oral por 21 dias

41. Considere as assertivas abaixo sobre intoxicação grave por anestésicos locais.

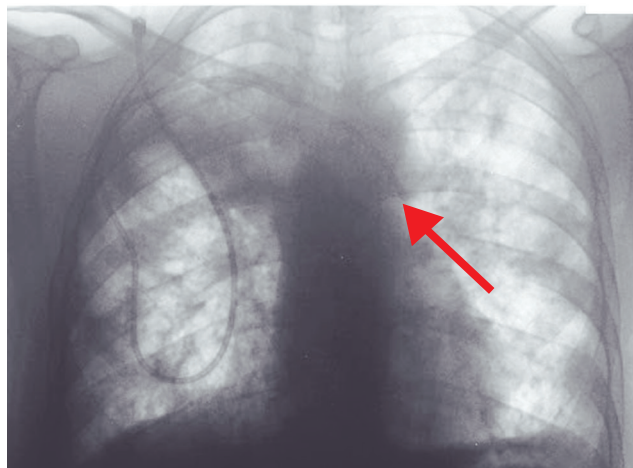
- I - A intubação orotraqueal está indicada para facilitar a ventilação e a oxigenação tecidual.
- II - A administração de bloqueadores neuromusculares interrompe a atividade convulsivante do sistema nervoso central.
- III - O sistema nervoso central é mais resistente aos efeitos tóxicos dos anestésicos locais do que o cardiovascular.

Quais são corretas?

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

42. O raio X abaixo mostra a instalação por punção subclávia de um cateter de longa permanência do tipo Hickmann. A seta indica a localização da ponta do cateter. Segundo os conhecimentos de anatomia radiológica, trata-se de um cateter em situação

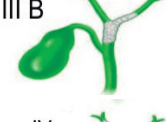
- (A) venosa central, com a ponta localizada na veia subclávia esquerda, não devendo ser liberado para uso antes de ser reposicionado, pelo risco de trombose venosa.
- (B) venosa central, com a ponta localizada na veia subclávia esquerda, podendo ser liberado para uso.
- (C) venosa central, com a ponta localizada na veia cava superior, podendo ser liberado para uso.
- (D) arterial, com a ponta localizada na aorta, não devendo ser liberado para uso sem avaliação de cirurgião vascular ou radiologista intervencionista para sua remoção segura.
- (E) arterial, com a ponta localizada na aorta, não devendo ser liberado para uso; a remoção deve ser imediatamente seguida de compressão local por 5 minutos.



43. Paciente de 63 anos, tabagista, com hipertensão não controlada e histórico familiar de aneurisma, foi diagnosticada com aneurisma da aorta abdominal infrarrenal de 7,3 cm de diâmetro. Os exames de avaliação pré-operatória mostraram doença pulmonar obstrutiva crônica moderada e fração de ejeção de 53%; ecocardiograma de estresse com dipiridamol não revelou alterações significativas; e a avaliação da função renal indicou taxa de filtração glomerular de 70 ml/min/1,73 m². Em relação ao tratamento do aneurisma, assinale a assertiva correta.

- (A) Só deverá ser realizada intervenção para corrigir o aneurisma se houver controle do tabagismo e da hipertensão.
- (B) Serão necessários mais exames complementares para se avaliar o risco perioperatório e, assim, decidir sobre a necessidade de intervenção.
- (C) Independentemente da anatomia do aneurisma, tratamento endovascular é o padrão-ouro para todas as situações por apresentar melhores resultados a longo prazo.
- (D) Para pacientes como esta, deve ser oferecido tratamento de correção do aneurisma por técnica cirúrgica convencional ou endovascular. A decisão será baseada na anatomia e na experiência da equipe cirúrgica que irá conduzir o tratamento.
- (E) Farmacoterapia, incluindo estatina, bloqueador dos canais de cálcio, inibidor da enzima conversora da angiotensina, antiplaquetário e antibiótico (doxiciclina), deve ser iniciada. Se a taxa de crescimento anual for inferior a 4 mm, poderá ser oferecido tratamento conservador com ultrassonografia de acompanhamento a cada 6 meses.

44. Associe as figuras que demonstram a classificação de Bismuth para o colangiocarcinoma hilar, conforme seu acometimento (coluna da esquerda), ao respectivo tratamento cirúrgico (coluna da direita).

- | | | |
|-----|---|--|
| 1 - |  | () Hepaticojejunostomia bilateral
() Hepatectomia direita
() Lesão irressecável |
| 2 - |  | |
| 3 - |  | |
| 4 - |  | |
| 5 - |  | |

A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

- (A) 1 - 2 - 4
- (B) 1 - 3 - 5
- (C) 2 - 3 - 5
- (D) 2 - 4 - 5
- (E) 5 - 4 - 2

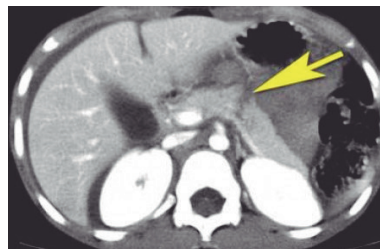
45. Paciente previamente hígida veio à Emergência com 2 dias de evolução de dor em trajetos varicosos hipermiados e endurecidos na face medial da perna, sem edema significativo. A partir do diagnóstico mais provável, considere os tratamentos abaixo.

- I - Tratamento com anticoagulante
- II - Tratamento com antibióticos e cobertura para bactérias Gram-positivas
- III - Tratamento com anti-inflamatório não esteroide

Quais deles devem ser instituídos?

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

46. Menina de 10 anos sofreu uma queda contundindo o abdômen com o guidom da bicicleta. Com dor intensa, foi imediatamente levada ao pronto-socorro. Durante o atendimento inicial, apresentava sinais vitais normais para a faixa etária e algumas escoriações superficiais nos membros. Alívio importante da dor foi obtido com medicação analgésica. Em menos de 1 hora, foi realizada tomografia computadorizada de abdômen total com contraste intravenoso, que revelou a lesão assinalada pela seta na imagem abaixo. No momento, passadas 3 horas do trauma, a criança está com a dor controlada e com os sinais vitais estáveis. Qual a conduta mais adequada a ser tomada?



- (A) Internação em Centro de Tratamento Intensivo para tratamento não operatório, com analgesia, reposição hidroeletrólítica e controle rigoroso de sinais vitais.
- (B) Videolaparoscopia com colocação de dreno junto à lesão, sem abordagem direta.
- (C) Laparotomia com sutura da lesão e colocação de dreno.
- (D) Laparotomia com ressecção da porção distal à ruptura, sutura da porção proximal e colocação de dreno.
- (E) Laparotomia com ressecção da porção proximal à ruptura e anastomose da porção distal com alça de jejuno em Y de Roux.

47. Considere as assertivas abaixo sobre câncer gástrico precoce.

- I - É definido como o tumor limitado às camadas mucosa e submucosa, independentemente da presença de metástases para linfonodos.
- II - A ultrassonografia endoscópica está recomendada para investigação de metástases para linfonodos.
- III - A mucossectomia está indicada para adenocarcinoma do tipo intestinal restrito à mucosa sem invasão linfática ou venosa.

Quais são corretas?

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

48. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo.

Ressonância magnética de abdômen de paciente de 62 anos, com quadro de dor epigástrica esporádica, mostrou vesícula biliar sem conteúdo patológico, pâncreas de volume normal e lesão cística de 2,5 cm com comunicação com o ducto de Wirsung na porção cefálica. Este caso terá indicação cirúrgica se O diagnóstico mais provável é

- (A) houver sinais de hemorragia intracística – tumor papilar sólido cístico
- (B) houver pancreatite aguda de repetição – neoplasia papilar mucinosa intraductal
- (C) a lesão possuir vegetação em seu interior – cistoadenoma mucinoso
- (D) a lesão apresentar mais de 4 cm – cistoadenoma seroso
- (E) a lesão apresentar mais de 3 cm – pseudocisto pancreático

49. Assinale a assertiva **incorreta** sobre obstrução do intestino delgado.

- (A) Dor, trauma, urolitíase e pancreatite estão entre as causas de íleo adinâmico.
- (B) Aderências são a causa mais comum, seguidas por hérnias e neoplasias.
- (C) Dor aguda intensa sugere isquemia ou obstrução em alça fechada, ao passo que dor insidiosa sugere diagnóstico de neoplasia.
- (D) O padrão radiológico normal do intestino delgado é ausência de gás ou conteúdo gasoso em alças de até 2,5 cm de diâmetro.
- (E) Pacientes com obstrução pós-operatória precoce (no primeiro mês após uma cirurgia abdominal) necessitam de cirurgia na maioria dos casos.

50. Assinale a assertiva **incorreta** sobre hemorragia digestiva alta não variceal.

- (A) O inibidor da bomba de prótons nas primeiras 72 horas pós-sangramento só diminui o risco de res-sangramento se administrado na forma intravenosa contínua.
- (B) A terapêutica endoscópica reduz as taxas de morbidade e mortalidade.
- (C) Estigmas de sangramento, tais como vaso visível e coágulo, indicam necessidade de tratamento endoscópico.
- (D) Na doença péptica, os achados endoscópicos pre-dizem com boa acurácia a taxa de ressangramento.
- (E) O uso do inibidor da bomba de prótons pré-endoscopia diminui significativamente a presença de estigmas de sangramento durante o exame.

51. Que cirurgia, dentre as abaixo, está **contraindicada** no tratamento de nódulo de tireoide cuja citopatologia é indeterminada (Classificação de Bethesda III ou IV)?

- (A) Lobectomia
- (B) Nodullectomia
- (C) Hemitireoidectomia
- (D) Tireoidectomia quase total (*near total*)
- (E) Tireoidectomia total

52. Considere as assertivas abaixo sobre obesidade.

- I - Em geral, a obesidade aumenta o risco de mortalidade em qualquer idade embora seu efeito seja mais importante até os 50 anos.
- II - O diabetes melito tipo 2 está fortemente relacionado com a obesidade em todos os grupos étnicos.
- III - A obesidade central (androide) está associada com uma morbidade significativamente maior do que a obesidade periférica (ginecoide).

Quais são corretas?

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

53. Assinale a assertiva correta sobre a ampliação das margens cirúrgicas após biópsia excisional de melanoma.

- (A) A inclusão da fáscia profunda na ampliação das margens de melanomas invasivos ($T \geq 1$) é necessária na maioria dos casos.
- (B) Para planejamento cirúrgico, as medidas das margens consideradas são as obtidas pelo patologista após fixação da peça.
- (C) Nos melanomas invasivos, as margens são ampliadas para evitar o fenômeno conhecido como satelitose.
- (D) Nos melanomas intraepiteliais tipo lentigo maligno, não há necessidade de ampliação das margens quando elas já estão livres no exame anatomopatológico.
- (E) A ampliação das margens recomendada baseia-se na microespessura do melanoma, não estando relacionada ao segmento corporal.

54. Assinale a assertiva correta sobre drenagem tubular em pacientes com pneumotórax.

- (A) Para a maioria dos pacientes com pneumotórax espontâneo, um pequeno cateter (8-14 Fr) é suficiente, uma vez que as fugas de ar devem-se a fístulas alveolopleurais.
- (B) A maioria dos pacientes em ventilação mecânica com grandes fugas de ar será tratada com dreno tipo *pigtail* de até 12 Fr.
- (C) Hemopneumotórax traumático é tratado com dreno tipo *pigtail* de 12 Fr.
- (D) O comprimento, o diâmetro e o tipo de dreno independem do volume do pneumotórax, da patologia de base e da presença ou não de derrame pleural associado.
- (E) Toda drenagem tubular em pacientes com pneumotórax deve ser associada a alguma forma de aspiração.

55. Assinale a assertiva **incorreta** sobre o manejo inicial de reanimação cardiorrespiratória em adultos.

- (A) Ao ser encontrada uma vítima inconsciente, a primeira conduta é chamar por ajuda.
- (B) A frequência das compressões torácicas deve ser de 100-120 compressões por minuto.
- (C) A profundidade das compressões torácicas deve ser de 5-6 cm.
- (D) As compressões torácicas devem ser sempre intercaladas com as ventilações numa proporção de 30/2, independentemente da forma de ventilação utilizada.
- (E) Assim que o desfibrilador estiver disponível, o ritmo cardíaco deve ser verificado imediata e independentemente do tempo de início das compressões torácicas.

56. Considere as assertivas abaixo sobre a epidemiologia da hérnia inguinal em crianças.

- I - A incidência está aumentada em gêmeos, mais frequentemente se do sexo masculino.
- II - Hérnia inguinal no lado direito é, no mínimo, 2 vezes mais comum do que no lado esquerdo.
- III - Doenças associadas à prematuridade, tais como as pulmonares, têm implicação no desenvolvimento da hérnia inguinal.

Quais são corretas?

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

57. Paciente masculino, de 80 anos, veio à Emergência por quadro de dor na fossa ilíaca esquerda, febre (38,7° C), calafrios, frequência cardíaca de 108 bpm e pressão arterial de 70/40 mmHg. O abdômen mostrava-se distendido, com defesa à palpação. O hemograma indicou leucocitose com desvio à esquerda. O raio X de abdômen revelou pneumoperitônio e líquido livre de pequena a moderada quantidade na pelve. Em relação a esta situação clínica, assinale a assertiva correta.

- (A) O diagnóstico de diverticulite é provável, devendo ser indicada preferencialmente ressonância magnética de urgência.
- (B) Trata-se de um caso de abdômen agudo inflamatório com indicação de tratamento cirúrgico.
- (C) Deve ser iniciada antibioticoterapia de amplo espectro imediatamente e realizado raio X com contraste hidrossolúvel para avaliar a extensão da doença diverticular.
- (D) Considerando a idade do paciente, deve-se necessariamente afastar hipótese de neoplasia de cólon esquerdo através de colonoscopia de urgência.
- (E) Considerando a instabilidade clínica, o paciente deve ser internado em Centro de Tratamento Intensivo para controle, realização de exames laboratoriais seriados e instituição de antibioticoterapia de amplo espectro.

58. Paciente masculino, de 20 anos, veio à consulta queixando-se de drenagem de secreção amarelada na região sacral. Referiu drenagem de um abscesso nesta região há 6 meses. Ao exame físico, identificaram-se 2 orifícios na região sacrococcígea. Em relação a esta situação clínica, é correto afirmar que

- (A) em caso de lesões muito extensas, podem ser empregados retalhos para fechamento da ferida operatória.
- (B) se trata de um cisto sacrococcígeo com incidência semelhante em homens e mulheres.
- (C) em caso de apresentação aguda (abscesso), deve-se fazer drenagem cirúrgica na linha média sacrococcígea.
- (D) pacientes acometidos, como este, têm maior predisposição para desenvolvimento de abscesso e fístula anal.
- (E) se trata de um caso de cisto pilonidal, cuja incidência aumenta progressivamente até a quinta década de vida.

59. Paciente de 25 anos apresentou quadro compatível com cólica renal à direita, tendo sido encaminhada à Emergência. Os exames mostraram cálculo de 4 mm localizado no ureter distal e leve hidronefrose. A avaliação laboratorial não revelou anormalidades. A dor em cólica aliviou de maneira substancial após analgesia intravenosa. Considerando as opções abaixo, qual a mais indicada para o manejo inicial?

- (A) Instituir hiper-hidratação vigorosa intravenosa para expulsão do cálculo.
- (B) Adotar conduta expectante, aguardando a saída espontânea do cálculo.
- (C) Colocar duplo J para acelerar a passagem do cálculo.
- (D) Realizar litotripsia extracorpórea.
- (E) Realizar ureterolitotripsia por ureteroscopia.

60. Paciente de 65 anos, previamente hígido, assintomático, sem história familiar de câncer de próstata, veio à consulta por apresentar um PSA de 15 ng/ml. O toque retal não revelou alterações. Foi submetido a biópsia de próstata guiada por ultrassonografia, cujo diagnóstico foi de adenocarcinoma de próstata, Gleason 9 (4+5) em todos os fragmentos do lobo direito. Para complementação do estadiamento clínico da doença, considere os exames abaixo.

- I - Tomografia computadorizada de crânio
- II - Cintilografia óssea
- III - Ressonância magnética da pelve

Quais deles devem ser solicitados?

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

61. Considere as assertivas abaixo sobre infecções virais cutâneas.

- I - O eritema multiforme pode ser desencadeado por infecções causadas por herpes simples.
- II - O eczema herpético resulta de disseminação do herpes-vírus em portadores de outras dermatoses, como, por exemplo, dermatite atópica.
- III - A neuralgia pós-herpética é mais frequente em pacientes idosos.

Quais são corretas?

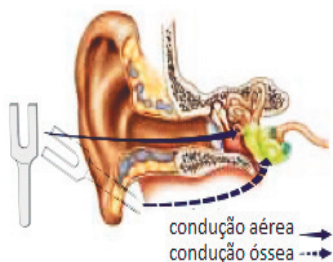
- (A) Apenas I
- (B) Apenas II
- (C) Apenas III
- (D) Apenas I e II
- (E) I, II e III

62. Analise a figura do teste de Rinne reproduzida abaixo, em que a condução aérea dura mais tempo do que a condução óssea, e considere as condições clínicas associadas à hipoacusia.

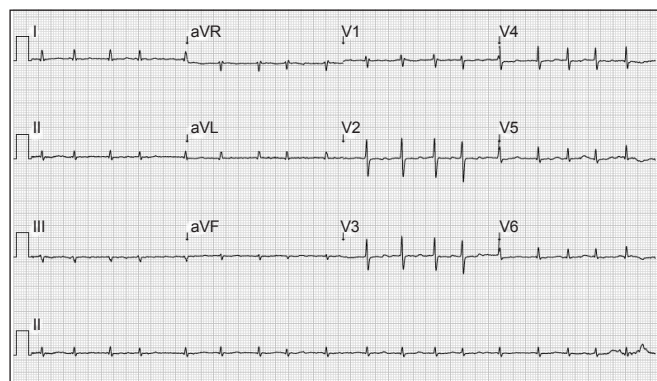
- I - Exposição sustentada a ruído
- II - Uso de fármacos ototóxicos
- III - Tumor do 8º nervo craniano

Quais delas podem ser a causa da perda auditiva neste caso?

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



63. Paciente de 78 anos foi trazida ao pronto-atendimento por dor precordial, de início há 2 dias, com caráter intermitente, mais forte há 3 horas. Em seu histórico, constavam hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e uso de AAS, sinvastatina e captopril. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 178/70 mmHg e frequência cardíaca de 88 bpm, sem outras alterações significativas. A dosagem inicial de troponina indicou 3,9 ng/ml (normal: até 0,16 ng/ml). O eletrocardiograma realizado por ocasião da admissão está reproduzido abaixo.



Que estratégia, dentre as abaixo, oferece melhor expectativa de benefício?

- (A) Angiografar de urgência nas próximas 2 horas pelo alto risco clínico.
- (B) Terapia agressiva farmacológica antitrombótica com dupla antiagregação plaquetária e enoxaparina, sem cateterismo cardíaco.
- (C) Terapia com dupla antiagregação plaquetária, enoxaparina e transferência da paciente para hospital com cateterismo cardíaco nas próximas 24 horas.
- (D) Administração de trombolítico intravenoso, anticoagulação com heparina e encaminhamento da paciente para angioplastia adjuvante nas próximas 3 horas.
- (E) Transferência da paciente para hospital terciário para realização de ecocardiografia e punção pericárdica.

64. Todas as assertivas abaixo relativas à dissecação aguda de aorta estão corretas, **exceto** uma. Assinale-a.

- (A) Homens são mais frequentemente afetados do que mulheres.
- (B) Em geral, os pacientes apresentam hipotensão.
- (C) Dor torácica é o sintoma mais comum.
- (D) Deficit de pulso é mais comum em dissecações proximais do que em distais.
- (E) Alguns pacientes podem apresentar elevação dos níveis de troponina ou alterações isquêmicas ao eletrocardiograma de repouso.

65. Paciente de 45 anos veio à consulta por apresentar, há 2 semanas, diarreia líquida, com 3 evacuações diárias, sem sangue, muco ou pus. Negou outros sintomas. Havia iniciado o uso de metformina na dose de 850 mg, por via oral, 3 vezes/dia, para tratamento de diabetes melito tipo 2, dois dias antes do início da diarreia. Qual a conduta mais adequada?

- (A) Suspender imediatamente a metformina por suspeita de acidose láctica.
- (B) Suspender a metformina, estabelecer o diagnóstico de intolerância ao fármaco e prescrever outro anti-hiperglicemiante.
- (C) Reduzir a dose da metformina e estabelecer um plano de aumento gradual, esclarecendo ao paciente que o sintoma provavelmente desaparecerá com o tempo.
- (D) Manter a dose prescrita de metformina, esclarecendo ao paciente que este efeito adverso é muito raro e que, provavelmente, desaparecerá com o tempo.
- (E) Manter a dose prescrita de metformina, esclarecendo ao paciente que este efeito adverso é comum e que, provavelmente, não desaparecerá com o tempo. Entretanto o fármaco deve ser mantido visto que é o único anti-hiperglicemiante associado à redução de mortalidade.

66. Em consulta ginecológica de revisão, uma paciente de 35 anos relatou aumento de 5 kg após a última gestação há 5 anos, sem outras queixas. Vinha fazendo uso de anticoncepcional oral combinado. O exame físico foi normal. Não havia história de familiares com doenças tireoidianas. Os exames de função da tireoide revelaram TSH de 2,5 µU/ml (valor de referência: 0,27-4,20 µU/ml) e T4 total de 14,4 µg/dl (valor de referência: 4,6-12 µg/dl). Foi encaminhada ao endocrinologista, que solicitou dosagem de T4 livre, cujo resultado foi de 1,2 ng/dl (valor de referência: 0,93-1,70 ng/dl). Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Síndrome de resistência aos hormônios tireoidianos
- (B) Tumor hipofisário produtor de TSH
- (C) Síndrome do eutireoideo doente
- (D) Doença de Graves
- (E) Aumento de TBG (*thyroxine-binding globulin*) associado ao uso de estrógeno

67. Considere as assertivas abaixo sobre complicações gastrointestinais graves induzidas por anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).

- I - Idade avançada, doenças multissistêmicas e uso de clopidogrel são fatores de risco.
- II - Quando ocorrem complicações digestivas graves induzidas pelo uso de AINEs, elas são, na maioria dos casos, precedidas por sintomas dispepticos.
- III - O uso de AAS em doses abaixo de 100 mg/dia pode ser considerado seguro por não estar relacionado a eventos digestivos graves.

Quais são corretas?

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

68. Assinale a assertiva **incorreta** sobre o tratamento das condições clínicas abaixo.
- (A) Ferro e eritropoietina são opções terapêuticas que trazem benefícios clínicos a pacientes criticamente enfermos portadores de anemia.
 - (B) Crioprecipitado, rico em crioglobulinas, deve ser empregado em caso de hemorragia associada a hipofibrinogenemia e sangramento urêmico.
 - (C) Hemocomponentes desleucocitados devem ser empregados em pacientes com história de reações transfusionais febris.
 - (D) Contagem de plaquetas inferior a $10.000/\text{mm}^3$ é aceita como gatilho para indicação de transfusão profilática de plaquetas em pacientes criticamente enfermos.
 - (E) Não há evidência de benefício do uso de plasma fresco congelado em pacientes criticamente enfermos com alterações laboratoriais de coagulação, como elevação do tempo de protrombina, na ausência de hemorragia.
69. Assinale a assertiva **incorreta** sobre o tratamento de sepse.
- (A) O material para exames culturais deve ser coletado idealmente antes do início do uso de antibiótico.
 - (B) Paciente com empiema deve ser avaliado quanto à necessidade de drenagem torácica após 48 horas de uso de antibiótico.
 - (C) A higiene oral com clorexidina pode contribuir para a prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica.
 - (D) A antibioticoterapia deve ser instituída em até uma hora após o diagnóstico de sepse.
 - (E) A antibioticoterapia deve ser reavaliada com base no resultado das culturas, e a substituição de um antibiótico por outro de menor espectro é recomendada sempre que possível.
70. O envelhecimento usual, denominado senescência, caracteriza-se por alterações histológicas e fisiológicas que levam à redução das reservas funcionais sem que haja disfunção orgânica clinicamente significativa. Que condição(ões), dentre as abaixo, **não** está(ão) relacionada(s) à senescência?
- (A) Redução do enchimento ventricular na diástole
 - (B) Redução da taxa de filtração glomerular
 - (C) Redução da capacidade cognitiva progressiva com prejuízo funcional
 - (D) Redução do tecido celular subcutâneo e fragilidade capilar
 - (E) Redução da massa muscular e lipossustituição de tecidos
71. Paciente de 78 anos, trazido à consulta pela filha, apresenta, há 5 anos, quadro progressivo de apraxia de marcha e disfunções executiva e mnemônica. Atualmente o paciente encontra-se dependente tanto cognitiva quanto fisicamente para muitas atividades da vida diária. Considere as hipóteses diagnósticas abaixo.
- I - Doença encefálica de pequenos vasos
 - II - Doença de Parkinson
 - III - Esclerose lateral amiotrófica
- Quais delas devem ser consideradas?
- (A) Apenas I
 - (B) Apenas II
 - (C) Apenas III
 - (D) Apenas I e II
 - (E) I, II e III
72. Paciente de 24 anos, com SIDA, consultou por dispneia progressiva e febre. O raio X de tórax mostrou infiltrados bilaterais, a gasometria revelou hipoxemia arterial e o nível de LDH estava elevado. Apresentava CD4 de $22 \text{ céls}/\text{mm}^3$ e histórico de pneumocistose há 6 meses. Com base no caso, considere as assertivas abaixo.
- I - O resultado positivo de PCR para *Pneumocystis jiroveci* confirma o diagnóstico de pneumocistose.
 - II - É imperativo o início de sulfametoxazol + trimetoprima como terapêutica empírica na ausência de reação alérgica prévia conhecida.
 - III - Pneumonia por *Legionella pneumophila* deve ser considerada no diagnóstico diferencial.
- Quais são corretas?
- (A) Apenas I
 - (B) Apenas II
 - (C) Apenas III
 - (D) Apenas II e III
 - (E) I, II e III
73. Paciente de 75 anos deu entrada na Emergência com redução do nível de consciência e rapidamente evoluiu com uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada (CTCG). Ocorreram mais três CTCGs autolimitadas, sem recuperação da consciência nos intervalos (período de 8 minutos). Qual a conduta mais adequada neste momento?
- (A) Solicitar exames laboratoriais e eletroencefalografia para definir a etiologia e estabelecer o diagnóstico.
 - (B) Solicitar eletroencefalografia urgente e, após a confirmação do diagnóstico, iniciar benzodiazepínicos e fenitoína intravenosa.
 - (C) Avaliar e manejar a via aérea, instituir ventilação e medidas de circulação (ABC), avaliar a ocorrência de hipoglicemia e iniciar benzodiazepínicos e fenitoína intravenosa.
 - (D) Avaliar e manejar a via aérea, instituir ventilação e medidas de circulação (ABC) e observar o paciente por 30 minutos antes de iniciar a administração de anticonvulsivantes.
 - (E) Tentar obter uma história mais detalhada do paciente e solicitar exames laboratoriais e eletroencefalografia.
74. Paciente de 46 anos chegou à Emergência com história de cefaleia intensa, vômitos e perda transitória de consciência. Ao exame físico, encontrava-se alerta, com pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem *deficit* focal, pressão arterial de 180/110 mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm, frequência respiratória de 18 mrm e saturação de oxigênio de 98%. Qual a principal hipótese diagnóstica e qual o exame de imagem inicial a ser solicitado?
- (A) Hemorragia subaracnoide – tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste
 - (B) Hemorragia intraparenquimatosa – TC de crânio
 - (C) Acidente vascular cerebral isquêmico – ressonância magnética com gadolínio
 - (D) Acidente vascular cerebral hemorrágico – angiografia de crânio
 - (E) Meningite bacteriana – TC de crânio

75. Paciente de 24 anos procurou atendimento por sintomas súbitos de ansiedade, taquicardia, tontura e falta de ar. Após chegar à Emergência, os sintomas aliviaram em cerca de 40 minutos. O paciente referiu ser esta a quarta vez que apresenta essa sintomatologia, mas não consegue identificar qualquer desencadeante. Por sentir-se muito assustado com os sintomas, tem evitado ficar sozinho por medo de passar mal. Que aspecto fisiopatológico, dentre os abaixo, está fortemente associado ao quadro clínico?

- (A) Hipoventilação, pois pacientes com sintomas de ansiedade podem ter dificuldade de respirar adequadamente.
- (B) Hipomagnesemia, pois a amígdala é sensível às variações séricas de magnésio.
- (C) Hipermagnesemia, pois a amígdala é sensível às variações séricas de magnésio.
- (D) Hiperventilação que, por sua vez, leva a hipocapnia e alcalose, ocasionando então a diminuição do fluxo sanguíneo cerebral.
- (E) Hipercapnia, pois há uma alteração no sistema regulatório renal de tamponamento que predispõe o paciente aos sintomas de ansiedade.

76. Maratonista de 35 anos começou a se queixar de falta de ar e mal-estar no final de uma maratona, tendo sido levada à Emergência com quadro de letargia. Ao exame, apresentava frequência cardíaca de 100 bpm, frequência respiratória de 22 mrm e pressão arterial de 110/70 mmHg. A ausculta cardíaca e a pulmonar estavam normais, e o abdômen, inocente. As pupilas mostravam-se isocóricas e fotorreagentes e sem sinais neurológicos focais. Movimentava os 4 membros, porém encontrava-se sonolenta e com dificuldade em dar respostas verbais. Os exames laboratoriais revelaram hematócrito de 42%, hemoglobina de 12 g/dl, creatinina de 1 mg/dl, sódio de 110 mg/dl, potássio de 4 mg/dl, osmolaridade sérica de 220 mosmol/kgH₂O e osmolaridade urinária de 420 mosmol/kgH₂O. Que tratamento, dentre os abaixo, seria o mais adequado?

- (A) Infusão de solução isotônica (soro fisiológico a 0,9%) até o alívio dos sintomas clínicos e, após, iniciar hidratação oral.
- (B) Bolo de solução salina hipertônica (soro fisiológico a 3%) e manutenção desta solução com 1-2 ml/kg/hora até a melhora dos sintomas neurológicos.
- (C) Correção da hiponatremia, sendo que o aumento do nível sérico de sódio não deve exceder 8 mEq/l em 24 horas.
- (D) Restrição hídrica de 800 ml/dia até a normalização dos sintomas neurológicos.
- (E) Hidratação oral intensa e aumento do aporte de sódio na dieta.

77. Paciente de 53 anos, com história de diabetes melito, hipertensão arterial e cardiopatia isquêmica, submeteu-se a cirurgia de revascularização miocárdica. No 25º dia pós-operatório, foi transferida para o Centro de Tratamento Intensivo por quadro de insuficiência respiratória com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. A gasometria revelou pH de 7,05, PCO₂ de 7 mmHg, PO₂ de 150 mmHg, HCO₃ de 3 mmol/l, *deficit* de base de -15 e *anion gap* aumentado (cloro normal). Todas as condições abaixo são possíveis causas deste distúrbio ácido-base, **exceto**

- (A) acidose tubular renal.
- (B) cetoacidose diabética.
- (C) intoxicação por salicilatos.
- (D) acidose láctica.
- (E) insuficiência renal com uremia.

78. Paciente feminina, de 59 anos, tabagista, apresenta tosse e dispneia há 6 meses. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou infiltrado pulmonar sugestivo de pneumonite intersticial não específica. Em relação à realização de biópsia pulmonar cirúrgica, considere as assertivas abaixo.

- I - A presença de potenciais causas para o infiltrado pulmonar, como doenças do colágeno, medicamentos ou exposições ambientais, torna a biópsia muitas vezes desnecessária.
- II - A biópsia pulmonar cirúrgica é uma potencial causa de exacerbação da doença intersticial, sobretudo naqueles pacientes já hipoxêmicos antes da cirurgia.
- III - O local da biópsia deve compreender uma área mais afetada e outra menos comprometida, evitando-se área de faveolamento.

Quais são corretas?

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

79. Lombalgia de caráter inflamatório é indício de um grupo de doenças conhecidas como espondiloartrites, cujo protótipo é a espondilite anquilosante. Assinale a alternativa que contempla uma característica de lombalgia inflamatória.

- (A) Dor que não melhora com o exercício.
- (B) Dor noturna que melhora ao levantar da cama.
- (C) Melhora da dor com o repouso.
- (D) Início agudo da dor e duração inferior a 3 meses.
- (E) Início da dor após os 45 anos.

80. Considere as assertivas abaixo sobre febre reumática.

- I - É causada por estreptococo do grupo A
- II - A artrite que ocorre em pacientes com esta condição é tipicamente migratória e acomete, em geral, grandes articulações.
- III - Não há período de latência entre a infecção bacteriana e o surgimento da febre reumática.

Quais são corretas?

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

81. No Brasil, a expectativa de vida ao nascer

- (A) situa-se no quintil superior em relação aos demais países-membros da Organização das Nações Unidas.
- (B) superou os 80 anos para ambos os sexos em 2015.
- (C) é maior na população masculina quando comparada com a feminina.
- (D) é maior na Região Sudeste em relação às demais regiões.
- (E) é menor nos homens do que nas mulheres em decorrência do excesso de mortes violentas concentradas em homens jovens.

82. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde – 2013, a prevalência do tabagismo no Brasil é maior

- (A) na Região Nordeste em relação às demais Regiões.
- (B) nas mulheres em relação aos homens.
- (C) nas mulheres não fumantes em relação aos homens para o fumo passivo em ambientes domiciliares.
- (D) nas mulheres não fumantes em relação aos homens para o fumo passivo em ambiente fechado de trabalho.
- (E) na área urbana em relação à área rural.

83. Em uma população estável, a duração média de uma doença pode ser estimada
- (A) dividindo-se a prevalência pela incidência.
 - (B) dividindo-se a incidência pela prevalência.
 - (C) multiplicando-se a prevalência pela incidência.
 - (D) multiplicando-se a população-alvo pela incidência.
 - (E) multiplicando-se a população-alvo pela prevalência.

84. Para avaliar a prevalência de uma doença, deve-se incluir
- (A) apenas os casos antigos que estiverem disponíveis.
 - (B) apenas os casos novos que estiverem disponíveis.
 - (C) os casos antigos e os casos novos que estiverem disponíveis.
 - (D) os casos antigos já curados.
 - (E) os casos novos já curados.

85. A tabela abaixo apresenta a distribuição de uma amostra por sexo segundo o estado civil.

Sexo	Estado civil		Total
	Solteiro	Casado	
Masculino	145	189	334
Feminino	237	120	357
Total	382	309	691

A aplicação do teste de χ^2 permite que se calcule o valor esperado para a célula estado civil solteiro e sexo masculino. Que expressão, dentre as abaixo, representa este cálculo?

- (A) $145 \times 334 / 691$
 - (B) $382 \times 334 / 691$
 - (C) $145 \times 382 / 691$
 - (D) $145 \times 120 / (334+382)$
 - (E) $382 \times 334 / (309+357)$
86. As metanálises costumam incluir uma análise estatística dos resultados dos estudos com o propósito de combinar esses achados em medidas únicas, sempre que possível. Tais medidas são chamadas, de modo genérico, de medidas-sumário e são obtidas a partir da
- (A) ponderação dos resultados dos estudos considerando que aqueles com maior variância são mais importantes.
 - (B) ponderação dos resultados dos estudos considerando que aqueles com menor variância têm maior peso no cálculo da medida-sumário.
 - (C) média aritmética dos resultados dos estudos considerando que aqueles com maior risco relativo ou razão de chances são mais importantes.
 - (D) média aritmética dos resultados dos estudos considerando que aqueles com menor risco relativo ou razão de chances têm maior peso no cálculo da medida-sumário.
 - (E) média aritmética dos resultados dos estudos considerando que aqueles com maior intervalo de confiança são mais importantes.
87. Um critério de avaliação em saúde é o da eficiência, que se preocupa com
- (A) a relação entre os efeitos positivos e os negativos de longo prazo produzidos por uma intervenção intencional ou não.
 - (B) os resultados referentes a uma intervenção experimental no contexto laboratorial.
 - (C) os efeitos alcançados a curto ou médio prazos gerados em relação aos de longo prazo.
 - (D) a relação entre os resultados obtidos e os recursos investidos.
 - (E) os resultados de uma prática de saúde desenvolvida em uma situação real.

88. Qual a proporção correta de representantes em um Conselho Municipal de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde?

- (A) 50% dos profissionais de saúde e dos usuários, 25% dos prestadores de serviços e 25% do governo
- (B) 50% dos prestadores de serviços e dos usuários, 25% dos profissionais de saúde e 25% do governo
- (C) 50% dos usuários, 25% dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços e 25% do governo
- (D) 50% dos usuários, 25% dos prestadores de serviços e 25% dos profissionais de saúde e do governo
- (E) 50% dos usuários, 25% dos profissionais de saúde e 25% dos prestadores de serviços e do governo

89. Considere as assertivas abaixo sobre as Conferências de Saúde do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de governo.

- I - Avaliam a situação de saúde.
- II - Propõem diretrizes para a formulação da política de saúde.
- III - Possuem caráter permanente e deliberativo.

Quais delas estão de acordo com a legislação vigente?

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

90. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do

- (A) Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intergestores Tripartite.
- (B) Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.
- (C) Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.
- (D) Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Intergestores Tripartite.
- (E) Ministério da Saúde, assessorado pelo Conselho Nacional de Saúde.

91. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo.

Em um município de 10.000 habitantes, de acordo com os parâmetros da Política Nacional de Atenção Básica, a implantação de uma nova equipe de Saúde da Família seria mais adequada se considerasse a responsabilidade por pessoas com agentes comunitários de saúde.

- (A) 5.000 – 4
- (B) 5.000 – 2
- (C) 3.000 – 5
- (D) 3.000 – 3
- (E) 2.000 – 2

92. No âmbito do Sistema Único de Saúde, o arranjo organizacional que possibilita o suporte técnico específico de uma equipe de referência para uma equipe responsável pelo cuidado dos pacientes é conhecido por

- (A) apoio matricial.
- (B) articulação interinstitucional.
- (C) controle social.
- (D) coordenação multissetorial.
- (E) longitudinalidade.

93. As fases de um processo de luto nem sempre seguem uma ordem específica, podendo ser simultâneas, cíclicas ou sobrepostas. Uma delas, em que há consciência de que a perda é irreversível, podendo haver uma tendência ao isolamento e a um maior aparecimento de sintomas depressivos, denomina-se fase de

- (A) aceitação.
- (B) choque e descrença.
- (C) protesto.
- (D) desorganização e desespero.
- (E) reorganização.

94. Agricultora de 40 anos compareceu à consulta queixando-se de dor no punho direito há 1 ano, com piora há 6 meses, início de formigamento na ponta dos dedos e perda de força para segurar pequenos objetos. Por 10 anos trabalhou na colheita de algodão e há 2 anos realiza colheita de flores. Recentemente, vem fazendo o corte de cerca de 2.000 hastes de plantas/dia. Ao exame físico osteomuscular, não se observaram anormalidades à inspeção. Os resultados dos testes de Phalen e de Tinel foram positivos à direita, e os de Cozen e Mills, negativos. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Síndrome do túnel do carpo
- (B) Epicondilite lateral
- (C) Tendinite medial
- (D) Tenossinovite de De Quervain
- (E) Cisto sinovial em punho

95. A verificação de funcionalidade das atividades básicas da vida diária constitui o ponto de partida da Avaliação Multidimensional do Idoso. Que componente, dentre os abaixo, **não** é considerado uma atividade básica da vida diária?

- (A) Vestir-se sem ajuda.
- (B) Transferência da cama para a cadeira e vice-versa.
- (C) Tomar banho sem ajuda.
- (D) Continência urinária.
- (E) Preparar refeições.

96. Assinale a assertiva **incorreta** sobre obesidade.

- (A) A classificação de sobrepeso/obesidade por índice de massa corporal (IMC) pode variar conforme a fase da vida e a etnia do paciente.
- (B) Indivíduos com $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ e comorbidades ou $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ se beneficiam de estratégias agressivas de perda de peso (modificações de estilo de vida, manejo farmacológico e/ou cirúrgico).
- (C) Ensaios clínicos randomizados demonstram que a redução modesta de peso está associada à redução da mortalidade.
- (D) Lipoaspiração reduz a gordura subcutânea, porém não melhora os níveis séricos de marcadores inflamatórios.
- (E) Medida da circunferência abdominal (homens $\geq 102 \text{ cm}$; mulheres $\geq 88 \text{ cm}$) indica risco cardiometabólico; entretanto, em pacientes com $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$, essa medida é desnecessária, pois praticamente todos os indivíduos têm aumento da circunferência da cintura cuja adiposidade já confere aumento de risco.

97. Assinale a assertiva correta sobre sarampo.

- (A) Tipicamente, o exantema tem início nas extremidades do corpo.
- (B) Pan-encefalite subaguda esclerosante acomete predominantemente pacientes adultos.
- (C) As manchas de Koplik aparecem nas dobras cutâneas no segundo e terceiro dias da doença.
- (D) Pneumonia bacteriana sobreposta é a causa mais comum de morte em pacientes acometidos de sarampo.
- (E) O período de transmissibilidade é, em média, de até 2 semanas a partir do início das manifestações clínicas.

98. Considere as assertivas abaixo sobre toxicidade dos fármacos contra tuberculose.

- I - Rifampicina pode apresentar hepatotoxicidade, geralmente de padrão colestatístico.
- II - Isoniazida pode apresentar hepatotoxicidade, geralmente de padrão celular.
- III - Etambutol e pirazinamida podem aumentar os níveis de ácido úrico.

Quais são corretas?

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

99. Um operário de 30 anos, previamente hígido, sofreu politraumatismo ao cair acidentalmente de um andaime, vindo a falecer imediatamente. Abaixo, está reproduzido o bloco CAUSAS DA MORTE que consta do atestado de óbito.

40 CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
PARTE I			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	a		
CAUSAS ANTECEDENTES			
Estados mórbidos, se existirem, que reproduziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	b		
	c		
	d		
PARTE II			
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Este bloco deverá ser preenchido com

- (A) na PARTE I, a) Queda acidental de andaime
b) Politraumatismo;
na PARTE II, Linhas em branco.
- (B) na PARTE I, a) Politraumatismo
b) Queda acidental de andaime;
na PARTE II, Linhas em branco.
- (C) na PARTE I, a) Politraumatismo
b) Linha em branco;
na PARTE II, Queda acidental de andaime.
- (D) na PARTE I, a) Queda acidental de andaime
b) Linha em branco;
na PARTE II, Politraumatismo.
- (E) na PARTE I, Linhas a) e b) em branco;
na PARTE II, Queda acidental de andaime e Politraumatismo.

100. Considere as assertivas abaixo sobre morte encefálica.

- I - É um dos critérios de morte do indivíduo que se caracteriza pela cessação irreversível das funções do cérebro e do tronco cerebral.
- II - É causada por diferentes mecanismos fisiopatológicos que têm em comum a falência de múltiplos órgãos.
- III - É um dos critérios de morte aplicável apenas para pacientes potenciais doadores de órgãos para transplantes.

Quais são corretas?

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

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO HCPA PARA RESIDÊNCIAS MÉDICAS/2017 COM ACESSO DIRETO

GABARITO DEFINITIVO DA PROVA OBJETIVA APLICADA EM 27/11/2016

Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta
01	C	26	C	51	B	76	B
02	B	27	B	52	E	77	A
03	D	28	A	53	C	78	E
04	A	29	E	54	A	79	B
05	E	30	D	55	D	80	D
06	A	31	B	56	E	81	E
07	D	32	E	57	B	82	C
08	C	33	C	58	A	83	A
09	B	34	B	59	B	84	C
10	B	35	C	60	D	85	B
11	E	36	B	61	E	86	B
12	A	37	A	62	E	87	D
13	D	38	A	63	C	88	E
14	- - -	39	D	64	B	89	D
15	C	40	E	65	C	90	C
16	D	41	A	66	E	91	C
17	C	42	D	67	A	92	A
18	C	43	D	68	A	93	D
19	B	44	C	69	B	94	A
20	E	45	C	70	C	95	E
21	A	46	D	71	D	96	C
22	A	47	E	72	D	97	D
23	D	48	B	73	C	98	E
24	E	49	E	74	A	99	B
25	B	50	A	75	D	100	A

OBSERVAÇÃO: A questão de número **14** foi considerada correta para todos os candidatos e a pontuação a ela correspondente foi atribuída a todos os candidatos presentes à prova

PORTO ALEGRE, 13 DE DEZEMBRO DE 2016.