



PROVA AMB, AMRIGS, ACM e AMMS 01/2022
GABARITOS DEFINITIVOS E JUSTIFICATIVAS PARA MANUTENÇÃO
OU ALTERAÇÃO DOS GABARITOS PRELIMINARES

A Associação Brasileira de Medicina, a Associação Médica do Rio Grande do Sul, a Associação Catarinense de Medicina e a Associação Médica de Mato Grosso do Sul, tornam de conhecimento público, por este Edital, os Gabaritos Definitivos das Provas Teórico-Objetivas, que ocorreram no dia **27/11/2022, DOMINGO**, no turno da **MANHÃ** e as Justificativas para Manutenção ou Alteração dos Gabaritos Preliminares.

1. GABARITOS DEFINITIVOS

AUTOAVALIAÇÃO E ACESSO DIRETO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	D	A	B	B	C	B	D	C	A	C	B	B	*	D	A	D	B	*	D

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	B	C	C	C	D	C	D	C	C	C	B	D	D	C	A	C	C	B	C

41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
B	D	C	A	D	A	A	D	D	B	D	D	A	A	C	D	C	A	A	D

61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
C	A	B	C	C	A	A	B	C	A	B	A	B	B	A	D	B	D	C	A

81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
B	D	C	D	A	B	D	D	C	C	A	*	C	A	A	B	C	B	B	B

PRÉ-REQUISITO – ANESTESIOLOGIA / ACUPUNTURA OU ANESTESIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA OU MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO OU NEUROLOGIA OU ORTOPEDIA OU PEDIATRIA OU REUMATOLOGIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	D	A	*	C	D	C	*	B	A	B	A	A	D	D	C	C	C	A	B

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
A	D	D	D	B	D	A	C	A	D

PRÉ-REQUISITO – ANESTESIOLOGIA / CIRURGIA CABEÇA PESCOÇO / CIRURGIA ONCOLÓGICA / CLÍNICA MÉDICA / GERIATRIA / MEDICINA FAMÍLIA E COMUNIDADE / MEDICINA INTENSIVA / ONCOLOGIA CLÍNICA / PEDIATRIA / MASTOLOGIA / NEFROLOGIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	D	A	*	C	D	C	*	B	A	B	A	A	D	D	C	C	C	A	B

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
A	D	D	D	B	D	A	C	A	D

**PRÉ-REQUISITO – ANGIOLOGIA / CIRURGIA VASCULAR /
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	B	B	A	A	C	D	D	B	C	B	D	A	A	D	B	A	C	B

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
C	C	C	C	D	B	C	A	C	A

PRÉ-REQUISITO – CARDIOLOGIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	C	D	B	D	A	A	B	C	C	B	A	C	D	C	D	A	D	B	A

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
B	D	A	B	C	A	C	B	C	D

PRÉ-REQUISITO – CARDIOLOGIA / CIRURGIA CARDIOVASCULAR

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	C	D	B	D	A	A	B	C	C	B	A	C	D	C	C	D	D	B	D

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
C	A	C	A	D	A	C	B	B	B

PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA BÁSICA / CIRURGIA GERAL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	C	C	D	C	C	B	D	A	C	D	B	D	C	A	B	B	A	D

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
B	A	D	C	C	B	B	A	C	D

PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA BÁSICA / CIRURGIA GERAL / OTORRINOLARINGOLOGIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	C	C	D	C	C	B	D	A	C	D	B	D	C	C	C	A	C	C

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	B	A	B	A	D	B	C	D	B

**PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO / COLOPROCTOLOGISTA /
ENDOSCOPIA / GASTROENTEROLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	D	C	D	B	A	D	B	C	D	D	A	A	C	B	C	D	A	B	B

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
A	A	D	B	A	C	A	B	C	D

PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA GERAL / CLÍNICA MÉDICA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	D	A	B	C	D	C	C	B	A	B	A	A	D	D	B	C	C	C	D

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
C	C	B	D	A	C	D	B	D	C

PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA GERAL OU PROGRAMA DE PRÉ-REQUISITO EM ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	C	C	D	C	C	B	D	A	C	D	B	D	C	A	B	B	A	D

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
B	A	D	C	C	B	B	A	C	D

PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA PLÁSTICA / ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	C	A	C	B	D	D	B	A	C	C	B	A	B	D	C	D	C	A	B

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
A	B	A	D	B	B	C	A	C	D

PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA TORÁCICA / PNEUMOLOGIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	A	D	B	D	D	A	A	C	A	B	C	D	D	C	D	A	B	B

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	D	C	B	A	B	C	B	A	C

PRÉ-REQUISITO – CLÍNICA MÉDICA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	D	A	*	C	D	C	*	B	A	B	A	A	D	D	A	B	C	D	A

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
A	B	B	D	D	B	C	C	C	C

PRÉ-REQUISITO – ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA / PEDIATRIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	D	A	A	B	C	A	*	D	B	C	B	D	A	A	D	A	A	C	B

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
B	C	B	D	A	D	D	D	A	B

PRÉ-REQUISITO – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	A	D	C	A	D	C	D	A	D	A	C	B	B	D	B	D	B	B	B

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	B	C	C	B	D	C	C	A	D

PRÉ-REQUISITO – HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA / PEDIATRIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	A	B	C	B	A	D	A	A	C	B	D	C	C	C	D	D	A	A	B

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
C	A	*	D	B	C	B	D	A	A

PRÉ-REQUISITO – HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	A	B	C	B	A	D	A	A	C	B	D	C	C	C	A	B	D	B	A

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	A	C	D	D	C	A	B	B	A

PRÉ-REQUISITO – INFECTOLOGIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	B	A	C	B	A	D	C	C	B	C	D	C	A	C	B	A	C	B	D

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	B	B	D	C	C	B	A	D	B

PRÉ-REQUISITO – MEDICINA DE EMERGÊNCIA / PEDIATRIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	D	A	A	B	C	A	*	D	B	C	B	D	A	A	C	A	A	C	A

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	B	D	B	D	C	D	B	D	C

PRÉ-REQUISITO – MEDICINA INTENSIVA / PEDIATRIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	D	A	A	B	C	A	*	D	B	C	B	D	A	A	B	D	A	C	C

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
C	B	A	B	D	A	C	D	D	B

PRÉ-REQUISITO – NEUROLOGIA / PEDIATRIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	D	A	A	B	C	A	*	D	B	C	B	D	A	A	A	D	B	B	B

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
C	D	A	C	C	D	C	B	D	D

PRÉ-REQUISITO – NUTROLOGIA / PEDIATRIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	D	A	A	B	C	A	*	D	B	C	B	D	A	A	D	A	A	C	C

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	B	C	A	B	D	C	C	D	A

PRÉ-REQUISITO – OFTALMOLOGIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	A	A	D	C	A	B	C	D	B	B	D	D	B	B	B	C	A	A	D

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
C	A	D	D	A	A	D	B	D	B

PRÉ-REQUISITO – ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	D	C	A	B	A	B	A	D	B	B	C	A	C	D	A	C	B	C	D

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
B	A	D	B	C	D	A	B	B	D

PRÉ-REQUISITO – PEDIATRIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	D	A	A	B	C	A	*	D	B	C	B	D	A	A	B	C	D	C	D

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
C	A	B	D	A	C	A	B	B	D

PRÉ-REQUISITO – PEDIATRIA / PNEUMOLOGIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	D	A	A	B	C	A	*	D	B	C	B	D	A	A	C	D	A	B	B

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	D	C	B	A	B	C	B	A	C

PRÉ-REQUISITO – PROGRAMA DE CIRURGIA BÁSICA / GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	C	C	D	C	C	B	D	A	C	D	B	D	C	B	A	D	C	A

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	C	D	A	A	A	C	B	B	D

PRÉ-REQUISITO – PSIQUIATRIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	B	D	C	B	D	A	B	A	B	C	D	D	A	C	B	B	A	C

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	A	C	B	D	A	B	C	B	D

2. JUSTIFICATIVAS PARA MANUTENÇÃO OU ALTERAÇÃO DOS GABARITOS PRELIMINARES**JUSTIFICATIVA PARA MANUTENÇÃO OU
ALTERAÇÃO DE GABARITOS PRELIMINARES**

De acordo com o Edital De Abertura Unificado N° 01/2022, que rege este Concurso Público, argumentações inconsistentes, extemporâneas, que estiverem fora das especificações estabelecidas para a interposição, que contiverem questionamentos de natureza administrativa (por exemplo, relacionados às normas previamente estipuladas em Edital) não obterão resposta da banca avaliadora e, por isso, não terão respostas publicadas na *Internet*. Não serão computadas as questões não assinaladas na grade de respostas, nem as que contiverem mais de uma *resposta*, emenda ou rasura, ainda que legível.

NÍVEL SUPERIOR

MATÉRIA: CLÍNICA MÉDICA/MEDICINA INTERNA

CARGO(S): AUTOAVALIAÇÃO, ACESSO DIRETO

QUESTÃO: 01 - MANTIDA alternativa 'B'. A questão tem por objetivo avaliar o conhecimento das formas clínicas dos quadros de dengue. A opção III informa que nem todos os casos de dengue são sintomáticos – os percentuais são estimados e variam conforme os grupos analisados – e que mesmo infectados que não apresentam sintomas ficam imunes ao sorotipo que foram infectados. A variação dos percentuais de pacientes sintomáticos não interfere na análise e na resposta da questão.

QUESTÃO: 02 - MANTIDA alternativa 'D'. Assertiva I - correta - questionam os recursos que não seria esta a única forma de imunização ativa; existem sim outras formas, como adquirir imunidade após ter passado pela doença; não se fala na questão que é exclusivamente pela vacina, sendo uma das possibilidades de ter a imunização, dentre outras. Assertiva II - correta - os recursos abordam a mesma situação; a alternativa não fala em exclusividade dos plasmas de doadores como sendo a única forma de imunização passiva.

QUESTÃO: 03 - MANTIDA alternativa 'A'. Conforme a Referência Harrison, capítulo 439, as causas são infecção por *Campylobacter jejuni* (20-30%), proporção semelhante por infecções por herpes vírus, e mais outros vírus, como HIV, hepatite e Zika; portanto, como consta na referência, a maior causa de Guillain Barre é secundária a quadros virais.

QUESTÃO: 05 - MANTIDA alternativa 'B'. A dor abdominal é característica da porfíria, conforme a alternativa b e o como diz o próprio recurso.

QUESTÃO: 06 - MANTIDA alternativa 'C'. A magnitude da elevação da amilase não tem qualquer relação com o prognóstico da pancreatite, tanto que, após firmado o diagnóstico de pancreatite não é recomendada a dosagem seriada de amilase para avaliar melhora ou piora do quadro. Incorreta primeira afirmativa.

QUESTÃO: 07 - MANTIDA alternativa 'B'. Nódulos de tireoide com TSH suprimido tem indicação de realização de Varredura da tireoide com radionuclídeos. A punção por agulha fina é indicada quando TSH normal

QUESTÃO: 08 - MANTIDA alternativa 'D'. A questão apresenta a Figura que busca que o candidato saiba identificar um paciente anisocórico. A magnitude da anisocoria da figura é feita para que não haja dúvidas quanto ao que estamos perguntando, e não a intensidade do que está causando este achado. Isso posto, as três afirmativas contem causas possíveis de anisocoria.

QUESTÃO: 09 - MANTIDA alternativa 'C'. Os macrolídeos exercem um efeito bacteriano tempo-dependente, principalmente para estreptococos, apresentando pouca influência dos altos picos de concentração na taxa de morte bacteriana.

QUESTÃO: 10 - MANTIDA alternativa 'A'. Com base na bibliografia do concurso, o gabarito está correto; na suspeita de lesão glomerular esperamos encontrar cilindros hemáticos no exame de urina.

QUESTÃO: 13 - MANTIDA alternativa 'B'. Testes fazem parte do arsenal terapêutico utilizado para se chegar a um diagnóstico.

QUESTÃO: 14 - ANULADA. No enunciado faltam dados para a correta avaliação da questão e resposta, como a CVF.

QUESTÃO: 15 - MANTIDA alternativa 'D'. A deficiência de cobalamina é um achado comum nos pacientes pós bariátricos, não havendo fator de confusão nesta afirmação. A absorção junto ao delgado está correta, visto o íleo fazer parte do intestino delgado.

QUESTÃO: 17 - MANTIDA alternativa 'D'. Conforme referência da prova, Cecil pág. 1394, o câncer testicular é o tumor sólido mais curável, com taxa de sobrevida em 10 anos superior a 95%. Conforme mesma referência, os marcadores são o beta HCG e a alfafetoproteína.

QUESTÃO: 18 - MANTIDA alternativa 'B'. Para responder à questão não há necessidade de especificar qual o tipo de choque. O vasopressor de escolha para o início do tratamento do choque é a noradrenalina. O antibiótico deve ser dado antes da estabilização do paciente, e este foi o objetivo da questão, não se esperando que ocorra o manejo e a estabilização do paciente e só após o início do antibiótico. Muitas vezes no ambiente de terapia intensiva, não se tem bem claro qual a etiologia do choque e se há suspeita de sepse deve-se iniciar antibioticoterapia o mais breve possível.

QUESTÃO: 19 - ANULADA. Devido ao contexto evidenciado pela referência Duncan, capítulo 169, abre margem para interpretações outras, relacionadas aos manuais citados DSM 5. Sendo assim, opta-se pela anulação por dupla interpretação da questão.

QUESTÃO: 20 - MANTIDA alternativa 'D'. A questão está justificada através da referência Duncan, quinta Ed, capítulo 169 páginas 1847 e 1848, mantido gabarito oficial, sendo improcedente recurso.

MATÉRIA: CIRURGIA GERAL

CARGO(S): AUTOAVALIAÇÃO, ACESSO DIRETO

QUESTÃO: 21 - MANTIDA alternativa 'A'. Recursos indeferidos, bibliografia referida em edital sustenta a resposta da prova.

QUESTÃO: 22 - MANTIDA alternativa 'B'. Mantido o gabarito em função da referência do edital manter a resposta indicada como correta na prova.

QUESTÃO: 23 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta indicada como correta consta na bibliografia referenciada em edital na prova.

QUESTÃO: 24 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta mantida devido à sustentação da bibliografia da prova.

QUESTÃO: 25 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta indicada na prova correta de acordo com a bibliografia indicada.

QUESTÃO: 29 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta correta indicada no gabarito da prova, questão mantida e sustentada pela referência.

QUESTÃO: 30 - MANTIDA alternativa 'C'. Questão mantida com o gabarito indicado devido à sustentação da bibliografia indicada.

QUESTÃO: 31 - MANTIDA alternativa 'C'. Questão mantida pela sustentação da bibliografia indicada.

QUESTÃO: 32 - MANTIDA alternativa 'B'. Gabarito indicado correto e referido pela Edição Townsend e Bab Cir. Geral.

QUESTÃO: 33 - MANTIDA alternativa 'D'. Questão mantida com o gabarito indicado pela referência que indica a correção do mesmo.

QUESTÃO: 34 - MANTIDA alternativa 'D'. Questão mantida pelo referenciamento da bibliografia.

QUESTÃO: 35 - MANTIDA alternativa 'C'. Questão mantida, resposta indicada referenciada pela literatura.

QUESTÃO: 36 - MANTIDA alternativa 'A'. Questão mantida por referenciamento correto na bibliografia.

QUESTÃO: 37 - MANTIDA alternativa 'C'. Indicadores de instabilidade adequados, conforme literatura indicada.

QUESTÃO: 38 - MANTIDA alternativa 'C'. Questão mantida, indicadores de Glasgow referenciados em bibliografia do edital referem a correção da mesma.

QUESTÃO: 40 - MANTIDA alternativa 'C'. Questão mantida, indicadores de Glasgow adequados conforme literatura.

MATÉRIA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

CARGO(S): AUTOAVALIAÇÃO, ACESSO DIRETO

QUESTÃO: 41 - MANTIDA alternativa 'B'. O UpToDate não faz parte da bibliografia recomendada. A hipertensão pulmonar é a única de alto risco. As demais são de baixo risco <1%. Referências Bibliográficas: Obstetrícia Fundamental, Rezende pág. 589.

Tabela 35.2

Risco de mortalidade materna na grávida cardiopata.

Baixo risco: < 1%	Defeito septal atrial, defeito septal ventricular, canal arterial persistente
	Doença pulmonar ou tricúspide
	Prolapso da valva mitral
	Estenose mitral leve/moderada ($\leq 1,5$ cm ²) ou NYHA classes I e II
	Doença congênita corrigida sem disfunção cardíaca residual
	Valva porcina
Médio risco: 5 a 15%	Estenose mitral com fibrilação atrial
	Estenose aórtica
	Valva mecânica
	Coarctação da aorta
	Síndrome de Marfan com aorta normal
	Cardiomiopatia periparto sem disfunção ventricular residual
	Infarto do miocárdio
Alto risco: 25 a 50%	Síndrome de Eisenmenger
	Hipertensão pulmonar
	Doença congênita complexa cianótica (tetralogia de Fallot)
	Síndrome de Marfan com envolvimento da aorta
	Qualquer doença com NYHA classes III e IV
	Cardiomiopatia periparto com disfunção ventricular residual

Fonte: NYHA, 1994.

QUESTÃO: 42 - MANTIDA alternativa 'D'. A bibliografia no Rezende é clara. Em conjunto com o Manual da FEBRASGO, com os parágrafos finais que não foram colocados no recurso, a questão fica mantida. Referência: FEBRASGO - Tratado de Obstetrícia - Ainda não está definido o limite superior de idade gestacional considerado seguro para a resolução. Em estudo clínico do tipo caso-controle⁵³ foram comparados os resultados perinatais de 137 gestantes com suspeita de RCF após 37 semanas (peso estimado pela ultrassonografia < percentil 10) e Doppler da artéria umbilical normal (PI < percentil 95 para a idade gestacional). As gestantes foram divididas em dois grupos quanto à IG de resolução: grupo I (69), entre 37 e 37 6/7 semanas e grupo II (68), igual ou acima de 38 semanas. Foram analisadas as seguintes variáveis entre os grupos: mortalidade neonatal, Apgar de 5o minuto, pH de artéria umbilical < 7,2, hipoglicemia, hipocalcemia, icterícia neonatal, sepse neonatal, admissão em UTI neonatal e necessidade de intubação orotraqueal. A idade gestacional média de nascimento para o grupo I foi de 37,3 semanas, e para o grupo II, de 39,1 semanas. O peso médio ao nascer diferiu de forma significativa entre os grupos (grupo I de 2.271 g e grupo II de 2.526 g, $p < 0,05$). Não houve nenhum caso de óbito fetal nos grupos selecionados. Com exceção da taxa de icterícia neonatal maior no grupo I ($80\% \times 54\%$, $p < 0,05$), todas as outras variáveis não apresentaram diferença significativa. Os autores concluem que o parto de fetos com suspeita de RCF com Doppler da artéria umbilical normal próximo de 40 semanas não acarretou aumento de mortalidade ou morbidade para os RNs e permitiu que atingissem maior peso e maturidade ao nascimento.

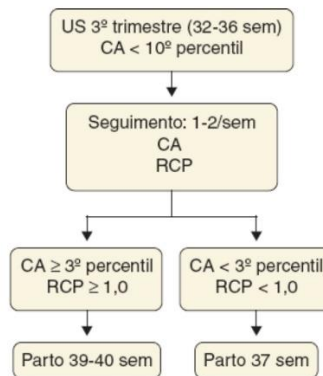


Figura 29.7 Acompanhamento fetal no crescimento intrauterino restrito placentário tardio. US, ultrassonografia; CA, circunferência abdominal; RCP, relação cérebro/placenta.

QUESTÃO: 43 - MANTIDA alternativa 'C'. Os recursos não apresentam justificativas para anular a questão ou alterar o gabarito. A anemia fetal diminui a viscosidade sanguínea fetal, causando vasodilatação periférica, aumento da contratilidade e retorno venoso fetal. Referências Bibliográficas: Obstetrícia Fundamental, Rezende pág. 545.

QUESTÃO: 44 - MANTIDA alternativa 'A'. Os recursos apresentados não justificam a anulação da questão ou a alteração do gabarito. A questão é clara, mas parece que houve dificuldade de interpretação. Uma mesma maneira de fazer a pergunta é preenchendo a lacuna com as opções:

O valor do ILA _____ é considerado como oligodrâmnio.

Logo, mesmo fazendo a ilação que o cinco compreende o valor da opção B, um valor de 7 não é considerado como oligodrâmnio, pois a opção B diz entre 5 e 8, o que significa 5,6,7 E 8 também são casos de oligodrâmnio.

Classificação do ILA: Polidrâmnio; ILA > 24 cm; Aumentado: ILA entre 18 e 24 cm; Normal: ILA de 9 a 18 cm; Diminuído: ILA entre 5 e 8 cm; Oligoâmnio: ILA < 5 cm.

Referências Bibliográficas: Tratado de Obstetrícia da Febrasgo, pág. 2354.

QUESTÃO: 45 - MANTIDA alternativa 'D'. Os recursos apresentados não apresentam justificativas para alterar o gabarito ou anular a questão. O próprio recurso apresentado revela: "em cerca de 60% das gestações com polidrâmnio estão presentes as malformações fetais, dentre elas de SNC e de tubo digestivo". Os 60% engloba malformações fetais como um capítulo e não como subitem. A seguir, afirma que apresenta subitens: malformação do SNC e malformação do tubo digestivo. Fica claro que nenhuma das opções a prova apresenta malformações fetais como um todo para a causa do polidramnio. Ao contrário, apresenta malformação do tubo digestivo, cardíaco e por hidropsia fetal não imune. Logo, as malformações fetais incluem 60% a partir de vários tipos de malformações. O próprio texto apresentado no recurso reforça o gabarito. " Em 50% dos casos de polidrâmnio, no entanto, mãe e feto são normais (polidrâmnio idiopático);" Ou seja, dentre as síndromes individuais, o idiopático é a mais comum.

Referências Bibliográficas da banca: Tratado de Obstetrícia da Febrasgo pag 1021.

QUESTÃO: 46 - ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'C' PARA ALTERNATIVA 'A'. Os recursos são adequados e justifica-se a mudança no gabarito.

QUESTÃO: 47 - ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'D' PARA ALTERNATIVA 'A'. As considerações dos recursos justificam a alteração do gabarito.

QUESTÃO: 48 - MANTIDA alternativa 'D'. Apesar do recurso apresentado pelos candidatos, não há razão para modificar o gabarito. Como colocado nos vários recursos, a presença de leucoplasia, necrose, lesão grosseira. Estas lesões têm cor diferente do rosado, por exemplo, a necrose, tem cor preta, diferente do rosado. Conforme bibliografia: O exame colposcópico é obrigatório para pacientes com suspeita de câncer invasivo precoce com base na citologia cervical e colo do útero de aparência macroscopicamente normal. Os achados colposcópicos que sugerem invasão são:

- i) vasos sanguíneos anormais,
- ii) contorno irregular da superfície com perda do epitélio superficial e
- iii) alteração do tom de cor.

Vasos sanguíneos anormais

Os vasos anormais podem ser em forma de alça, ramificados ou reticulares. Vasos anômalos anormais são o achado colposcópico mais comum e surgem dos vasos pontilhados e mosaicos presentes na NIC. À medida que o processo de crescimento neoplásico prossegue e a necessidade de oxigênio e nutrição aumenta, a angiogênese

ocorre como resultado da produção tumoral e tecidual local de fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF), fator de crescimento epidérmico (EGF), e outras citocinas, resultando na proliferação de vasos sanguíneos e neovascularização. Os vasos pontilhados se projetam sobre a superfície do epitélio de forma errática, produzindo o padrão em forma de laço, saca-rolhas ou em forma de J de vasos anormais característicos da doença invasiva. Os vasos sanguíneos anormais surgem do estroma cervical e são empurrados para a superfície à medida que o câncer subjacente invade. Os vasos estromais cervicais normalmente ramificados são mais bem observados sobre os cistos naboth. Nesta área, os galhos são geralmente em ângulos agudos, com o calibre dos vasos se tornando menor após a ramificação, bem como a arborização de uma árvore. Os vasos sanguíneos ramificados anormais vistos com câncer tendem a formar ângulos obtusos ou retos, com o calibre às vezes aumentando após a ramificação. Curvas acentuadas, dilatações e estreitamento luminal caracterizam esses vasos. O epitélio superficial pode ser perdido nestas áreas, levando ao contorno irregular da superfície e à friabilidade.

Contorno de Superfície Irregular

Padrões de superfície anormais são observados à medida que o crescimento do tumor prossegue. O epitélio da superfície ulcera à medida que as células perdem a coesão intercelular secundária à perda de desmossomos. Contorno irregular pode ocorrer como resultado das características papilares da lesão. Esse achado pode ser confundido com um crescimento papilar benigno do HPV no colo do útero. Por essa razão, as biópsias devem ser realizadas em todos os crescimentos cervicais papilares para evitar a perda de doença invasiva.

Tom de cor

O tom de cor pode mudar como resultado do aumento da vascularização, necrose epitelial da superfície e, em alguns casos, produção de queratina. O tom de cor é amarelo-alaranjado em vez do rosa esperado do epitélio escamoso intacto ou do vermelho do epitélio endocervical.

Referências Bibliográficas: Berek & Novak's gynecology / [edited by] Jonathan S. Berek. 16th edition, Philadelphia : Wolters Kluwer, 2020.

QUESTÃO: 49 - MANTIDA alternativa 'D'. As justificativas apresentadas não são suficientes para anular ou mudar o gabarito da questão. A questão é clara quando solicita avaliação pré-tratamento do carcinoma endometrial, não para investigação de rotina, portanto a colonoscopia não se justifica, conforme bibliografia do concurso:

Avaliação pré-tratamento

Confirmado o diagnóstico de carcinoma endometrial, o próximo passo é a avaliação completa da paciente para identificar a melhor e mais segura conduta para tratamento da doença. A anamnese e o exame físico completos são importantíssimos. Em geral, as pacientes com carcinoma endometrial são idosas, obesas e apresentam vários problemas clínicos, como diabetes melito e hipertensão, que complicam o tratamento cirúrgico. Qualquer sintoma anormal, como queixas vesicais ou intestinais, deve ser avaliado.

Ao exame físico, a atenção deve ser voltada para linfonodos aumentados ou de aspecto suspeito, incluindo região inguinal, massas abdominais e possíveis áreas de disseminação do câncer na pelve. Sinais de metástase a distância ou doença local avançada na pelve, como acometimento cervical macroscópico ou disseminação parametrial, podem modificar o tratamento.

É necessário fazer uma radiografia de tórax para excluir metástase pulmonar e avaliar a condição cardiorrespiratória da paciente. Outros exames pré-operatórios de rotina são eletrocardiograma, hemograma completo e contagem de plaquetas, bioquímica sérica (incluindo provas de função renal e hepática), tipagem sanguínea e fator Rh. Na maioria das pacientes com câncer de endométrio, não são necessários outros exames pré-operatórios ou de estadiamento. Exames como cistoscopia, colonoscopia, pielografia intravenosa e enema baritado não são recomendados, exceto se for indicado pelos sintomas da paciente, achados físicos ou outros exames laboratoriais.¹²³ Em pacientes com câncer de útero tipo II, a TC do abdome e da pelve pode ser considerada a fim de verificar se a cirurgia minimamente invasiva é apropriada. Em geral, a doença em estágio IV é clinicamente evidente por causa dos sintomas da paciente e do exame clínico. A ultrassonografia e a RM podem ser usadas para avaliar a invasão miometrial no pré-operatório com alto grau de exatidão.¹²⁴ Essa informação pode ser útil no planejamento do procedimento cirúrgico para identificar a necessidade de biópsia de linfonodos.

O CA125 sérico, um marcador tumoral que se encontra elevado em 80% das pacientes com câncer ovariano epitelial avançado, está aumentado na maioria das pacientes com câncer endometrial avançado ou metastático.¹²⁵ Em um estudo, 23 de 81 pacientes com doença aparentemente localizada no pré-operatório apresentavam níveis elevados de CA125. À cirurgia, 20 (87%) dessas 23 pacientes com CA125 elevado apresentavam doença extrauterina, enquanto apenas 1 de 58 pacientes com CA125 normal apresentava disseminação extrauterina da doença.¹²⁶ Outro estudo constatou que 78% das pacientes com câncer endometrial com metástase para linfonodos tinham nível elevado de CA125 no pré-operatório.¹²⁷ A dosagem pré-operatória do CA125 sérico pode ajudar a determinar a extensão do estadiamento cirúrgico e, caso esteja elevado, pode ser usado como marcador na avaliação da resposta ao tratamento subsequente.^{128,129}

Referências Bibliográficas: Berek & Novak's gynecology / [edited by] Jonathan S. Berek. 16th edition, Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.

QUESTÃO: 50 - MANTIDA alternativa 'B'. Os recursos apresentados não justificam a alteração ou a anulação da questão. O enunciado é claro com relação a "avaliação pré-tratamento do carcinoma endometrial", não sobre o rastreamento da saúde geral da paciente. A questão gramatical levantada na palavra DEVE, temo sentido de

oferecer o melhor tratamento possível. As respostas são de acordo com a bibliografia a qual transcrevo abaixo.

Avaliação pré-tratamento

Após estabelecer o diagnóstico de carcinoma endometrial, o próximo passo é avaliar a paciente minuciosamente para determinar a melhor e mais segura abordagem para o manejo da doença. Uma história completa e exame físico são de extrema importância. Pacientes com carcinoma endometrial são frequentemente idosas e obesas com uma variedade de problemas médicos, como diabetes mellitus e hipertensão, que complicam o manejo cirúrgico. Quaisquer sintomas anormais, como sintomas da bexiga ou intestinais, devem ser avaliados.

No exame físico, a atenção deve ser direcionada para linfonodos aumentados ou suspeitos, incluindo a região inguinal, massas abdominais e possíveis áreas de disseminação do câncer na pelve. Evidências de metástases à distância ou doença localmente avançada na pelve, como envolvimento cervical grosseiro ou disseminação parametrial, podem alterar a abordagem do tratamento. A radiografia de tórax deve ser realizada para excluir metástases pulmonares e avaliar o estado cardiorrespiratório do paciente. Outros estudos pré-operatórios de rotina devem incluir eletrocardiograma, hemograma completo e contagem de plaquetas, tipo sanguíneo e triagem. Outros estudos pré-operatórios ou de estadiamento não são necessários nem necessários para a maioria das pacientes com câncer de endométrio. Estudos como cistoscopia, colonoscopia, pielografia intravenosa e enema de bário não são indicados, a menos que sejam ditados pelos sintomas do paciente, achados físicos ou outros exames laboratoriais (79). A tomografia computadorizada do abdome e da pelve pode ser considerada em pacientes com câncer uterino tipo II para determinar se a cirurgia minimamente invasiva é apropriada. A doença em estágio IV geralmente é clinicamente evidente com base na sintomatologia do paciente e no exame clínico. A ultrassonografia e a ressonância magnética podem ser usadas para avaliar a invasão miometrial no pré-operatório com um grau bastante alto de precisão (80,81). Esta informação pode ser útil no planejamento do procedimento cirúrgico no que diz respeito à realização de amostragem de linfonodos. O CA125 sérico, um antígeno que está elevado no sangue de 80% das pacientes com câncer de ovário epitelial avançado, está elevado na maioria das pacientes com câncer de endométrio avançado ou metastático. Em um estudo, 78% das pacientes com câncer de endométrio com metástases linfonodais tinham um nível elevado de CA125 pré-operatório (82). A medição pré-operatória do CA125 sérico pode ajudar a determinar a extensão do estadiamento cirúrgico e, se elevado, pode ser útil como marcador tumoral na avaliação da resposta à terapia subsequente (83,84).

Referências Bibliográficas: Berek & Novak's gynecology / [edited by] Jonathan S. Berek. 16th edition, Philadelphia : Wolters Kluwer, 2020.

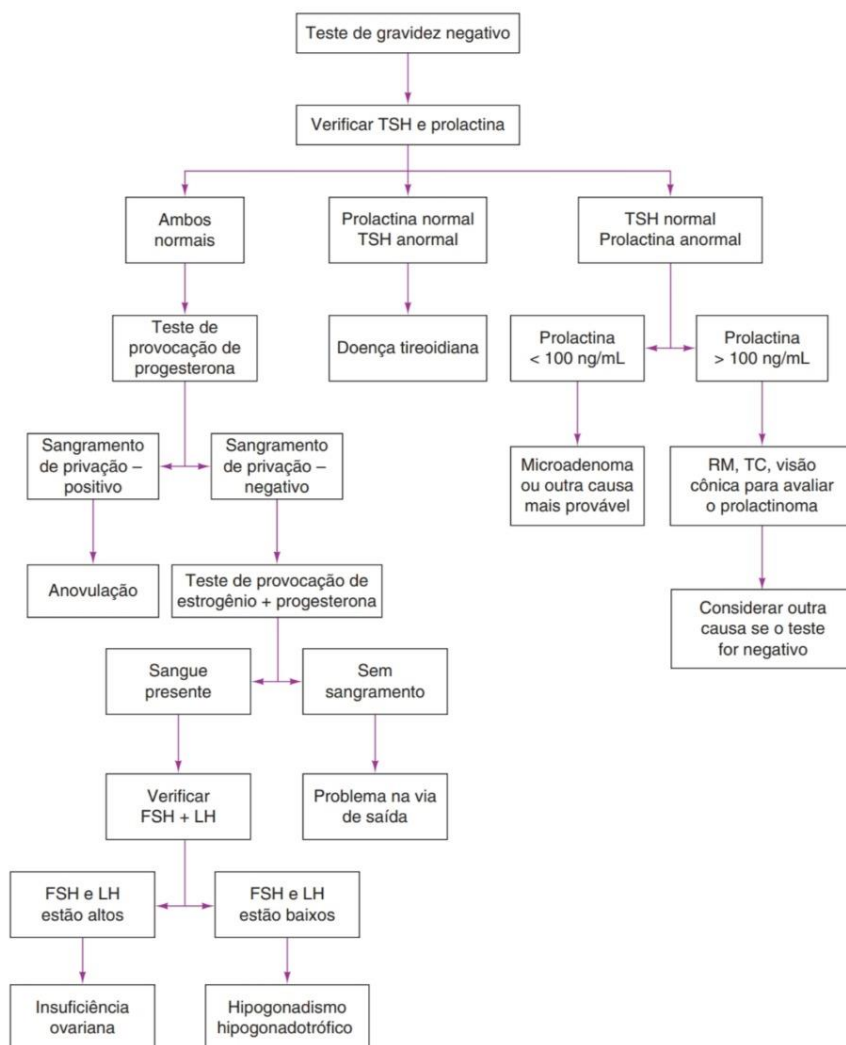
QUESTÃO: 51 - MANTIDA alternativa 'D'. Os recursos apresentados não justificam a alteração ou anulação da questão. A única medida correta solicitada foi o FSH o início do ciclo menstrual e está dentro da normalidade. A razão de um hormônio com outro deve ser realizada no mesmo dia. A solicitação de LH no 13 dia e o FSH não é uma relação na mesma época. Não existe sentido em solicitar os exames em épocas diferentes. Alguém poderia solicitar o FSH no mês de janeiro e o LH no mês de setembro para fazer a razão? Claro que não. O único teste correto foi o FSH que deve ser solicitado dentro do 2 e 4 dia do ciclo, e os valores de 5,7 mUI/ml estão dentro da normalidade, sendo que valores < 15 mUI/ml é o esperado para o normal.

QUESTÃO: 52 - MANTIDA alternativa 'D'. Os comentários dos recursos não justificam a alteração do gabarito ou a anulação da questão. Genitália sem pêlos pubianos não a torna infantil, o que é diferente de distribuição de pêlos. O candidato deve fazer uma analogia simples: se uma mulher adulta fizer uma depilação ao redor da vulva, ânus e monte pubiano a sua genitália será infantil? A resposta fica clara que não existe uma regressão da maturidade da genitália. A doença está relacionada ao cromossomo X não ao cromossomo Y.

QUESTÃO: 53 - MANTIDA alternativa 'A'. Os motivos apresentados nos recursos não justificam a alteração ou a anulação da questão. O enunciado é claro sobre a investigação paulatina. A palavra paulatina tem o significado "aos poucos". Logo não é uma questão de pedir todos os exames ao mesmo tempo. Este caso ocorreu na equipe de um dos membros da banca e tem um caráter didático para não solicitar todos os exames para pensar o que será feito depois. No caso em tela, TSH e prolactina eram normais, assim como a ressonância. A ressonância foi solicitada desnecessariamente. A bibliografia apoia a resposta:

Diagnóstico de amenorreia associada com galactorreia-hiperprolactinemia

A Figura em anexo resume a investigação diagnóstica de pacientes com galactorreia ou hiperprolactinemia. O Quadro 54-4 resume o diagnóstico diferencial de galactorreia-amenorreia. As pacientes com hipotireoidismo primário têm níveis elevados de hormônio liberador da tireotrofina (TRH). O TRH age estimulando a liberação de prolactina e pode, desse modo, levar à síndrome de galactorreia-amenorreia. O TSH também está elevado e é mais fácil de medir e, assim, é o teste de rastreamento para o hipotireoidismo. Uma vez que o hipotireoidismo é adequadamente tratado, a prolactina sérica deve ser novamente medida após a função tireoidiana ter se normalizado. Se a prolactina permanecer elevada ou estiver inicialmente mais alta do que 50-200 ng/mL, a paciente deve ser posteriormente estudada por meio da visão cônica da sela ou exame de TC ou RM da sela para excluir o microadenoma ou macroadenoma da hipófise. Uma história detalhada deve ser obtida para determinar se a hiperprolactinemia é causada pela ingestão de fármacos. A secreção de prolactina é inibida pela dopamina e estimulada pela serotonina e TRH. Qualquer fármaco que bloqueie a síntese ou ligação da dopamina irá aumentar o nível de prolactina. A prolactina é aumentada pelos agonistas da serotonina e diminuída pelos antagonistas da serotonina. O macroadenoma da hipófise deve ser descartado se os níveis de prolactina estiverem maiores do que 50-100 ng/mL, mesmo se a paciente estiver tomando fármacos que levem a níveis elevados de prolactina



▲ Figura 54-3 Esquema de avaliação para pacientes com amenorreia secundária.

QUESTÃO: 54 - MANTIDA alternativa 'A'. Os argumentos apresentados não justificam alteração ou anulação da questão. Esta questão tem um aspecto didático e introduz as atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica. Estas práticas envolvem o comportamento do médico perante o caso. É evidente que os autores dos recursos desconhecem a avaliação de competência no internato: atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica. A comunicação adequada do médico para a paciente faz parte da avaliação. Percebam que a frase do residente para a paciente está entre aspas (" "), após dois pontos (:). Isto significa que é a frase exata dita pelo residente. A palavra menometrorragia não é um termo acessível para o leigo. A resposta estaria correta, se ele(a) tivesse dito: (qualquer sangramento vaginal). Como um dos candidatos escreveu no recurso: Dentro dos critérios de confiabilidade entraria uma comunicação efetiva. O médico ao usar um termo técnico "meno/metrorragia" quebra a comunicação eficiente, e não auxilia numa melhor relação médico paciente. Logo, a conduta do médico não foi de confiabilidade. O recurso, contudo, não tem guarida, uma vez que a alternativa "a" diz que o residente NÃO demonstrou um comportamento de confiabilidade.

QUESTÃO: 56 - MANTIDA alternativa 'D'. Os recursos apresentados não apresentam justificativas para alterar ou anular a questão. O próprio recurso apresentado pelo candidato afirma que o NNT é de 12. " A conclusão do estudo é que, nas pacientes em que foi realizada a exérese dos focos de endometriose, a taxa de gestação foi maior quando comparadas àquelas em que se realizou apenas a laparoscopia diagnóstica, com um número necessário para tratar (NNT) de 12." O enunciado é claro: as assertivas que sustentam a hipótese de que existe uma relação. Não há afirmativa de causa e efeito. Conforme bibliografia da prova: Many arguments support the hypothesis that there is a causal relationship between the presence of endometriosis and infertility (175). The following factors have been reported:

1. Increased prevalence of endometriosis in infertile women (33%) when compared to women of proven fertility (4%), a reduced monthly fecundity rate (MFR) in baboons with mild to severe (spontaneous or induced)

endometriosis when compared to those with minimal endometriosis or a normal pelvis.

2. Trend toward a reduced MFR in infertile women with minimal to mild endometriosis when compared to women with unexplained infertility.
3. Endometriotic ovarian cysts that negatively affect the rate of spontaneous ovulation (176).
4. Dose–effect relationship: A negative correlation between the r-AFS stage of endometriosis and the MFR and cumulative pregnancy rate (175,177).
5. Reduced MFR and cumulative pregnancy rate after donor sperm insemination in women with minimal to mild endometriosis when compared to those with a normal pelvis.
6. Reduced MFR after husband sperm insemination in women with minimal to mild endometriosis when compared to those with a normal pelvis.
7. Reduced implantation rate per embryo after in vitro fertilization (IVF) in women with endometriosis when compared to women with tubal factor infertility (175,178).

Increased MFR and cumulative pregnancy rate after surgical removal of minimal to mild endometriosis

Referências Bibliográficas: Berek & Novak's gynecology / [edited by] Jonathan S. Berek. 16th edition, Philadelphia : Wolters Kluwer, 2020.

QUESTÃO: 57 - MANTIDA alternativa 'C'. Os argumentos apresentados não justificam alteração ou anulação da questão. Conforme a bibliografia: A insuficiência istmocervical pode ser definida como a dilatação indolor e recorrente do colo uterino, levando a perdas no segundo trimestre. Pode ser idiopática, decorrente da fraqueza estrutural do colo, ou secundária a procedimentos cirúrgicos como dilatação curetagem ou conização. Ser idiopática significa que não se sabe a causa que leva à fraqueza estrutural do colo uterino. Referências Bibliográficas: Manual de gestação de alto risco 2022, pág. 50.

QUESTÃO: 58 - MANTIDA alternativa 'A'. Os recursos apresentados não justificam a anulação da questão ou alteração do gabarito. O enunciado é claro ao informar que após as anotações do residente da cirurgia não havia outros registros, demonstrando que a paciente não havia sido avaliada pelo residente da ginecologia. O enunciado elenca as atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica. O Art. 7 do CEM diz que é vedado ao médico de deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for da sua obrigação fazê-lo, expondo a risco de vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria. A ausência de registro no prontuário é evidência que o médico não atendeu a paciente; a passagem do plantão não apresenta um comportamento confiável. O Art. 37 diz que é vedado ao médico prescrever tratamento sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nessas circunstâncias, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento. No caso em tela, não há registro de exame direto da paciente. Com relação ao tratamento. A paciente apresentava febre, dor intensa 8/9 e havia leucocitose e aumento da proteína-C. O tratamento a ser utilizado não deve ser o ambulatorial, mas para pacientes internados. O esquema proposto era ambulatorial. São indicações de tratamento internado, conforme bibliografia:

Em geral, a internação hospitalar está justificada para pacientes com doença mais grave, bem como para os seguintes casos:

- Paciente na qual não se pode excluir a possibilidade de emergência cirúrgica (p.ex., apendicite)
- Paciente grávida
- Paciente que não responderam bem ao tratamento oral ambulatorial.
- Pacientes que são incapazes de tolerar ou de aderir ao tratamento ambulatorial
- Pacientes com apresentam doença grave, náuseas, vômitos ou febre alta
- Pacientes com abscesso tubo-ovariano

No caso em tela, a paciente apresentava febre alta, o que justifica a internação com tratamento intravenoso, e não para tratamento ambulatorial.

Referências Bibliográficas: Decherney, Alan, H. et al. CURRENT ginecologia e obstetrícia: diagnóstico e tratamento. (11th edição). Grupo A, 2014.pág 737

QUESTÃO: 59 - MANTIDA alternativa 'A'. Os argumentos apresentados no recurso não são suficientes para anular a questão ou alterar o gabarito. O caso em tela se refere à classificação de STRAW. A classificação de menopausa tardia é clara e não existem dúvidas a respeito. O enunciado diz que são achados, não a definição. Amenorreia maior do que 60 dias está correto. FSH>25, AMH, inibina B estão baixas e a contagem de folículos antrais é baixa, conforme figura em anexo.

	Menarca				PMF (0)					
Estágio	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminologia	REPRODUTIVA				TRANSIÇÃO MENOPAUSAL		PÓS-MENOPAUSA			
	Inicial	Pico	Tardio		Inicial	Tardio	Inicial		Tardio	
					Perimenopausa					
Duração	Variável				Variável	1-3 anos	2 anos (1+1)	3-6 anos	Até a morte	
CRITÉRIO PRINCIPAL										
Ciclo Menstrual	Variável a regular	Regular	Regular	Alterações sutis no fluxo e comprimento	Comprimento variável Diferenças persistente ≥ 7 dias no comprimento em ciclos	Intervalo de amenorréia ≥ 60 dias				
CRITÉRIO DE SUPORTE										
Endócrino										
FSH			Baixo	Variável*	↑ Variável	↑ >25 IU/L**	↑ Variável	Estável		
AMH			Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Muito baixo		
Inibina B			Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Muito baixo		
Contagem de Folículos Antrais			Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Muito baixo	Muito baixo		
CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS										
Sintomas						Sintomas vasomotores Provável	Sintomas vasomotores Muito provável			Aumento dos sintomas de atrofia urogenital
* Coleta de sangue nos dias 2-5 do ciclo. ↑ = elevado ** Nível esperado aproximado com base em ensaios utilizando padrões internacionais atuais										

* Coleta de sangue nos dias 2-5 do ciclo. ↑ = elevado

** Nível esperado aproximado com base em ensaios utilizando padrões internacionais atuais

MATÉRIA: PEDIATRIA

CARGO(S): AUTOAVALIAÇÃO, ACESSO DIRETO

QUESTÃO: 61 - MANTIDA alternativa 'C'. O caso apresentado trata de um recém-nascido com 39 semanas de idade gestacional, filho de mãe diabética com controle glicêmico inadequado na gestação, apresenta glicemia capilar (HGT), com 2 horas de vida, de 34 mg/dl e está clinicamente assintomático.

1- Hipoglicemia transitória ocorre dentro das primeiras 2 horas de vida em RNs assintomáticos e sem fator de risco como GIG, Filho de mãe diabética, PIG ou prematuros. De modo que nem está indicado realização de HGTS nesses casos.

2- RNs com fatores de risco devem ser monitorizados e nesse caso, em especial, trata-se de um Filho de mãe diabética e mesmo estando assintomático HGT entre 30 e 39 é considerado hipoglicemia assintomática.

3- Em hipoglicemias sintomáticas, ou em hipoglicemias assintomáticas com HGTs abaixo de 30 indica-se soroterapia endovenosa com glicose.

4- Nesse caso é citado HGT 34 em RN assintomático e o tratamento de escolha mais atual, eficaz e que protege o aleitamento materno exclusivo é a dextrose gel 40% 0,5 ml/ kg massageado na mucosa oral acompanhado ou não de amamentação. Fórmula infantil se justifica apenas em centros que não tenham dextrose gel.

Dessa forma, indefiro todos os recursos solicitados.

QUESTÃO: 63 - MANTIDA alternativa 'B'. O caso apresentado trata-se de uma gestante com sífilis adequadamente tratada, pois fez uso de penicilina benzatina 7.200.000 (2.400.000 por semana, durante 3 semanas), trinta dias antes do parto e houve redução de pelo menos duas titulações do VDRL. Recursos que falam que se trata de sífilis inadequadamente tratada ou que o parceiro precisa ser tratado para se considerar sífilis adequadamente tratada não se justificam e não fazem parte das normativas mais recentes do Ministério da Saúde. Alguns recursos citam o Nelson Textbook of Pediatrics como referência, contudo no Brasil quem dita o fluxograma de tratamento é o Ministério da Saúde que baliza todas as literaturas nacionais. Muitos recursos falam que se poderia tratar o RN com penicilina procaína ambulatorialmente OU tratar com penicilina cristalina em ambiente hospitalar. Nas opções são apresentados apenas penicilina cristalina. A anulação da questão só seria justificada se houvesse 1 alternativa com penicilina procaína e outra com penicilina benzatina. Indefiro todos os recursos.

Bibliografia adicional: Domingues, Carmen Silvia Bruniera et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2021, v. 30, n. spe1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.esp1>

QUESTÃO: 64 - MANTIDA alternativa 'C'. A pergunta do enunciado pedia o provável diagnóstico. A tríade ausência de reflexo vermelho, aumento do diâmetro corneano e epífora sem secreção torna como mais provável a

suspeita de glaucoma congênito, portanto, indefiro o pedido. Bibliografia: Tratado de Pediatria 4ª versão vol. 2 – página 2270.

QUESTÃO: 65 - MANTIDA alternativa 'C'. Esta questão trata de verificar numa população que já é de risco aumentado a fazer CAD, os menores de 5 anos, qual dentre os riscos é O MAIOR de acontecer: pois a idade nessa situação foi apenas um detalhe, já que o MAIOR risco na CAD é único dentre todas as faixas etárias, e isso deveria ser de conhecimento prévio do aluno, (e especialmente nessa faixa, mas NÃO UNICAMENTE nela), que é o EDEMA CEREBRAL NO INÍCIO DO TRATAMENTO, e não após 12h, uma vez que pela literatura está claro que ele ocorre devido a fatores de risco que são iminentes ao manejo da própria CETOACIDOSE, ou seja, expansão volêmica alta, infusão de insulina (especialmente de forma intermitente) e utilização de Bicarbonato de sódio, terapias como já mencionado, NA FASE AGUDA da doença que ocorre nas primeiras horas do manejo, ou seja, aí está o risco MAIOR, conforme situado na pergunta. Corrobora com a explicação o capítulo 7 da seção 3 do vol. 1 do Tratado de Pediatria, “Cetoacidose diabética”. Na pag. 160 as citações abaixo confirmam o exposto:

“a complicação mais temida da CAD em CRIANÇAS e ADOLESCENTES é o EDEMA CEREBRAL”

“deve-se estar atento aos sinais de reconhecimento precoce do edema cerebral” e aí citam os sinais descritos na resposta correta.

“acredita-se que DURANTE O TRATAMENTO DA CAD – ou seja, nas primeiras horas da admissão - a redução da osmolaridade plasmática (...) levam ao aumento do fluxo de água para o interior das células do SNC podendo resultar em edema”.

QUESTÃO: 66 - MANTIDA alternativa 'A'. A questão 66 não faz referência a tratamentos citados no recurso, portanto esse recurso não corresponde.

QUESTÃO: 67 - MANTIDA alternativa 'A'. Essa situação de asma crítica com insuficiência respiratória HIPERCÁPNICA, evidenciada pela clínica de hipoventilação e pela gasometria com acidose respiratória, é indicação formal de ventilação artificial, notadamente de forma INVASIVA uma vez que não existe *drive* respiratório efetivo, haja vista a bradipneia do paciente associada a hipercapnia na gasometria arterial, ou seja, denota claramente uma falha VENTILATÓRIA por fadiga na asma crítica. O próximo passo a seguir após deve ser a intubação traqueal para a melhora da hipoventilação e hipercapnia. Com relação a dúvida da SatO₂ de 90%, no quadro da classificação de gravidade da asma no capítulo, de número 20 do volume 1, “Abordagem da asma aguda” do Tratado de Pediatria (pág. 244-vol.1) onde se levanta a dúvida de ser menor que 90% e não 90% o critério de asma grave, se observarem o limite de SatO₂ da ASMA MODERADA é citado ser entre 91-95%, ou seja, nos 90% já temos por consequência, ASMA GRAVE. O referido Tratado, na página 247 comenta a indicação de VM invasiva e cita a associação entre deterioração clínica e achados gasométricos de acidose respiratória como indicadores para tal, especificando não se valer apenas de valores gasométricos arbitrários. O objetivo (b) na indicação de VM invasiva nesse momento corrobora com o quadro clínico em questão, “REVERTER A FADIGA RESPIRATÓRIA”, muito bem descrita no paciente em questão pelo quadro clínico e gasométrico, devendo ter sido observado pelo aluno no momento de direcionar a melhor terapêutica, a ventilação invasiva onde a intubação traqueal com sequência rápida é também citada”. Com relação às demais alternativas, B e C estão INCORRETAS pois em um paciente hipoventilando não vai se ter efetividade em terapia inalatória, e a D está incorreta pois a pergunta é QUAL O TRATAMENTO INICIAL, nesse caso, antes de qualquer modalidade medicamentosa intravenosa, a VENTILAÇÃO é sempre prioritária.

QUESTÃO: 70 - MANTIDA alternativa 'A'. O acompanhamento do Crescimento é um dos pilares da prática de Puericultura na Pediatria. A questão testa noções básicas da avaliação e classificação do processo de crescimento infantil. Atualmente, utiliza-se como referência para o acompanhamento do crescimento as curvas da OMS, presentes na Caderneta da Criança do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde: Caderneta da Criança. 2ª ed. 2020. P.89 e 91). Em relação ao peso, considera-se como adequado para a idade quando este encontra-se entre os escores Z -2 e +2. Classifica-se como peso elevado para idade, baixo peso ou muito baixo peso para a idade quando o peso estiver, respectivamente acima do escore Z +2, entre os escores Z -2 e -3 e abaixo do escore Z -3. Em relação ao IMC, até 5 anos de idade, considera-se IMC adequado entre os escores Z -2 e +1. Quando o valor se encontrar, entre os escores Z +1 e +2, entre os escores Z +2 e +3, acima do escore Z +3, entre os escores Z -2 e -3 e abaixo do escore Z -3, classificaremos, respectivamente, risco de sobrepeso, sobrepeso, obesidade, magreza e magreza acentuada. A questão mostra uma criança, conforme as classificações propostas e vistas como medidas isoladas, apresentando peso adequado e risco de sobrepeso. Conclusão: Julga-se, improcedente o(s) recurso(s) e mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 73 - MANTIDA alternativa 'B'. A questão é referente à SEPSE em crianças. Assertiva I correta - embora a sepse possa também ter sua etiologia por vírus, fungos, protozoários, a etiologia bacteriana é a mais frequente em todas as faixas etárias; Assertiva II correta - as alterações endócrino-metabólicas e hidroeletrolíticas que ocorrem na sepse exigem intervenção. Quanto ao controle da hiperglicemia, comum na sepse, o último protocolo preconiza que se mantenham os níveis séricos de glicose abaixo de 180 mg/dL; Assertiva III incorreta - o uso de corticosteroides só tem indicação se a ressuscitação com fluidos e terapia vasopressora não foram capazes de restaurar a estabilidade hemodinâmica, ou seja, diante da suspeita de

manutenção do choque por insuficiência adrenal.

QUESTÃO: 74 - MANTIDA alternativa 'B'. Sobre a indicação de tratamento pela via parenteral em crianças com ITU, a única indicação formal existente para o uso da via parenteral é em idade inferior aos 3 meses. Nenhuma das demais alternativas é uma indicação, por si só, para a indicação da via parenteral.

QUESTÃO: 75 - MANTIDA alternativa 'A'. Saúde do escolar, conforme o enunciado da questão, ou seja, nesta faixa etária específica. A primeira e segunda assertivas são francamente corretas; A terceira assertiva é incorreta por que o Programa Saúde na Escola e o Programa Nacional de Alimentação Escolar é dirigido unicamente às escolas públicas.

QUESTÃO: 76 - MANTIDA alternativa 'D'. Questão referente ao CHOQUE séptico tem as três assertivas corretas. Assertiva I - o choque séptico se apresenta fisiopatologicamente com estes três componentes - distributivos, hipovolêmicos e cardiogênicos, sendo o único choque que possibilita a detecção de sinais precoces (choque quente) e sinais tardios (choque frio); Assertiva II - O componente distributivo é o responsável pela fase hiperdinâmica inicial e pelos sinais clínicos precoces, detectados através da diminuição da resistência vascular sistêmica e do aumento do débito cardíaco; Assertiva III - O tratamento é determinado pela evolução do quadro de insuficiência circulatória. Inicia com expansão volumétrica, necessitando frequentemente suporte hemodinâmico medicamentoso. A busca da estabilização hemodinâmica tem seu início com a fluidoterapia e as variáveis de beira de leito, juntamente com parâmetros hemodinâmicos avançados, guiarão a ressuscitação volumétrica e a categorização do choque e indicação de drogas vasoativas.

MATÉRIA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

CARGO(S): AUTOAVALIAÇÃO, ACESSO DIRETO

QUESTÃO: 81 - MANTIDA alternativa 'B'. A aplicação dos resultados de um estudo aos pacientes de um determinado médico depende da validade externa desse estudo, pois depende da presença de viés no estudo e do julgamento do médico que os seus pacientes sejam comparáveis a população-alvo do estudo. O delineamento é requisito da aplicabilidade, mas, por si só, não a define.

QUESTÃO: 82 - MANTIDA alternativa 'D'. Por conceito, a média é influenciada por valores extremos e em uma distribuição assimétrica, seja positiva ou negativa, sempre estará mais próxima da cauda longa do que a mediana. De qualquer forma, a mediana poderia ser visualizada somando-se os 20% do primeiro intervalo de dados (0 a 250 reais) com os 35% do segundo intervalo de dados (250 a 500 reais) chegando-se a conclusão de que o percentil 50 (mediana) está no intervalo de 250 a 500 reais. Além de não aparecer nas alternativas, a moda sequer pode ser calculada nessa figura, pois trata-se de um histograma, que é a forma gráfica para variáveis contínuas, onde a chance de um valor qualquer dentro da distribuição é igual a 0. O segundo intervalo de dados (250 a 500 reais) seria a moda se a variável fosse categórica, nesse caso a figura seria um gráfico de barras ao invés de um histograma.

QUESTÃO: 85 - MANTIDA alternativa 'A'. A medida sumário dos resultados do estudo é o diamante da revisão sistemática. A linha vertical representa o risco igual a 1. Quando o diamante está integralmente à esquerda da unidade ele representa que a exposição é fator de proteção ao desfecho, alternativa encontrada unicamente na alternativa A.

QUESTÃO: 87 - MANTIDA alternativa 'D'. No erro tipo II aceitamos a hipótese nula (não encontrou efeito benéfico) quando ela é falsa (o medicamento genuinamente funciona), ou seja, diz que não há diferença quando na verdade há. Resposta encontrada na alternativa D.

QUESTÃO: 88 - MANTIDA alternativa 'D'. A questão 88, como se refere no enunciado, pede para ser analisadas as assertivas em relação à Atenção Primária à Saúde (APS). Desta forma a integralidade, como um atributo da APS, é a capacidade de identificar o conjunto dos problemas de saúde dos pacientes e lidar com esses problemas, seja tratando, na maioria das situações, ou referindo, quando é do âmbito da atenção secundária ou terciária. A questão não se refere especificamente a Integralidade como princípio doutrinário do SUS, e por conseguinte, o recurso é improcedente.

QUESTÃO: 90 - MANTIDA alternativa 'C'. A atenção domiciliar se organiza sobre três modalidades de cuidados, com crescentes níveis de densidade tecnológica e de carga horária de acordo com as necessidades de saúde das pessoas sob este tipo de cuidado. O cuidado domiciliar é caracterizado por: atenção domiciliar, assistência domiciliar, atendimento domiciliar, visita domiciliar e internação domiciliar. O programa de atenção domiciliar (PAD), com pacientes internados e vinculados a hospitais demonstra que a visita domiciliar e o cuidado domiciliar

não é exclusivo das unidades básicas de saúde e poderá ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, inclusive níveis secundários e terciários, desde que se faça necessário e se tenha recursos para tal. Desta forma o recurso é improcedente.

QUESTÃO: 91 - MANTIDA alternativa 'A'. A pesquisa bacteriológica é fundamental, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento da TB. Resultados bacteriológicos positivos confirmam a tuberculose ativa em pacientes com quadro clínico sugestivo de TB e em sintomáticos respiratórios identificados através da busca ativa. Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) está indicado, para o diagnóstico de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes. A cultura é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença. A prova tuberculínica (Teste de Mantoux) deve ser interpretada como sugestiva de infecção por *M. tuberculosis*, independentemente do tempo de vacinação pela BCG. A prova tuberculínica é utilizada para diagnóstico de ILTB e pode também somente "auxiliar" no diagnóstico de tuberculose ativa em crianças (WHO, 2015). Consiste na inoculação intradérmica de um derivado protéico purificado do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune celular a esses antígenos. Não há evidências para utilização do Teste de Mantoux como método auxiliar no diagnóstico de TB pulmonar ou extrapulmonar no adulto. Uma prova tuberculínica positiva não confirma o diagnóstico de TB ativa, assim como uma prova tuberculínica negativa não o exclui. Desta forma, somente o Teste de Mantoux não se confirma tuberculose pulmonar ativa.

QUESTÃO: 92 - ANULADA. Considerando que a assertiva II apresenta dubiedade na interpretação, pois, embora esteja dentro do contexto, ela pode ser compreendida de outras formas, e ainda que a assertiva III não foi colocada nas bibliografias mencionadas pela banca, a questão 92 será anulada.

QUESTÃO: 93 - MANTIDA alternativa 'C'. O benefício da redução dos níveis pressóricos, por meio de terapia farmacológica específica, foi extensamente estudados em revisões sistemáticas e ECRs envolvendo milhares de pacientes. Estima-se que 51% dos acidentes vasculares cerebrais e 45% da mortalidade por doenças coronarianas sejam atribuídos a elevação da PAS. Logo, em pacientes hipertensos, o uso de anti-hipertensivos reduz o risco de eventos cardiovasculares, independentemente da história pregressa de doença cardiovascular (nível de evidência A). Desta forma o recurso é improcedente.

QUESTÃO: 94 - MANTIDA alternativa 'A'. A assertiva I: "A prova do laço deve ser realizada na ausência de sangramento espontâneo" está correta. A assertiva II: "O resultado da prova do laço é positivo se houver a presença de 20 ou mais petéquias em adultos, no local de pressão ou abaixo, em uma área de 2,5 cm²", também está correta. Pois para fazer o teste da prova do laço deve-se desenhar, no antebraço, um quadrado com uma área de 2,5 x 2,5 cm (2,5 cm² de área) e depois seguir estes passos: avaliar a pressão arterial da pessoa com o esfigmomanômetro; insuflar novamente o manguito do esfigmomanômetro até ao valor médio entre a pressão máxima e a mínima. A assertiva III está errada, pois as alterações laboratoriais que são encontradas: leucopenia e linfocitose (e não leucocitose e linfopenia como está no texto da prova).

QUESTÃO: 98 - ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'D' PARA ALTERNATIVA 'B'. A assertiva I: "Embora existam diversos fatores relacionados com sua etiologia, há reduzida excreção renal do ácido úrico na grande maioria dos pacientes, podendo também estar relacionada à hiperprodução e/ou a defeitos enzimáticos no metabolismo das purinas" está correta e a assertiva III: "Pode haver crise de artrite gotosa com medidas normais de ácido úrico sérico, e a maioria das pessoas com hiperuricemia nunca terá um episódio clínico resultante do seu aumento" também está correta. Porém, a assertiva II não está correta, pois a apresentação da artrite crônica da gota é assimétrica (e não simétrica, como proposta nesta afirmativa), o gabarito da exato da questão é a letra B.

QUESTÃO: 100 - MANTIDA alternativa 'B'. Primeiramente a questão 100 se refere as "demandas de saúde mental na Atenção Primária" e não necessariamente transtornos mentais (como os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais). Desta forma, o recurso se torna improcedente, pois:

A alternativa "A" está errada pois realmente não é comum que os pacientes relatem claramente suas queixas psíquicas.

A alternativa "B" está correta pois aproximadamente um terço dos sintomas relatados pelos pacientes permanecerão sem explicação médica mesmo após investigação adequada, apresentando importante associação com sofrimento mental.

A alternativa "C" está errada pois mesmo que seja imprescindível descartar exaustivamente todas as possibilidades orgânicas, não questionar aspectos psicossociais ou só pensar posteriormente, é totalmente improcedente.

A alternativa "D" está errada pois nem todas as demandas de saúde mental na APS devem ser prontamente encaminhadas para avaliação na atenção especializada.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - ANESTESIOLOGIA / ACUPUNTURA OU ANESTESIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA OU MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO OU NEUROLOGIA OU ORTOPEDIA OU PEDIATRIA OU REUMATOLOGIA

QUESTÃO: 04 - ANULADA. Havendo mais de uma alternativa correta possível - B e C, questão anulada - a letra C também está correta.

QUESTÃO: 07 - MANTIDA alternativa 'C'. Existem estudos que evidenciam que o uso de antibióticos por via inalatória é eficaz no tratamento de pneumonia em pacientes em ventilação.

QUESTÃO: 08 - ANULADA. Questão anulada por não ter alternativa correta – o ECG mostra taquicardia ventricular, não contendo alternativa com esta opção.

QUESTÃO: 13 - MANTIDA alternativa 'A'. A onda T apiculada e o intervalo QT curto são os primeiros sinais eletrocardiográficos a surgirem e outros vão surgindo quando há níveis mais elevados de potássio. O desaparecimento de onda P e prolongamento do intervalo PR são sinais eletrocardiográficos da hipocalcemia.

QUESTÃO: 18 - MANTIDA alternativa 'C'. Mantida, resposta sustentada pela bibliografia.

QUESTÃO: 21 - MANTIDA alternativa 'A'. Mantida, resposta reconhecida pela bibliografia.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - ANESTESIOLOGIA / CIRURGIA CABEÇA PESCOÇO / CIRURGIA ONCOLÓGICA / CLÍNICA MÉDICA / GERIATRIA / MEDICINA FAMÍLIA E COMUNIDADE / MEDICINA INTENSIVA / ONCOLOGIA CLÍNICA / PEDIATRIA / MASTOLOGIA / NEFROLOGIA

QUESTÃO: 04 - ANULADA. Havendo mais de uma alternativa correta possível - B e C, questão anulada - a letra C também está correta.

QUESTÃO: 08 - ANULADA. Questão anulada por não ter alternativa correta – o ECG mostra taquicardia ventricular, não contendo alternativa com esta opção.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - ANGIOLOGIA / CIRURGIA VASCULAR / RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

QUESTÃO: 15 - MANTIDA alternativa 'A'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 21 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 22 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 25 - MANTIDA alternativa 'D'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO – CARDIOLOGIA

QUESTÃO: 21 - MANTIDA alternativa 'B'. Mantida a resposta referida pela bibliografia.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - CARDIOLOGIA / CIRURGIA CARDIOVASCULAR

QUESTÃO: 19 - MANTIDA alternativa 'B'. Mantida a resposta referida pela bibliografia.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA BÁSICA / CIRURGIA GERAL

QUESTÃO: 05 - MANTIDA alternativa 'D'. Mantida, resposta referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 07 - MANTIDA alternativa 'C'. Mantida, resposta referida pela bibliografia da prova.

QUESTÃO: 08 - MANTIDA alternativa 'B'. Mantida a resposta referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 10 - MANTIDA alternativa 'A'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 14 - MANTIDA alternativa 'D'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 15 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 16 - MANTIDA alternativa 'A'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 18 - MANTIDA alternativa 'B'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 21 - MANTIDA alternativa 'B'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 22 - MANTIDA alternativa 'A'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 25 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 26 - MANTIDA alternativa 'B'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 29 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA BÁSICA / CIRURGIA GERAL / OTORRINOLARINGOLOGIA

QUESTÃO: 10 - MANTIDA alternativa 'A'. Resposta mantida referida pela bibliografia

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA GERAL OU PROGRAMA DE PRÉ-REQUISITO EM ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA

QUESTÃO: 05 - MANTIDA alternativa 'D'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 08 - MANTIDA alternativa 'B'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 10 - MANTIDA alternativa 'A'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 11 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 12 - MANTIDA alternativa 'D'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 14 - MANTIDA alternativa 'D'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 16 - MANTIDA alternativa 'A'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 17 - MANTIDA alternativa 'B'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 18 - MANTIDA alternativa 'B'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 22 - MANTIDA alternativa 'A'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 24 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 25 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 26 - MANTIDA alternativa 'B'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 29 - MANTIDA alternativa 'C'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA / ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUESTÃO: 30 - MANTIDA alternativa 'D'. Resposta mantida referida pela bibliografia

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO: 01 - MANTIDA alternativa 'C'. A alternativa diz que os níveis abaixo de 40 definem prognóstico pior; no entanto, o oposto é o correto - quanto maior o nível de enolase mais sugestivo de piores desfechos.

QUESTÃO: 02 - MANTIDA alternativa 'D'. O doente criticamente enfermo tem interações medicamentosas e sobreposição de paraefeitos das medicações, devendo, portanto, ser criterioso na manutenção e/ou suspensão das medicações de uso contínuo.

QUESTÃO: 04 - ANULADA. Havendo mais de uma alternativa correta possível - B e C, questão anulada - a letra C também está correta.

QUESTÃO: 07 - MANTIDA alternativa 'C'. O filtro bacteriano presente na traqueia inspiratória do ventilador necessita ser retirado durante a oferta de drogas inalatórias, pois a maioria dos fármacos é retida no filtro. Todos

recursos questionavam a alternativa D, no entanto a mesma é correta, conforme a própria referência utilizada no recurso.

QUESTÃO: 08 - ANULADA. Questão anulada por não ter alternativa correta - o ECG mostra taquicardia ventricular, não contendo alternativa com esta opção.

QUESTÃO: 09 - MANTIDA alternativa 'B'. O quadro clássico de disautonomia e doenças neuromusculares é encontrado na Síndrome de Guillain Barre.

QUESTÃO: 11 - MANTIDA alternativa 'B'. Assertiva I correta: Conforme o último GINA, o formoterol tem início de ação rápido. Mesmo sendo um beta-2-agonista de longa ação, está recomendado para manejo da crise de asma. Assertiva II incorreta: o montelucaste é usado como segunda opção quando não há controle somente com corticoide inalatório, que ainda é superior no controle dos sintomas. Assertiva III correta: Anticolinérgicos de longa ação podem substituir os beta-2-agonistas quando estes não são tolerados, mas sempre em associação com corticoide inalatório.

QUESTÃO: 12 - MANTIDA alternativa 'A'. Na síndrome hepatopulmonar, o gradiente alvéolo-arterial de O₂ está aumentado. Ou seja, há dificuldade nas trocas gasosas. São as principais causas de cardiomiopatia cirrótica. A síndrome hepatorenal se refere à má perfusão renal por hipotensão ou vasodilatação esplâncnica. Não há doença intrínseca renal para alterar sedimento urinário. Ao contrário do afirmado, os beta-bloqueadores não seletivos são indicados na prevenção de sangramento por varizes esofágicas e, frequentemente, esta entidade está associada à presença de ascite ou PBE.

QUESTÃO: 14 - MANTIDA alternativa 'D'. O quadro é de um caso de hiperparatireoidismo primário (HPP). A perda de massa óssea no hiperparatireoidismo é maior e mais precoce no osso cortical (fêmur, por exemplo) que do osso trabecular (em maior proporção na coluna) – alternativa A errada. A fosfatase alcalina está elevada no HPP por alto turnover ósseo (osteoblastos ativados) – alternativa B errada. Há consumo da forma inativa da vitamina D por estímulo do PTH no HPP – alternativa C errada. Há perda da função renal ao diagnóstico do HPP em grande parte dos pacientes mais velhos, e há possível desidratação pela hipercalemia, corroborando para o quadro – alternativa D é a resposta.

QUESTÃO: 21 - MANTIDA alternativa 'A'. Os opioides e os benzodiazepínicos causam bradicardia, hipotensão e bradipneia. As anfetaminas causam taquicardia, taquipneia, hipertermia, porém com pele quente e úmida além de aumento do trabalho intestinal. A descrição é de intoxicação por tricíclicos.

QUESTÃO: 23 - MANTIDA alternativa 'B'. Paciente pronado por SDRA está entubado; diferente de autoprone, onde o paciente não possui via aérea avançada.

QUESTÃO: 24 - MANTIDA alternativa 'D'. A associação entre os dois não mostrou efeito superior quando comparada com uso isolado.

QUESTÃO: 25 - MANTIDA alternativa 'D'. Com base na literatura indicada para o concurso, a alternativa está mantida; RNI 1,4 e plaquetas 52 mil não indicam profilaxia.

QUESTÃO: 26 - MANTIDA alternativa 'B'. Pacientes com intestino curto necessitam uso de terapia nutricional parenteral para suprir o aporte mínimo necessário para sobrevivência, não sendo efetiva a via enteral para tal.

QUESTÃO: 29 - MANTIDA alternativa 'C'. Baseado na bibliografia do concurso, a gravidez é contraindicação relativa para o uso de trombolítico.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA / PEDIATRIA

QUESTÃO: 08 - ANULADA. Sim houve falha e não saiu a virgula, deveria ser 0,3 e não 03.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

QUESTÃO: 13 - ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'C' PARA ALTERNATIVA 'B'. As ponderações apresentadas estão corretas.

QUESTÃO: 28 - MANTIDA alternativa 'C'. De acordo com a literatura Rezende 14a edição. Páginas 521: Biometria fetal. A CA e o PFE são as medidas mais precisas para o diagnóstico do CIR. Fala-se em CIR quando a CA ou o PFE são < 10o percentil (Figura 29.1). Quando indicada a avaliação seriada do crescimento fetal, essas medidas devem ser feitas em intervalos de 3 semanas. A literatura da FEBRASGO inclui a vitalidade fetal e o monitoramento, não sobre a precisão do diagnóstico de restrição de crescimento.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA / PEDIATRIA

QUESTÃO: 23 - ANULADA. Sim houve falha e não saiu a vírgula, deveria ser 0,3 e não 03.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO – MEDICINA INTENSIVA / PEDIATRIA

QUESTÃO: 08 - ANULADA. Sim houve falha e não saiu a vírgula, deveria ser 0,3 e não 03.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - MEDICINA DE EMERGÊNCIA / PEDIATRIA

QUESTÃO: 08 - ANULADA. Confere, o erro foi a falta da vírgula.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - NEUROLOGIA / PEDIATRIA

QUESTÃO: 08 - ANULADA. Confere, o erro foi a falta da vírgula.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - NUTROLOGIA / PEDIATRIA

QUESTÃO: 08 - ANULADA. Confere, o erro foi a falta da vírgula.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO – OFTALMOLOGIA

QUESTÃO: 12 - MANTIDA alternativa 'D'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 14 - MANTIDA alternativa 'B'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 23 - MANTIDA alternativa 'D'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 25 - MANTIDA alternativa 'A'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUESTÃO: 03 - MANTIDA alternativa 'C'. Mantida, resposta referida pela bibliografia.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO – PEDIATRIA

QUESTÃO: 02 - MANTIDA alternativa 'D'. A definição de baixa estatura está relacionada ao achado da estatura igual ou abaixo do escore Z -2. Crianças, que se encontram com estatura igual ou abaixo do escore Z-2, desviam do "padrão" de normalidade (em relação as que se encontram entre os escores Z-2 e +2), mesmo que algumas sejam consideradas normais. A baixa estatura familiar é a causa mais frequente deste desvio, conforme o Tratado de Pediatria, 5ª edição, Volume I, p. 89, referência para esse concurso. Julga-se, portanto, improcedente o recurso.

QUESTÃO: 08 - ANULADA. Confere, o erro foi a falta da vírgula.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO – PEDIATRIA/PNEUMOLOGIA

QUESTÃO: 08 - ANULADA. Confere, o erro foi a falta da vírgula.

MATÉRIA: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO(S): PRÉ-REQUISITO - PROGRAMA DE CIRURGIA BÁSICA / GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

QUESTÃO: 05 - MANTIDA alternativa 'D'. Mantida, resposta referida pela bibliografia da prova.

QUESTÃO: 10 - MANTIDA alternativa 'A'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 14 - MANTIDA alternativa 'D'. Resposta mantida referida pela bibliografia.

QUESTÃO: 25 - ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'D' PARA ALTERNATIVA 'A'. A presença de dois dos três critérios diagnósticos de SOP do Consenso de Rotterdam são suficientes para fazer o diagnóstico de SOP em mulheres adultas, após a exclusão das outras causas de hiperandrogenismo. No entanto, para adolescentes, o diagnóstico de SOP deve ser baseado em anovulação persistente e hiperandrogenismo clínico ou bioquímico. BEREK, Jonathan S. Berek & Novak: tratado de ginecologia. 16.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

QUESTÃO: 28 - ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'C' PARA ALTERNATIVA 'B'. As ponderações trazidas estão corretas. A questão terá novo gabarito.

Porto Alegre, 09 de dezembro de 2022.

Dr. Antônio Carlos Weston
Coordenador da Prova