

Respostas aos Recursos

Residência Médica 2020

PROVA: PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO Nº 11

SITUAÇÃO: Recurso Procedente.

RECURSO:

O recursante alega que a questão apresentaria duas respostas corretas. Argumenta que “como a assertiva não usa os termos “somente” entende-se que a vacina está indicada para portadores de vírus B e C. E pode também ser indicada para outros tipos de hepatopatia, como ocorre de fato. Porém a questão não é excludente, o que torna a alternativa A correta.”

JUSTIFICATIVA:

Visto que as hepatopatias crônicas são indicações para a realização da vacina para hepatite A, porém não apenas aquelas secundárias às hepatites B e C, como a questão faz entender, o recurso apresentado é procedente. Desta forma a questão apresenta duas alternativas CORRETAS. A bibliografia apresentada é compatível com o recurso.

A banca se manifesta pela anulação da questão.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Sociedade Brasileira de Hepatologia - Vacinação em pacientes com doença hepática crônica. Disponível em http://www.sbhepatologia.org.br/pdf/FASC_HEPATO_29_FINAL.pdf

QUESTÃO Nº 14

SITUAÇÃO: Recurso Procedente para alteração de gabarito.

RECURSO:

Um recorrente solicita alteração de gabarito para alternativa (C) e argumenta que “já é reconhecido que a depressão no idoso é um fator de risco para quedas, porém diversos estudos também apontam que queda prévia e recente também é um fator de risco importante. De acordo com estudos anexados e bibliografia, o grande preditor é a resposta apresentada na alternativa (C). Outro, solicita a anulação da questão e argumenta que “o enunciado não menciona qual das escala (EDG 15 ou EDG 30) foi utilizada para avaliação da paciente [...]sendo a letra D incorreta.”

JUSTIFICATIVA:

Tão relevante quanto à ocorrência de quedas é identificar os fatores preditores ao evento de interesse. É importante frisar que existem poucos estudos disponíveis sobre quedas na população idosa brasileira que determinam a sua incidência. Os resultados de estudos evidenciaram que queda única está associada ao maior número de doenças, pior desempenho físico de MMII e incapacidade para as AVD. Para quedas recorrentes há associação com o sexo feminino, faixa etária de 75 anos e mais, auto percepção de saúde negativa, maior número de doenças, pior desempenho físico de MMII, baixa auto eficácia para quedas e incapacidade funcional para AIVD. Apresentar melhor desempenho físico de MMII manteve-se como um fator de proteção para quedas e quedas recorrentes entre os idosos, respectivamente. Ainda em relação às quedas recorrentes, a baixa auto eficácia para quedas permaneceu como fator de risco. Assim, o recurso é procedente.

Quanto ao argumento do segundo recursante, a ausência de menção da escala utilizada não interfere na resposta da questão. Se a pontuação fosse baseada na EGD simplificada, a probabilidade seria moderada. Por outro lado, se a pontuação fosse baseada na EGD completa, a probabilidade seria baixa. Sendo assim, nenhuma das pontuações se constitui no maior preditor de quedas. O recurso para anulação da questão é improcedente.

O gabarito da questão deve ser alterado para a alternativa (C).

FONTES BIBLIOGRAFICAS:

1 – Sai AJ, Gallagher JC, Smith LM, Logsdon S. Fall predictors in the community dwelling elderly: a cross sectional and prospective cohort study. J Musculoskelet Neuronal Interact 2010; 10(2):142-15

2 - Soares WJS, Moraes SA, Ferriolli E, Perracini MP. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. Rev Bras Geriatr Gerontol 2014; 17(1):49-60

3-Gasparotto LPR, Falsarella GR, Coimbra AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol 2014; 17(1):201-209.

4- Abreu DROM, Azevedo RCS, Silva AMC, Reiners AAO, Abreu HCA. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. Cien Saude Colet 2016; 21(11):3439-3446

QUESTÃO Nº 34

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

O recursante solicita a anulação da questão, pois em seu entendimento, não haveria alternativa correta.

JUSTIFICATIVA:

Segundo o Manual de Recomendações para controle da Tuberculose no Brasil (2019- pág. 115):

Alternativa A: FALSA “O tratamento da TB em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) segue as mesmas recomendações para os não infectados, tanto na utilização dos fármacos quanto na duração total do tratamento “ .

Alternativa B: VERDADEIRA: “As reações adversas aos medicamentos antiTB são mais frequentes entre PVHIV (YEE et al., 2003), há maior frequência também de reações adversas graves com necessidade de interrupção do tratamento para TB, como no caso de hepatotoxicidade e neuropatia periférica (BREEN et al., 2006; MARKS et al., 2009; SCHUTZ et al., 2012; YEE et al., 2003). Interações medicamentosas entre os fármacos antiTB, antirretrovirais e outras medicações para infecções oportunistas são frequentes e devem ser prevenidas ou monitorada”

Alternativas (C) e (D): FALSAS: “A tuberculose é curável na quase totalidade dos casos também nessa população, porém falhas ou intercorrências ao longo do tratamento podem implicar maior risco de abandonos e óbitos.” (MARUZA et al., 2011, 2012).

“As PVHIV apresentam maior ocorrência de falha terapêutica, recidiva e de resistência aos fármacos (CRAMPIN et al., 2010; NAHID et al., 2007; SOCIETY; BLUMBERG et al, 2003), apesar de não haver distinção quanto ao manejo da falência e retratamentos (recidiva e retorno

após abandono) entre as PVHIV e os não infectados (CRAMPIN et al., 2010; GLYNN et al., 2010).”

Alternativa (E): FALSA: “Frente ao diagnóstico de TB ativa em PVHIV, há necessidade do imediato início do tratamento para tuberculose, e todas as PVHIV com TB ativa devem receber TARV, oportunamente, independentemente da contagem de LT-CD4+ (BRASIL, 2017; WHO, 2013a). A utilização do TARV resulta em notável melhora da sobrevivência, da qualidade de vida e está associada a uma redução da mortalidade em 54% a 95% (LAWN; KRANZER; WOOD, 2009).”

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

FONTES BIBLIOGRAFICAS:

BRASIL. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

QUESTÃO Nº 36

SITUAÇÃO: Recursos Procedentes.

RECURSO:

O primeiro recorrente afirma que a resposta correta seria aquela contida na alternativa (C), alegando para tanto que "os pacientes em risco de suicídio devem ser seguidos regularmente, ou seja não deve-se restringir o número de consultas; (...), tendo em vista que o nível de risco varia principalmente se a situação do paciente mudar". Além disso, registra que "o risco de suicídio aumenta nos dias e semanas iniciais após a alta da hospitalização psiquiátrica, principalmente se os pacientes perceberem que perderam um sistema de apoio terapêutico, incluindo o contato com um profissional de saúde mental". Esse risco seria "particularmente alto na primeira semana após a alta e mais de um terço de todos os suicídios, no primeiro ano após a alta hospitalar ocorrem no primeiro mês". Conclui afirmando que "quando há solicitação do paciente ao médico que o acompanhe diariamente, o profissional deve avaliar o contexto clínico atual e não restringir o número de consultas".

O segundo recorrente, semelhantemente, pleiteia a mudança do gabarito da questão em comento para a alternativa (C) ou, alternativamente, que a questão seja anulada, argumentando para tanto que "a dificuldade para conseguir atendimento quando requerido pelo paciente, pode favorecer a desesperança, facilitando o abandono do tratamento e a perda

da oportunidade de diminuir o risco de suicídio". Segue afirmando que seria "considerado não adequado impedir o acesso do paciente ao profissional de saúde, uma vez que tal imposição implica em maior risco de abandono ao tratamento e conseqüentemente concretização do suicídio".

JUSTIFICATIVA:

Inicialmente, cabe registrar que os argumentos utilizados pelo primeiro recorrente contemplam um paciente que esteve internado, mas que se encontra no período pós-alta imediato, situação que não se enquadra no quesito em comento, uma vez que o paciente ao qual o quesito se refere, situa-se em momento de acompanhamento ambulatorial e ainda não teria sido internado pelo médico assistente.

Outro equívoco do recorrente é considerar que a atitude do clínico de "deixar claro que não é aceitável que ele compareça ao seu consultório, todos os dias da semana, para ser reavaliado" seria o equivalente ou implicaria na perda, pelo doente, do sistema de apoio terapêutico ou do contato com o profissional de saúde mental. Há que se considerar o importante e imprescindível suporte familiar. A questão principal aqui não seria o número de consultas, mas o fato de o paciente solicitar ser reavaliado diariamente, consecutivamente, regularmente, num ambulatório/consultório no decorrer da semana. Existe serviço mais apropriado para a reavaliação consecutiva diária de pacientes potencialmente suicidas como os CAPS e os hospitais-dia, equipamentos públicos que foram idealizados como substitutivos à internação hospitalar. Além disso, como na questão não se trata de paciente que já foi internado, se o mesmo demanda necessariamente por esse tipo de atendimento diário, consecutivo e regular, o mais adequado para o caso em tela seria encaminhar o paciente para fazer seguimento em um hospital-dia ou CAPS. Nos casos de maior risco, internação hospitalar breve estaria formalmente indicada.

Destaca-se que "deixar claro que não é aceitável que ele compareça ao seu consultório, todos os dias da semana, para ser reavaliado" não seria dificultar a abertura a atendimento ou impedir o acesso ao profissional de saúde, mas que os atendimentos sejam disponibilizados de forma racional, visando não gerar dependência emocional da figura do profissional, possibilitar que a família exerça o seu papel de coadjuvante, através de supervisão estreita, e que o paciente tenha acesso à modalidade adequada de acompanhamento para cada momento do seguimento terapêutico.

O segundo recorrente chega a resumir tudo aquilo que foi exposto acima pelo signatário da presente resposta em seu próprio recurso:

“(...). O plano de tratamento é amplo, incluindo estratégias protetoras com participação familiar, do próprio paciente, da equipe multidisciplinar e do médico assistente, de forma individualizada a depender do quadro clínico”.

Por outro lado, Del-ben¹ (DEL-BEN, Cristina, et al., 2017) assinala que

“pacientes com ideação/planejamento suicida devem sempre ser encaminhados para reavaliação e seguimento em serviços de saúde mental. Pacientes com risco suicida considerado baixo podem ser encaminhados para seguimento em serviços extrahospitais, mas é fundamental que seja garantida a admissão rápida no serviço, com possibilidade de consultas frequentes e disponibilidade para atendimentos não agendados”.

Para Baldaçara² (2007, p. 69): “(…). É importante que o médico se encontre disponível para eventuais dúvidas e intercorrências até que o paciente se encontre engajado em seu tratamento”.

Dessa forma, considerando os enfoques evidenciados em outras bibliografias, entendemos que a alternativa (C), na forma como foi elaborada, pode dar margem à *dubiedade de interpretação*. Portanto, possibilitando a consideração de ambas as alternativas (A) e (C) como corretas.

A banca se manifesta pela anulação da questão.

FONTES BIBLIOGRAFICAS:

1 DEL-BEN, C.; SPONHOLZ-JUNIOR, A.; MANTOVANI, C.; FALEIROS, M. C.; OLIVEIRA, G.; GUAPO, V.; MARQUES, J. M. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. Medicina (Ribeirão Preto Online), v. 50, n. supl.1, p. 98-112, 4 fev. 2017.

2 BALDAÇARA, Leonardo. Comportamento Suicida. In: CORDEIRO, D.C. (Org.); BALDAÇARA, L (Org.). Emergências psiquiátricas. – São Paulo : Roca, 2007. p. 69.