

Respostas aos Recursos

Residência Médica 2019

PROVA: ACESSO DIRETO

QUESTÃO Nº 01

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que segundo a Anvisa, no documento “SÍTIO CIRÚRGICO: Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde”, disponível em http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_isc.pdf; a cirurgia ambulatorial é aquela onde o paciente é submetido a um procedimento cirúrgico em regime ambulatorial (hospital-dia) ou com permanência no serviço de saúde inferior a 24 horas, que consista em, pelo menos, uma incisão e uma sutura, excluindo-se procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades.

Diante do exposto, o gabarito oficial que aponta a alternativa (D) não é correto, pois a curetagem uterina, por envolver uma víscera, não pode ser feita em nível ambulatorial, anulando assim a assertiva. Sendo assim, solicita a alteração de gabarito para a alternativa (C).

JUSTIFICATIVA:

A **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.886/2008** (Publicada no D.O.U. de 21 de novembro de 2008, Seção I, p. 271) define como cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos clínico-cirúrgicos (com exceção daqueles que acompanham os partos) que, pelo seu porte dispensam o pernoite do paciente. Eventualmente o pernoite do paciente poderá ocorrer, sendo que o tempo de permanência do paciente no estabelecimento não deverá ser superior a 24 horas. Dentre os procedimentos possíveis de serem realizados está a curetagem uterina.

Ainda assim a alternativa (C) não pode ser considerada correta, pois exclui as cirurgias de médio porte das cirurgias ambulatoriais, sendo que nesta resolução do CFM citada abrange cirurgias de pequeno e médio porte.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.886/2008 disponível em:

http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1886_2008.htm

QUESTÃO Nº 03

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que “sobre hérnia incisional é comum a formação de seroma, principalmente em hérnias grandes (o que não especifica na pergunta), mas como todas as alternativas falam em drenos, imagino que seja hérnia de grande porte. Nesse caso como se faz dissecação no subcutâneo, coloca-se dreno e ele com aspiração a vácuo (aspiração fechada), os outros drenos não são efetivos. Sobre a cinta é recomendada (hérnias grandes volumosas), mas a princípio não como formação de seroma, mas para evitar força e recidiva cirúrgica”.

JUSTIFICATIVA:

No caso em questão, de acordo com o ABCD (Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva) a profilaxia dos seromas é feita pela drenagem com aspiração fechada e uso sistemático de cintas contensoras nas primeiras semanas do pós-operatório, ficando mantido o gabarito como a Alternativa (A).

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.23 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2010 disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202010000400015

QUESTÃO Nº 10

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que o paciente encontra-se com A, B e C, resolvidos, e que, portanto como o TCE seria a avaliação D neurológica, seria esta a próxima avaliação.

JUSTIFICATIVA:

Segundo o Protocolo ATLS, a mnemônica ABCDE, ressalta as prioridades a serem abordadas, diante de um paciente vítima de trauma, portanto uma lesão cerebral só poderá ser abordada definitivamente após a lesão causadora da instabilidade hemodinâmica (C) ser resolvida ou descartada, com a finalidade única de reduzir a mortalidade do paciente, para isso

usa-se essa ordem de prioridade. No caso em questão, não há a progressão da avaliação, A e B são descritas apenas, sendo as demais avaliações não definidas no enunciado, para que a proposta delas seja desenvolvida nas alternativas.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões; Advanced Trauma Life Support (ATLS), 9a Ed 2014.

QUESTÃO Nº 11

SITUAÇÃO: Recursos Procedentes

RECURSO:

Os candidatos recorrentes solicitam a anulação da questão argumentando que a infecção em sítio cirúrgico com presença de prótese, ocorre no prazo de até 1(um) ano, como descrito na tabela 12-2 (página 284) do Sabistons Textbook of Surgery.

JUSTIFICATIVA:

A infecção em ferida operatória, quando há a colocação de prótese, pode ocorrer até 1 (um) ano da data da cirurgia, portanto todas as alternativas são incorretas. Os recursos são procedentes.

A banca se manifesta pela anulação da questão.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sítio Cirúrgico: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Editora da ANVISA, 2009.

QUESTÃO Nº 14

SITUAÇÃO: Recursos Procedentes

RECURSO:

Um recorrente alega que as alternativas (A) e (E) estão corretas, pois apresentam sintomas que também estão relacionados à hiperplasia prostática benigna e hiponatremia respectivamente, como nictúria/distúrbios visuais (A) e diminuição da frequência de micções/confusão mental (E).

Outros recorrentes alegam que segundo o Livro Semiologia médica 6º página 799 Nictúria ou Noctúria tem o mesmo significado - \"denomina-se nictúria ou noctúria quando o ritmo da diurese se altera, ocasionando a necessidade de esvaziar a bexiga durante a noite.\" Segundo o dicionário online - Dicio Noctúria é uma variação de nictúria, um sinônimo. A HPB se apresenta com nictúria, jato urinário fraco, aumento da frequência de micções (polaciúria), hesitação, urgência e sensação de esvaziamento incompleto. A hiponatremia dilucional pela síndrome de ressecção transuretral se apresenta com confusão mental, náuseas, vômitos, bradicardia e distúrbios visuais. Assim solicitam o cancelamento da questão, já que a mesma apresenta duas alternativas corretas, (A) e (B).

JUSTIFICATIVA:

Quanto à alegação de que a alternativa (E) seria correta, a literatura afirma veementemente que a frequência das micções aumenta com a Hiperplasia Prostática Benigna, caracterizando a polaciúria, sintoma este característico da doença, portanto, alternativa errada, mesmo diante do item confusão mental.

Quanto aos demais recursos, a diferença da alternativa (A) para a (B) seriam as palavras nictúria e noctúria sendo as demais palavras concordantes com sinais clínicos de hiponatremia dilucional.

Os recursos discutem o conceito de nictúria e noctúria, que embora sejam diferentes nas literaturas referenciadas de urologia e temas de discussões complexas em bancas e congressos, como se trata de uma prova de acesso direto, as referências bibliográficas para médicos generalistas aceitam os conceitos semelhantes pela mesma nomenclatura. Desta forma, os recursos são procedentes.

A banca se manifesta pela anulação da questão.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Semiologia Médica / Celmo Celso Porto, 7. ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2014.

Sabiston, tratado de cirurgia / Courtney M. Townsend... [et. al.]; [tradução de Débora Rodrigues Fonseca... et al.] - Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 18 ed.

QUESTÃO Nº 15

SITUAÇÃO: Recurso Procedente.

RECURSO:

O candidato recorrente afirma que o gabarito estaria invalidado e argumenta que segundo o manual ATLS, o sangramento é superior a 200ml/h indicativo de toracotomia.

JUSTIFICATIVA:

O argumento apresentado no recurso é procedente, pois de acordo com a literatura o fluxo de drenagem torácica é de 200 ml/h por 2 a 4 horas sendo uma indicação de toracotomia. Assim, a alternativa (B) também é incorreta.

A banca se manifesta pela anulação da questão.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

[American College Of Surgions Committee On Trauma](#). Advanced Trauma Life Suport - ATLS. 9 ed., 2012.

QUESTÃO Nº 16

SITUAÇÃO: Recurso Procedente.

RECURSO:

O candidato recorrente alega que a alternativa (E) também deve ser considerada incorreta. Cita algumas bibliografias que apontam percentuais que divergem do apresentado na alternativa.

JUSTIFICATIVA:

De fato, o argumento apresentado encontra respaldo na literatura e, assim sendo, a questão apresenta duas alternativas que satisfazem ao comando da questão.

A banca se manifesta pela anulação da questão.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

SABISTON. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Saunders. Elsevier.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 601, de 26 de Junho de 2012

QUESTÃO Nº 18

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

Argumenta-se que baseado nos dados clínicos apresentados, não seria necessária a ressecção do tecido cicatricial com margem de 1,0 cm por se tratar de lesão não ulcerada e menor que 1mm.

JUSTIFICATIVA:

No caso em questão, solicita-se a conduta mais adequada de uma paciente pós ressecção de lesão pigmentar que ao exame anatomopatológico confirmou Melanoma Maligno, Clark nível II, índice de Breslow de 0,8mm, sem ulceração, margens negativas, mas próximas da lesão (distância < 1mm) e apresentando taxa mitótica de 2 mitoses/mm².

Pacientes com Melanoma apresentando Breslow < 1,0mm necessitam de ampliar 1cm de margem livre de doença. Quanto à avaliação do linfonodo sentinela, segundo o Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM) a biópsia está indicada se as lesões apresentam índice de Breslow > 0,76, ou < 0,76 associadas a alto risco (ulceração, áreas de regressão, taxa mitótica > 1 mitose/mm²).

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Townsend CD, Beuchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston: Tratado de Cirurgia, A Base da Prática Cirúrgica Moderna. 19a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Vol I e II

Grupo Brasileiro de Melanoma. <https://www.gbm.org>.

QUESTÃO Nº 20

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

Argumenta-se que baseado em recomendações das “Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica”, publicado na Revista Brasileira de Terapia Intensiva, esta não contempla nenhuma das alternativas expostas, pedindo, portanto a anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

A questão solicita que seja assinalada a alternativa que corresponde a uma contra-indicação ABSOLUTA relacionada ao DOADOR renal, independente se este está ou não

em morte encefálica. De acordo com dados validados de literatura internacional, são contraindicações absolutas relacionados ao renal:

- Idade abaixo de 18 anos (ou incapacidade de assinar o termo de consentimento informado);
- Hipertensão não controlada ou com lesão de órgão-alvo;
- Infecção pelo vírus HIV;
- Neoplasia ativa ou sem controle;
- Infecção aguda;
- Suspeita de coerção ao doador, ou de comércio de órgãos;
- Doença Psiquiátrica não controlada;
- Diabetes Mellitus.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Townsend CD, Beuchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston: Tratado de Cirurgia, A Base da Prática Cirúrgica Moderna. 19a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Vol I e II.

QUESTÃO Nº 21

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

O candidato relata que “a resposta de Trombólise deve ser considerada, diferente do que foi colocado no gabarito como resposta hemiocraniotomia descompressiva”. Segundo a literatura utilizada pelo recorrente, o uso do ativador do plasminogênio tecidual (rt-PA), quando administrado ao paciente nas primeiras 4 horas 30 minutos, por via intravenosa, demonstrou diminuição na incapacidade funcional no grupo que utilizou a droga em relação ao placebo, sendo, no momento, um dos principais tratamentos específicos recomendados para o tratamento na fase aguda do AVC isquêmico (nível de evidência 1A).

JUSTIFICATIVA:

A questão reporta especificamente ao infarto maligno da cerebral média e qual medida, quando usada dentro dos critérios, é a mais eficaz para reduzir a mortalidade dos pacientes abaixo de 60 anos.

O infarto cerebral hemisférico maligno tem mortalidade de 80%, apesar do tratamento conservador. Ele representa infarto de mais de 50% do território da artéria cerebral média (ACM), sendo a craniectomia descompressiva a primeira escolha para tratamento do infarto hemisférico

maligno com nível de evidência 1, para pacientes abaixo de 60 anos dentro das primeiras 48 horas do ictus.

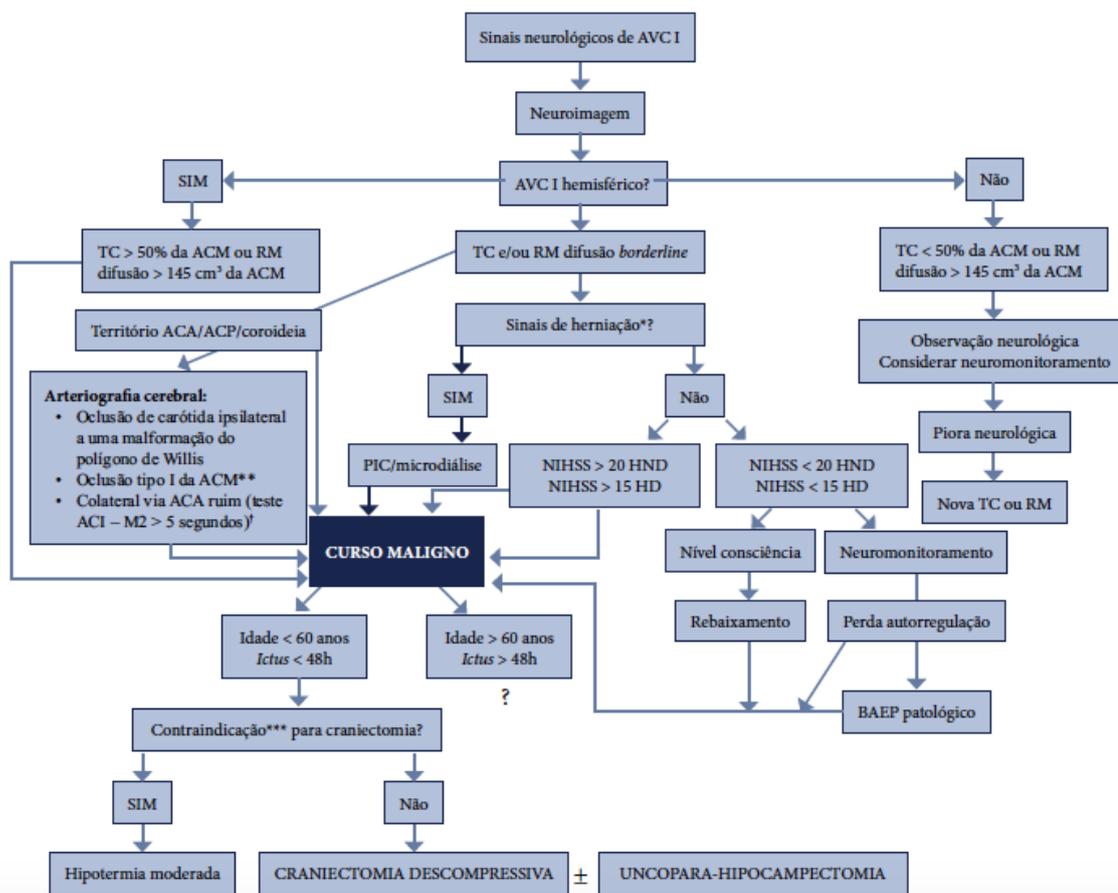


Figura 2 – Algoritmo de tratamento do infarto cerebral hemisférico baseado em evidência.

ACA: artéria cerebral anterior; ACM: artéria cerebral média; ACP: artéria cerebral posterior; AVC I: acidente vascular cerebral isquêmico; BAEP: Brainstem auditory evoked potential; HD: hemisfério dominante; HND: hemisfério não dominante; M2: segundo segmento da ACM; NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale; PIC: pressão intracraniana; RM: ressonância magnética; TC: tomografia computadorizada.

* Sinais de herniação: anisocoria ou pupilas fixas/dilatadas; decerebração contralateral à hemiplegia; TC com desvio linha média > 10 mm.

** Oclusão tipo I da ACM refere-se ao envolvimento do segmento M1 (território vascular profundo).

*** Contraindicações para craniectomia descompressiva: distúrbio coagulação não corrigível; cardiopatia severa; doença terminal; infarto bilateral de ACM ou ACA; dependência funcional prévia.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Campos WK, Guasti JAD. *Infarto cerebral hemisférico: algoritmo de tratamento baseado em evidência. Arq Bras Neurocir* 30(2): 76-83, 2011.

QUESTÃO Nº 23

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O recorrente alega que o enunciado não cita se o esquema de tratamento ou profilaxia é intrahospitalar ou ambulatorial e que “atualmente esquemas de uso da Rivaroxabana são utilizados com eficácia no tratamento e profilaxia da Trombose Venosa Profunda com segurança”.

JUSTIFICATIVA:

No caso em questão, o fato do tratamento e a profilaxia serem intrahospitalar ou ambulatorial não tem influência na escolha da droga. Trata-se de um paciente oncológico com alto risco de eventos trombóticos. Existem realmente várias pesquisas em andamento que tentam comprovar a eficácia e a segurança do uso dos novos anticoagulantes orais (NOACS) em pacientes oncológicos, porém ainda não houve consenso sobre o uso dessas drogas, sendo o tratamento *standard*, ainda, o uso de heparina de baixo peso molecular.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

1. Effectiveness and Safety of Rivaroxaban in Patients with Cancer-Associated Venous Thromboembolism Christine G. Kohn, Gary H. Lyman, Jan Beyer-Westendorf, Alex C. Spyropoulos, Thomas J. Bunz and Craig I. Coleman Blood 2017 130:3717;
2. Safe and effective use of rivaroxaban for treatment of cancer-associated venous thromboembolic disease: a prospective cohort study Simon Mantha,¹ Eva Laube,¹ Yimei Miao,¹ Debra M. Sarasohn,¹ Rekha Parameswaran,¹ Samantha Stefanik,¹ Gagandeep Brar,² Patrick Samedy,¹ Jonathan Wills,¹ Stephen Harnicar,¹ and Gerald A. Soff¹ J Thromb Thombolysis 2017; 43(2): 166-171.
3. Comparison of an Oral Factor Xa Inhibitor With Low Molecular Weight Heparin in Patients With Cancer With Venous Thromboembolism: Results of a Randomized Trial (SELECT-D) Annie M. Young, Andrea Marshall, Jenny Thirlwall, Oliver Chapman, Anand Lokare, Catherine Hill, Danielle Hale, Janet A. Dunn, Gary H. Lyman, Charles Hutchinson, Peter MacCallum, Ajay Kakkar, F.D. Richard Hobbs, Stavros Petrou, Jeremy Dale, Christopher J. Poole, Anthony Maraveyas, and Mark Levine ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2018.78.8034.

QUESTÃO Nº 26

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que segundo o UpToDate (www.uptodate.com), a encefalopatia de Wernicke também pode cursar com coma e anisocoria, e que a questão deve ser anulada por haver mais de uma resposta correta.

JUSTIFICATIVA:

O enunciado solicita qual das respostas é mais favorável à causa do coma entre pacientes com anisocoria. Apesar de achados de anisocoria em encefalopatia de Wernicke, a alternativa que indica maior favorabilidade deste sinal é Hemorragia intracraniana com herniação uncal.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Fuller, Geraint . Exame Neurológico Simplificado - 4 edição , 2011 - Di Livros

QUESTÃO Nº 28

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes.

RECURSO:

Os candidatos recorrentes alegam que a alternativa (C) a qual afirma que para o diagnóstico sorológico de doença celíaca, os exames mais indicados são anticorpos antitransglutaminase tecidual e antigliadina – Está CORRETA e não INCORRETA como foi proposto pelo enunciado.

JUSTIFICATIVA:

No caso em questão, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca, Portaria SAS/MS nº 1149, de 11 de novembro de 2015, revoga a Portaria nº 307/SAS/MS, de 17 de setembro de 2009, na página 04, parágrafo 6, lê-se:

“Em resumo, há superioridade dos testes para determinação de anticorpo antiendomísio e do TTG (transglutaminase), ambos da classe IgA, principalmente o TTG recombinante humana IgA, em relação ao teste para antigliadina. Considerando a maior facilidade da dosagem do TTG, aliado a elevadas sensibilidade e especificidade na população pediátrica e adulta, este é o teste sorológico de escolha para avaliação inicial dos indivíduos com suspeita de intolerância ao glúten”.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que os recursos são improcedentes.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença Celíaca Portaria SAS/MS nº 1149, de 11 de novembro de 2015. Revoga a Portaria nº 307/SAS/MS, de 17 de setembro de 2009.

QUESTÃO Nº 34

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

O candidato alega que a alternativa apresentada como gabarito “refere-se a indicação direta para terapia antitrombótica, porém são muitos os fatores a serem avaliados : indicações e contraindicações. Somente com os dados do nosso paciente, não seria possível dizer que o mesmo já preenche os protocolos segundo o ACLS”

JUSTIFICATIVA:

A alternativa (A) não contempla a questão pois o quadro clínico não é compatível com a apresentação do caso. A alternativa (C) não contempla porque a tomografia de crânio nas primeiras 48 horas somente descartam quadro de acidente hemorrágico. A alternativa (D) tem como parâmetro a fibrilação atrial, que pode ser uma das possíveis causadoras de AVC isquêmico. A alternativa (E) não contempla, pois o paciente esta dentro da janela terapêutica. Sendo a alternativa (B) a única correta.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management - Update 2003: The European Stroke Initiative Executive Committee and the EUSI Writing Committee. Cerebrovascular Diseases 2003; 16:311-337.

QUESTÃO Nº 37

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que segundo o ministério da saúde, a classificação operacional é aceita tanto para diagnóstico como para tratamento, pedindo assim, revisão das opções de respostas.

JUSTIFICATIVA:

O caso em questão é um caso clínico sobre Hanseníase e que descreve, tipicamente, um caso da forma Virchowiana, segundo a Classificação de Madri. Na questão não é solicitado o conhecimento acerca da Classificação operacional, que também pode ser utilizada para facilitar o diagnóstico e tratamento precoce. O candidato deve utilizar o conhecimento acerca da Classificação de Madri, que atualmente é a mais utilizada e a forma de tratamento correspondente segundo o caso clínico apresentado.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; 2016), para fins operacionais de tratamento, os doentes são classificados em paucibacilares (PB – presença de até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo, quando disponível) ou multibacilares (MB – presença de seis ou mais lesões de pele OU baciloscopia de raspado intradérmico positiva). O Brasil também utiliza essa classificação. Entretanto, alguns pacientes não apresentam lesões facilmente visíveis na pele e podem ter lesões apenas nos nervos (hanseníase primariamente neural), ou as lesões podem se tornar visíveis somente após iniciado o tratamento. Assim, para melhor compreensão e facilidade para o diagnóstico, utilizamos a classificação de Madri (1953): hanseníase indeterminada (PB), tuberculóide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB).

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância e Doenças Transmissíveis. GUIA PRÁTICO SOBRE A HANSENÍASE. Brasília, 2017.68p.

QUESTÃO Nº 38

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

O candidato recorrente alega que a questão não especifica o tempo de exposição ao frio e que as alterações mudam conforme o tempo, além do que, o gabarito refere-se às alterações somente no prolongamento do intervalo QT, porém ela também provoca aumento no PR e QRS. Existem várias manifestações da hipotermia no eletrocardiograma (ECG). Frequentemente se associa à aparição de onda J (também chamada onda de Osborne) e ao prolongamento dos intervalos PR, QRS, QT.

JUSTIFICATIVA:

No caso em questão, conforme descrito nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos, as alterações eletrocardiográficas como bradicardias, presença de entalhe final do QRS de convexidade

superior (onda J ou de Osborn) e prolongamento do intervalo QT, são altamente específicos para o diagnóstico de hipotermia¹.

Porém, outras alterações podem ser encontradas, a depender do grau de hipotermia, como arritmias atriais e ventriculares. Entretanto, essas arritmias se apresentam, comumente, com frequência cardíaca lenta (Bradycardia), por exemplo, fibrilação atrial com baixa resposta ventricular². Descreve-se na literatura que, assim como nos ritmos sinusal e juncional, a presença de uma frequência cardíaca rápida (taquicardia), quando aparece na hipotermia, é geralmente atribuível a outra condição subjacente (por exemplo, hipovolemia, sepse e assim por diante) e não primariamente à hipotermia².

A possibilidade de fibrilação ventricular, que pode ocorrer em condições de hipotermia extrema, não está bem esclarecida sua causa, e pode estar relacionado a condições associadas à parada cardíaca como, hipóxia tecidual, distúrbios ácido-base e a fatores iatrogênicos (inserção de marca-passo, mensagem cardíaca externa, administração de epinefrina endovenosa)³. Ritmo idioventricular foi descrito na literatura, em relato de caso, durante manobras de reanimação de parada cardíaca (RCP) e não foi associado, primariamente, à hipotermia, e sim a ritmo pós RCP³. A taquicardia por reentrada nodal, necessita de um substrato, que é uma dupla via nodal⁴, e não está associado a quadros de hipotermia.

Fundamentado no exposto, a alternativa (B) está errada, pois descreve encurtamento do intervalo QT (Na hipotermia, o que ocorre é prolongamento do intervalo QT). A alternativa (C) descreve taquicardia, e como mencionado, aumento da frequência cardíaca pode até ocorrer na hipotermia, mas é geralmente atribuível a outra condição subjacente (O esperado na hipotermia é bradicardia)². Nas alternativas (D) e (E), o ritmo idioventricular acelerado e a taquicardia por reentrada nodal, respectivamente, não são achados eletrocardiográficos sugestivos de hipotermia.

Dessa forma, e fundamentado na literatura e na III Diretriz Brasileira de Cardiologia sobre Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos¹, a alternativa (A) é a mais completa para caracterizar as alterações eletrocardiográficas esperadas na hipotermia, que são: Bradycardia, presença de entalhe final do QRS de convexidade superior (onda J ou de Osborn) e prolongamento do intervalo QT. Estes achados são descritos na diretriz como altamente específicos para sugerir o diagnóstico de hipotermia pelo eletrocardiograma.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

1. Pastore CA, et al. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos. Arq Bras Cardiol 2016; 106(4Supl.1):1-23.
2. Mattu A1, Brady WJ, Perron AD. Electrocardiographic manifestations of hypothermia. Am J Emerg Med. 2002 Jul;20(4):314-26.
3. Rankin AC, Rae AP: Cardiac arrhythmias during rewarming of patients with accidental hypothermia. Br Med J (Clin Res Ed) 1984;289:874-877.

4. Fernando Sabia Tallo, et al. Taquicardias supraventriculares na sala de emergência: uma revisão para o clínico. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012 nov-dez;10(6):508-12.

QUESTÃO Nº 40

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que não é possível que as assertivas I e II estejam corretas, uma vez que a adoção de uma conduta interfere diretamente na outra; que não é possível trocar a insulina NPH por insulina Detemir e Glargina ao mesmo tempo e que apenas as assertivas II e V estariam corretas. Solicita alteração do gabarito da alternativa (B) para a alternativa (E).

JUSTIFICATIVA:

As assertivas são independentes entre si, ou seja, as condutas no caso clínico, conforme o enunciado da questão, podem ser quaisquer uma das assertivas exceto a assertiva IV uma vez que a mudança da dose da levotiroxina não irá interferir, neste caso, nos episódios hipoglicêmicos do paciente. Assim sendo: ele poderá trocar a NPH pela insulina Detemir OU Trocar a insulina NPH pela Glargina OU reduzir a dose total da insulina de modo a manter a glicemia e a HbA1c temporariamente em um patamar mais elevado OU trocar a insulina regular pelos análogos Lispro, Aspart ou Glulisina. Todas estas condutas seriam aplicáveis para o caso.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

1. Insulina e Biossimilares no Tratamento de Diabetes Mellitus da Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD – Posicionamento Oficial SBD – nº 01/2018 – www.sbd.org.br.
2. Endocrinologia Clínica, Lúcio Vilar, sexta edição (2016). Editora Guanabara Koogan LTDA. Pgs 695-707.
3. American Diabetes Association, Standards of medical care in Diabetes - 2016 (Glycemic Targets). Diabetes Care, 2012; 39 (suppl 1): S 39-46.

QUESTÃO Nº 42

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes.

RECURSO:

Os recorrentes argumentam, em síntese, que:

1. segundo o Manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde, a alternativa (A) estaria correta por atribuir a elevação de proteinúria associada a gravidade da pré-eclâmpsia. Solicita-se a anulação da questão por apresentar duas alternativas corretas.
2. os critérios de creatinina sérica e oligúria não são indicação de interrupção da gestação antes das 34 semanas, solicitando assim anulação da questão e/ou alteração de gabarito para a alternativa (B).

JUSTIFICATIVA:

Quanto ao primeiro argumento, as novas orientações da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) ressaltam que os níveis de proteinúria não devem ser considerados critérios de gravidade na pré-eclâmpsia; e que Pré-eclâmpsia grave é definida como a pré-eclâmpsia associada a complicações materno-fetais que são graves o suficiente para que haja risco iminente de comprometimento materno-fetal. Portanto, a alternativa (A) é incorreta.

Quanto ao segundo argumento, as recentes recomendações da Febrasgo, para interrupção da gestação antes das 34 semanas são:

Como regra geral, 1) se a pré eclâmpsia for classificada como leve, ou seja, sem risco iminente para a saúde materna e fetal, a interrupção devera ser postergada, se possível ate a 36^a semana; 2) se a pré eclâmpsia for classificada como grave, a gravidez deverá ser interrompida.

Indicações maternas e fetais de interrupção da gestação na pré eclâmpsia grave abaixo de 34 semanas:

Síndrome HELLP, Eclâmpsia, Edema pulmonar ou saturação de O₂ < 94% , PA sem controle apesar das medicações, Cr sérica > 1,5 mg/dL ou oligúria (< 500 ml/ mL/24 h), Suspeita de DPP, RUPREMA ou início de trabalho de parto, Crescimento fetal abaixo do percentil 5, Desacelerações fetais tardias repetidas na cardiocotografia, Doppler venoso com onda A patológica, Morte fetal, Suspeita de DPP, RUPREMA ou início de trabalho de parto.

A eclâmpsia é critério de interrupção da gestação, porém NÃO se trata de um quadro de doença neurológica irreversível.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que os recursos são improcedentes.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Recomendações da Febrasgo Pré-eclâmpsia 2016 – 2019 (série nº 08, 2017)

QUESTÃO Nº 45

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

O candidato recorrente alega que a alternativa (A) estaria correta, pois a ciproterona além da metformina, ao bloquear efeitos androgênicos auxilia a ovulação.

JUSTIFICATIVA:

No caso em questão, a literatura recomenda o uso de metformina ou indutores de ovulação. Nenhuma literatura indica o uso de anticoncepcionais (ciproterona) para pacientes com desejo iminente de engravidar. A literatura citada pelo candidato se refere a pacientes que NÃO desejam engravidar.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Tratado de Ginecologia - Novak 14 edição. Pag 803.

QUESTÃO Nº 46

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

O candidato recorrente solicita a anulação da questão por apresentar duas alternativas incorretas, (A) e (E). Alega que o teste diagnóstico deve ser o TOTG 75 mg realizado entre 24 e 28 semanas, sendo a Glicemia de Jejum na primeira consulta de pré-natal apenas um teste de triagem. Utiliza como referências o Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2012) e o artigo Diabetes mellitus gestacional - enfoque nos novos critérios diagnósticos (2011).

JUSTIFICATIVA:

No caso em questão, a literatura apresentada é antiga e desatualizada, sendo as recomendações de entidades nacionais e internacionais em concordância com o uso da glicemia maior que 92, como critério diagnóstico conforme as fontes bibliográficas relacionadas abaixo.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG)

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)

Associação Americana de Diabetes (ADA)

Diabetes Care Volume 40, Supplement 1, January 2017

Consensus on Gestational Diabetes: 2017 Update, Revista Portuguesa de Diabetes. 2017; 12 (1): 24-38.

QUESTÃO Nº 55

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

O candidato recorrente alega que a alternativa (C) estaria incorreta e argumenta que o título do Coombs indireto na mãe é 1:16 e não 1:32 para indicação de investigação de anemia fetal. Usa como referência o Projeto Diretrizes - Aloimunização Rh na gestação da Federação Brasileira das associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2011.

JUSTIFICATIVA:

Na alternativa (C) afirma-se; “Avaliação da anemia fetal quando o Coombs Indireto está superior a 1/32 (Rotina na Isoimunização)”. Não foi questionado o valor mínimo para indicação do Doppler, pois existe divergência na literatura quanto ao MÍNIMO, porém, em valores maiores ou iguais a 1/32, existe indicação FORMAL do Doppler da ACM fetal. Ou seja, nestes valores, o Doppler da ACM está indicado.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Manual Técnico - Gestação de Alto Risco MS 2010

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

QUESTÃO Nº 56

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes

RECURSO:

Os candidatos recorrentes alegam que passar método progestágeno para paciente em amamentação exclusiva com 4 semanas pós-parto é categoria 2 do critério de elegibilidade da OMS de 2015. Solicitam anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

Segundo o critério de elegibilidade da OMS de 2015, é categoria 3 (Amamentação há menos de seis semanas após o parto: categoria 3. Há preocupação de que o recém-nascido possa ter risco de exposição a hormônios esteroides durante as primeiras seis semanas após o parto). Em geral, não se recomenda o uso do método a menos que outros métodos, mais adequados não estejam disponíveis ou sejam aceitáveis.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que os recursos são improcedentes.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Critério de elegibilidade da OMS de 2015.

QUESTÃO Nº 63

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O recorrente alega que as alternativas (A) e (E) estão corretas e argumenta que o modelo RCOP traz como elemento central da forma de registro do cuidado, o método SOAP. Ao longo do tempo, cada registro irá compor a história clínica do cidadão, esta, por sua vez, organizada por problema. O modelo RCOP é composto por quatro componentes, a saber: Base de Dados (Fichas e Consolidados), Lista de Problemas (Folha de Rosto), Evolução (utilizando o método SOAP) e Folha de Acompanhamento (Fichas de resumo e fluxograma).

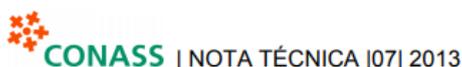
JUSTIFICATIVA:

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da atenção primária à saúde (APS), modernizando sua plataforma tecnológica com o objetivo de informatizar as unidades básicas de saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão. Pretende-se com o e-SUS AB, reduzir a carga de trabalho

empenhada na coleta, inserção, gestão e uso da informação na APS, permitindo que a coleta de dados esteja dentro das atividades já desenvolvidas pelos profissionais, e não uma atividade em separado. Dentre as principais premissas do e-SUS, destacam-se:

- Reduzir o retrabalho de coleta dados;
- Individualização do Registro;
- Produção de informação integrada;
- Cuidado centrado no indivíduo, na família e na comunidade e no território;
- Desenvolvimento orientado pelas demandas do usuário da saúde.

A partir da implementação desta estratégia, pretende-se reestruturar o atual Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), substituído gradativamente por um novo sistema de informação, o SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica. A partir do SISAB, outros sistemas com dados originados na atenção primária seriam alimentados automaticamente. Uma das principais características desse novo sistema é o registro de informações individualizadas, pois oferece ao gestor uma visão mais fidedigna das ações das equipes de saúde em relação a cada cidadão de seu território. O quadro 1 resume as principais diferenças do SISAB em relação ao SIAB:



Quadro 1. Características do SIAB e SISAB:

	SIAB	SISAB
Tipo de Registro	Consolidados	Individualizados
Tipos de Relatórios	Agregados e consolidados por equipe	Agregados por indivíduo, equipe, regiões de saúde, município, estado e nacional.
Alimentação dos Dados	Profissionais da ESF e EAB(participantes do PMAQ)	Profissionais da ESF, EAB, Consultório na Rua, Atenção Domiciliar, NASF (e Academia da Saúde)
Acompanhamento no Território	Por Famílias	Por Domicílio, Núcleos Familiares e Indivíduos
Atividades Coletivas e Reuniões	Registro restrito aos campos Atendimento em Grupo – Educação em Saúde, Procedimentos Coletivos e Reuniões (Relatório PMA2)	Registro por tipo de atividade, tema para reunião, público alvo e tipos de práticas/temas para saúde. Consolidado ou individualizado.
Relatórios Gerenciais	Limitados aos dados consolidados	Relatórios gerenciais: dinâmicos.
Indicadores	Fornecidos com base na situação de saúde do território	Fornecidos a partir da situação de saúde do território, atendimentos e acompanhamento dos indivíduos do território

Fonte: MS / SAS / DAB

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_2_2/index.php?conteudo=introdutorio/introdutorio

http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_exportacao_1.3/docs/manualExportacao_e-SUSABv1_3.pdf

<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-07-2013-e-SUS-e-SISAB.pdf>

QUESTÃO Nº 74

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que existem duas alternativas corretas (C) e (E), pois acredita que a utilização do método clínico centrado na pessoa é considerado um aspecto sócio-organizacional.

JUSTIFICATIVA:

No caso em questão, a literatura indica que aspectos sócio-organizacionais incluem aquelas “características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde, tais como horário de funcionamento em relação às características culturais e de organização do trabalho da população, a forma de marcação das consultas, as horas de disponibilidade (unidade de saúde aberta), a facilidade ou dificuldade de acesso para portadores de deficiências físicas e idosos, o tempo médio de espera para o atendimento, a linguagem e comunicação entre equipe e população, as acomodações disponibilizadas, a flexibilidade para realização de consultas de emergências, o intervalo de tempo entre a marcação e a realização da consulta, a disponibilidade da equipe de saúde para realização de visitas domiciliares, a oferta de atenção a grupo ou pessoas que não procuram espontaneamente o serviço, a realização de buscas ativas para os faltosos aos programas de atenção à saúde.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências- Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R. J. Giugliani, Michael Shmidt Duncan, Camila Giugliani.

QUESTÃO Nº 79

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes.

RECURSO:

Os candidatos recorrentes solicitam a anulação da questão e alegam que o Ministério da Saúde recomenda que a vacina contra a febre amarela seja aplicada aos 6 meses e, em áreas endêmicas aos 9 meses. Afirma ainda que “a vacina febre amarela hoje utilizada no país ainda é produzida com tecnologia 100% brasileira e desenvolvida a partir de uma estirpe viva atenuada 17DD do vírus da doença cultivada em ovos embrionados de galinha. Dose única de 0,5 mL por via subcutânea preferencialmente na parte externa da parte superior do braço e 1 reforço a cada dez anos”.

JUSTIFICATIVA:

O Ministério da Saúde passou a adotar a **dose única** da vacina contra a febre amarela para as áreas com recomendação de vacinação em todo o país. Indivíduos que já receberam pelo menos 1 (uma) dose da vacina são considerados imunes para o resto da vida, não necessitando de doses adicionais e/ou dose de reforço.

Não é mais indicado realizar 1 (uma) dose da vacina em crianças entre 6 (seis) e 8 (oito) meses de idade nos municípios com suspeita de surto. No entanto, nas crianças que já receberam 1 (uma) dose nessa faixa etária, deve-se administrar a dose prevista no Calendário Nacional de Imunizações aos 9 (nove) meses de idade, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Também não é mais necessário realizar a dose de reforço aos 4 (quatro) anos de idade.

Essa mudança foi recomendada pela Organização Mundial da Saúde em 2014, com base em dados de vigilância disponíveis. Os estudos demonstraram que as falhas na vacina são extremamente raras e não aumentam à medida que o tempo passa após a imunização. Uma única dose de vacina contra a febre amarela é suficiente para conferir imunidade e proteção ao longo da vida. Apenas o Brasil ainda aplicava duas doses da vacina.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que os recursos são improcedentes.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

1.BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre amarela**: Brasil adota dose única da vacina por recomendação da OMS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/05/05.04.2017.An%C3%BAncio%20Febre%20Amarela_portal.pdf>.

2.BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 94/2017. Orientações e indicações de dose única da vacina febre amarela. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:<http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/nota_informativa_94_1dosefebreamarela.pdf>.

3.<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/16/Nota-Informativa-n94-Dose-unica-vacina-febre-amarela.pdf>

QUESTÃO Nº 82

SITUAÇÃO: Recursos Procedentes para alteração de gabarito.

RECURSO:

Os candidatos recorrentes solicitam a anulação da questão e/ou alteração de gabarito. Alegam que as duas opções de tratamento seriam associar o LABA ao tratamento vigente (alternativa B) ou associar apenas o antileucotrieno (alternativa D).

JUSTIFICATIVA:

No caso em questão, a literatura recomenda que em crianças de 6 a 11 anos em uso de dose média de CI, ainda com persistência de sintomas (asma não controlada) a melhor opção é associar o LABA (alternativa B). A adição do antileucotrieno é feita associada ao aumento da dose do CI.

A resposta do gabarito deve ser alterada para ALTERNATIVA (B).

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

GINA. Global strategy for asthma management and prevention. Global Initiative Asthma 2017.

QUESTÃO Nº 86

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

O candidato recorrente alega que o “Golden Minute” se segue após as três perguntas que definem a vitalidade do bebê. Além disso, alega que a reanimação se inicia com o clampeamento imediato do cordão umbilical quando não tem boa vitalidade. Solicita a alteração de gabarito para a alternativa (A).

JUSTIFICATIVA:

No caso em questão, nas Diretrizes de Reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2016, evidencia-se que o “Golden Minute” é o momento em que se decide ventilar ou não o bebê após ter iniciado os passos iniciais da reanimação nos primeiros 30 segundos de vida e feita a avaliação nos 30 segundos seguintes. O clampeamento do cordão não faz parte dos passos iniciais da reanimação, que se inicia ao receber o bebê em campos aquecidos e é

conduzido à fonte de calor radiante. O clampeamento imediato, precoce, ou tardio do cordão faz parte dos cuidados de rotina, não sendo considerado um dos passos iniciais, não sendo reanimação, portanto mantém-se o gabarito.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, M. F. B. e GUINSBURG, R. Reanimação do recém-nascido = 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 2016.