



RECURSOS, ANÁLISES E PARECERES SOBRE QUESTÕES E GABARITO DA
PROVA ESCRITA

Senhor(a) Candidato(a),

Em atenção aos recursos impetrados e conforme os argumentos apresentados, em respeito aos termos do Edital 001/ 2021 – COREME/ UERN, a Comissão de Seleção vem respeitosamente apresentar relatório sintético das questões cujos termos e respostas foram contraditados.

Não são apresentados aqui os nomes dos impetrantes, mas se apresenta os argumentos ajuizados, dado que o objetivo é esclarecer para todos e não expor vieses e visões pessoais dos candidatos.

Abaixo encontram-se as questões, os argumentos manifestados em recursos e as respostas da Comissão de Seleção com o parecer conclusivo.

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
1	<p>Boa noite. Venho requerer anulação da questão 01, pois vemos que a mesmo não apresenta resposta correta, baseado que corticoide não apresenta resultados comprovados em diminuir mortalidade no choque séptico, o que torna a alternativa a e b incorretas. Segue trecho de artigo do jornal brasileiro:</p> <p>“Na maioria dos resultados analisados, observou-se benefício na reversão do choque após a administração de corticosteróides, mas não foi demonstrada redução na mortalidade, porém outros autores não mostraram beneficiar com respeito à sobrevivência de pacientes com choque séptico (Garza et al., 2018). As diretrizes atuais de prática clínica recomendam o uso de hidrocortisona em pacientes com choque séptico se a ressuscitação fluidica adequada e o tratamento com vasopressores não restauraram a estabilidade hemodinâmica; no entanto, as diretrizes classificam a recomendação como fraca, com base na baixa qualidade das evidências disponíveis.”</p> <p>Referência no link: https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/7179/6259. Página 4 e 5.</p>	<p>Questão 1 – Mantida</p> <p>Este novo artigo do NEJM concluiu que o tratamento de sete dias com bolus intravenoso de 50mg de hidrocortisona a cada 6 horas e uma dose diária de 50 µg fludrocortisona oral resultou em menor mortalidade no dia 90 do que placebo entre adultos com choque séptico. Observa-se que a fludrocortisona surgiu como diferencial no referido ensaio.</p> <p>Artigo: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1705716</p> <p>Referências.</p> <p>1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315:801-10. 2. Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, et al. Developing a new definition and assessing new clinical criteria for septic shock: for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315:775-87. 3. Annane D, Sharshar T. Cognitive decline after sepsis. Lancet Respir Med 2015; 3:61-9. 4. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving</p>	<p>INDEFERIDO. Gabarito mantido.</p>

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
1	<p>Obrigada pela atenção.</p> <p>A questão 01 solicita a conduta para redução de mortalidade diante de um quadro de choque séptico.</p> <p>Segundo a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da USP e o INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE (ILAS), a abordagem terapêutica para esta condição é:</p> <p>Obter acesso venoso, suplementação de oxigênio e monitorização; Ressuscitação inicial; Antibioticoterapia de amplo espectro (< 1 hora a admissão); Coletar de exames laboratoriais para a pesquisa de disfunções orgânicas (gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma); Coletar lactato e Coletar duas hemoculturas de sítios distintos.</p> <p>A Terapia vasopressora, por sua vez, SÓ É RECOMENDADA QUANDO NÃO SE ATINGE O ALVO DA PAM (pressão arterial média), APÓS A REPOSIÇÃO VOLÊMICA e o uso de Corticoterapia só é indicado quando na presença de choque refratário.(Páginas 3 e 4 do artigo" Sepse e choque séptico na emergência" e Páginas 7,8,9,10 do Protocolo ILAS)</p> <p>Dessa forma, nenhuma alternativa se encaixa nas orientações recomendadas, devendo a questão ser anulada.</p>	<p>Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med 2017;43:304-77. 5. Lilly announces withdrawal of Xigris following recent clinical trial results. Indianapolis: Eli Lilly, October 25, 2011 (https://investor.lilly.com/releasedetail2.cfm?ReleaseID=617602). 6. Sherkow JS. Patent law's reproducibility paradox. Duke Law J 2017;66:845-911. 7. Annane D. The role of ACTH and corticosteroids for sepsis and septic shock: an update. Front Endocrinol (Lausanne) 2016;7:70. 8. Annane D, Bellissant E, Bollaert PE, Briegel J, Keh D, Kupfer Y. Corticosteroids for treating sepsis. Cochrane Database Syst Rev 2015;12:CD002243. 9. Volbeda M, Wetterslev J, Glud C, Zijlstra JG, van der Horst IC, Keus F. Glucocorticosteroids for sepsis: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. Intensive Care Med 2015;41: 1220-34. 10. Bruno JJ, Dee BM, Anderegg BA, Hernandez M, Pravinkumar SE. US practitioner opinions and prescribing practices regarding corticosteroid therapy for severe sepsis and septic shock. J Crit Care 2012;27:351-61. 11. Annane D, Sébille V, Charpentier C, et al. Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. JAMA 2002;288:862-71. 12. Sprung CL, Annane D, Keh D, et al. Hydrocortisone therapy for patients with septic shock. N Engl J Med 2008;358:111-24. 13. Annane D, Buisson CB, Cariou A, et al. Design and conduct of the Activated Protein C and Corticosteroids for Human Septic Shock (APROCCHSS) trial. Ann Intensive Care 2016;6:43. 14. Annane D, Timsit JF, Megarbane B, et al. Recombinant human activated protein C for adults with septic shock: a randomized controlled trial. Am J Respir Crit Care Med 2013;187:1091-7. 15. Annane D, Bellissant E, Cavaillon JM. Septic shock. Lancet 2005;365:63-78. 16. Vincent JL, de Mendonça A, Cantraine F, et al.</p>	

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
1		<p>Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Crit Care Med 1998;26:1793-800. 17. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. Crit Care Med 2008;36:296-327. 18. Guide "100 recommandations pour la surveillance et la préventions des infections nosocomiales." Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. No. 48. November 30, 1992 (http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/1992/48/index.html). 19. Annane D, Vignon P, Renault A, et al. Norepinephrine plus dobutamine versus epinephrine alone for management of septic shock: a randomised trial. Lancet 2007;370:676-84. 20. Goodwin JE, Feng Y, Velazquez H, Sessa WC. Endothelial glucocorticoid receptor is required for protection against sepsis. Proc Natl Acad Sci U S A 2013;110: 306-11. 21. Meduri GU, Muthiah MP, Carratu P, Eltorky M, Chrousos GP. Nuclear factor-kappaB- and glucocorticoid receptor mediated mechanisms in the regulation of systemic and pulmonary inflammation during sepsis and acute respiratory distress syndrome: evidence for inflammation-induced target tissue resistance to glucocorticoids. Neuroimmunomodulation 2005; 12:321-38. 22. Keh D, Trips E, Marx G, et al. Effect of hydrocortisone on development of shock among patients with severe sepsis: the HYPRESS randomized clinical trial. JAMA 2016;316:1775-85. 23. Fadel F, André-Grégoire G, Gravez B, et al. Aldosterone and vascular mineralocorticoid receptors in murine endotoxic and human septic shock. Crit Care Med 2017;45(9):e954-e962. 24. Polito A, Hamitouche N, Ribot M, et al. Pharmacokinetics of oral fludrocortisone in septic shock. Br J Clin Pharmacol 2016; 82:1509-16.</p>	

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
2	<p>O objetivo do tratamento da hepatite C tem como objetivo controlar a progressão da doença hepática por meio da inibição da replicação viral. De forma geral, a redução da atividade inflamatória impede a evolução para cirrose e CHC74.</p> <p>Portanto, gabarito correto é a LETRA B e não a letra D (fornecida pela Banca).</p> <p>Página 40 do Protocolo do Ministério da Saúde • Secretaria de Vigilância em Saúde • Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - COLOQUEI EM ANEXO O PROTOCOLO - disponível também via: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_diretrizes_hepatite_e_viral_c_coinfecoes.pdf</p> <p>A questão solicita o objetivo do tratamento para hepatite C, conforme consta relatório de recomendação da sociedade Brasileira de Infectologia e de Hepatologia, os objetivos do tratamento são: reduzir a progressão da doença, prevenir as complicações da cirrose e reduzir o risco de carcinoma hepatocelular. Além da eficácia terapêutica, deve-se buscar também a segurança no tratamento e qualidade de vida do paciente.</p> <p>Embora saibamos que uma pequena porcentagem de pacientes possam negativar o vírus no organismo, não é isso que objetiva o tratamento essencialmente.</p>	<p>Questão 2 Gabarito Mantido</p> <p>O objetivo principal do tratamento é a erradicação do vírus, tendo como consequência aumentar a expectativa e principalmente a qualidade de vida, redução da ocorrência de complicações de doença hepática crônica e redução da transmissão do HCV, assim como evitar os desfechos primários da progressão da infecção crônica pelo VHC, como cirrose, Carcinoma Hepatocelular e óbito. A erradicação do vírus através do tratamento é constatada com resultado de HCV-RNA indetectável na 12ª ou 24ª semana de seguimento pós-tratamento, conforme regime terapêutico instituído. Esta condição caracteriza a Resposta Viroológica Sustentada (RVS). O resultado ideal é a resposta virológica sustentada, indicada pela indetectabilidade do HCV-RNA 24 semanas (em esquemas com alfapeguinterferona) ou 12 semanas (em esquemas sem alfapeguinterferona) após o tratamento. A resposta virológica sustentada deverá ser comprovada por meio da realização de HCVRNA, 12 ou 24 semanas após o término do tratamento e conforme regime terapêutico utilizado.</p> <p>Referências: BRASIL. Ministério da Saúde (CONITEC). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções: Relatório de recomendação. Janeiro, 2018. Brasil. Ministério da Saúde (CONITEC). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções: Relatório de recomendação. Março, 2017. European Association for the Study of the Liver (EASL), 50th International Liver Congress (ILC), Consenso de tratamento da Hepatite C 2015. Vienna, April 2015. Recomendações da SBH e SBI para tratamento da Hepatite C no Brasil com novos DAAs, 2015.</p>	<p>INDEFERIDO. Gabarito mantido.</p>

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
5	<p>De acordo com o novo estudo SEPSIS 3 o paciente além de apresentar diagnóstico de SEPSE, encontra-se em CHOQUE SÉPTICO de acordo com os critérios = hipotensão (PA do paciente em questão 70 x 40 mmHg associado a FC 138 bpm), necessitando de vasopressores para manter PAM \geq 65mmHg e com um nível de lactato sérico >2mmol/L (paciente em questão encontra-se com nível de lactato de 18 mg/dl, correspondente a 2 mmol de lactato serico) apesar da reposição volêmica adequada.</p> <p>Assim sendo, o gabarito mais correto para a questão é a LETRA C e não a letra A (fornecida pela banca), visto que o paciente em questão apresenta sinais de CHOQUE SÉPTICO, além da SEPSE.</p> <p>fluxograma 1 da página 09 do manual em anexo - SEPSIS 3.</p>	<p>O choque séptico é um subconjunto da sepse e é definido como a evolução do quadro do paciente com SEPSE para uma hipotensão persistente que requer o uso de drogas vasoativas para manter uma pressão arterial média (PAM) acima de 65 mmHg e um lactato sérico acima de 2 mmol/L a despeito de ressuscitação volêmica. Está associado com maior risco de mortalidade, se comparado apenas à sepse. Essa associação está relacionada com taxa de mortalidade hospitalar $> 40\%$.</p> <p>Não é possível afirmar o diagnóstico de choque séptico, pois ainda não foi realizada reposição volêmica.</p> <p>Referências:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):762–774. doi:10.1001/jama.2016.0288 • Gupta RG, Hartigan SM, Kashiouris MG, Sessler CN, Bearman GML. Early goal-directed resuscitation of patients with septic shock: current evidence and future directions. Critical Care 2015; 19:286 DOI 10.1186/s13054-015-1011-9 • Instituto Latino Americano para Estudos da Sepse. ILAS. Sepse: um problema de saúde pública [Internet]. Brasília: CFM; 2016. 90p. Available from: http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/livro-sepse-um-problema-de-saude-publicacfm-ilas.pdf 	INDEFERIDO. Gabarito mantido.

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
10	<p>A questão aborda um paciente de 45 anos, com diagnóstico de PANCREATITE AGUDA GRAVE, e pergunta quanto ao tratamento dietético inicial. De acordo com a quarta edição do UNIDADE DE EMERGENCIA: CONDUZAS EM MEDICINA DE URGÊNCIA do professor Júlio Teixeira, pela editora Atheneu, o paciente deve ser mantido em jejum por 2-3 dias (72h) e, após melhora algica e restituição do transito intestinal, é que avaliamos progredir a dieta. Portanto, o gabarito da questão seria letra C, ao invés da letra A.</p> <p>Boa noite. Gostaria de requerer anulação da questão 10, visto que também seria uma opção iniciar com dieta zero por 72 horas e após iniciar dieta por via oral. Sendo a via oral preferência em relação a via enteral, conforme aceitação do paciente. Segue trecho da diretriz nacional da terapia nutricional na pancreatite aguda: "Em pancreatite aguda leve, a TN deve ser iniciada se não há possibilidade do paciente receber alimentos por via oral após 5-7 dias5(D). Em pancreatite aguda grave, a TN deve ser iniciada tão logo haja estabilidade hemodinâmica- ca. Jejum por mais de 7 dias deve ser evitado, por piorar o catabolismo proteico e energético, induzindo à desnutrição e piorando o prognóstico da doença9(D). Recomendação Em pancreatite aguda leve, a TN só deve ser iniciada se não há possibilidade do paciente receber alimentos por via oral após 5-7 dias e, em pancreatite aguda grave, pode ser iniciada assim que houver estabilidade hemodinâmica.". Referência no link: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_na_pancreatite_aguda.pdf Página 5. Obrigada pela atenção</p>	<p>Questão 10. mantida</p> <p>Uma das questões de maior discordância quanto a abordagem terapêutica da pancreatite aguda é quando reiniciar a nutrição do paciente e qual via utilizar. O consenso mais recente do American College of Gastroenterology afirma que na pancreatite aguda leve a nutrição oral pode ser iniciada imediatamente após a resolução da dor abdominal, caso o paciente não apresente mais náuseas ou vômitos. Para este subgrupo, estudos não demonstraram diferença entre uma dieta sólida pobre em gordura ou uma dieta líquida.</p> <p>Nos casos graves, por sua vez, a recomendação mais atual é de iniciar a nutrição enteral, para prevenir o risco de complicações infecciosas, devendo a nutrição parenteral ser evitada, devido a seus riscos associados: atrofia intestinal, dificuldades de acesso central e infecção de corrente sanguínea.</p> <p>A nutrição enteral apresenta muitas propriedades favoráveis, particularmente em pacientes mantidos em jejum prolongado, com efeitos tróficos e de estímulo peristáltico na mucosa intestinal, evitando também a translocação bacteriana favorecida pelo jejum, e, conseqüentemente, fator infeccioso importante no contexto da nutrição parenteral (um de seus maiores riscos). A própria distensão e motilidade intestinal estimulada pela nutrição enteral aumenta o fluxo sanguíneo esplâncnico, favorecendo também a recuperação da função gastrointestinal.</p> <p>Fontes bibliográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • King NK, Siriwardena AK. European survey of surgical strategies for the management of severe acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2004;99(4):719-28. • McClave SA. Nutrition support in acute pancreatitis. Gastroenterol Clin North Am. 2007;36(1):65-74. • Banks PA, Freeman ML; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice 	<p>INDEFERIDO. Gabarito mantido.</p>

10		<p>guidelines in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2006.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bakker OJ, van Brunschot S, van Santvoort HC, et al; Dutch Pancreatitis Study Group. Early versus on-demand nasoenteric tube feeding in acute pancreatitis. N Engl J Med. 2014;371:1983-1993. • Al-Omran M, Albalawi ZH, Tashkandi MF, Al-Ansary LA. Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD002837 	
----	--	--	--

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
22	<p>A questão 22 pede a melhor conduta diante de um quadro de rinossinusite aguda que segundo Academia Americana de Otorrinolaringologia - Fundação de Cirurgia Cabeça e Pescoço: o tratamento deve ser inicialmente conservador com a instituição de analgésicos, corticoides nasais e lavagem com solução salina. Entretanto, SOMENTE, se houver piora dos sintomas, após sete dias do início do diagnóstico, a antibioticoterapia poderá ser iniciada. (páginas 6 e 7 do arquivo em anexo) :</p> <p>SYMPTOMATIC RELIEF OF VIRAL RHINOSINUSITIS (VRS): Clinicians may recommend analgesics, topical intranasal steroids, and/or nasal saline irrigation for symptomatic relief of VRS</p> <p>That antibiotic therapy is started if the patient's condition fails to improve by 7 days after ABRS diagnosis or if it worsens at any time.</p> <p>Dessa forma, a melhor resposta para a alternativa seria a letra C que contempla a conduta inicialmente conservadora diante do quadro clínico (Inicial)</p>	<p>APÓS 5º DIA DE SINTOMAS, CONSIDERAR POSSIBILIDADE DE COINFEÇÃO BACTERIANA, JUSTIFICANDO USO DE ANTIBIÓTICO (Diagnóstico e Tratamento da Rinossinusite, Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, 2001).</p>	<p>INDEFERIDO. Gabarito mantido.</p>

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
24	<p>A questão tem como gabarito D, que diz que o uso de telefone pode reduzir a necessidade encontros presenciais, aliviando o sistema de saúde.</p> <p>Segundo o código de ética médico, artigo 37 : Prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.</p> <p>Dessa forma, meios de comunicação, seja telefone ou redes sociais, não devem ser meio utilizado para aliviar pressão assistencial na unidade de saúde. Na saúde coletiva é essencial e insubstituível o contato médico paciente!</p>	<p>GABARITO MANTIDO (alternativa D). Justificada pela RESOLUÇÃO CFM Nº 1.643, DE 07 DE AGOSTO DE 2002 (Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina) e por LEI Nº 13.989, DE 15 DE ABRIL DE 2020 (Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)), onde ambas disciplinam o uso de tecnologias na prática médica.</p>	<p>INDEFERIDO. Gabarito mantido.</p>

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
26	<p>A questão 26 solicita relacionar a manobra de Dix Hallpike e a presença de nistagmo vertical com a patologia que apresenta essas achados no exame físico.</p> <p>Dessa forma, segundo o BrazilianJournal of Development: " A VPPB pode atingir um ou mais canais semicirculares, resultando em vários tipos de nistagmo de posição, existindo duas manobras que podem ser realizadas utilizadas para se diagnosticar a VPPB:manobra de Dix-Hallpike; e manobra de posicionamento lateral (head roll test) (páginas 1 e 6 do arquivo em anexo)</p> <p>Nesse contexto, a condição associada as manobras é a Vertigem Postural Paroxística Benigna (item A)</p> <p>Manobra de Dix Hallpike condiz com VERTIGEM DE POSICIONAMENTO PAROXÍSTICA BENIGNA - e NÃO COM TUMOR - GABARITO FORNECIDO PELA BANCA FOI LETRA B - E NO CASO A RESPOSTA CERTA É A LETRA A.</p> <p>Inclusive a VPPB foi inicialmente descrita por Bárány em 1921 e em 1952 Dix e Hallpike cunharam o termo - VIDE ANEXO NA PAGINA 1 E 4.</p> <p>GABARITO CORRETO = LETRA A</p>	Resposta certa item A	DEFERIDO. Gabarito alterado. Alternativa correta, letra "A".

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
35	<p>A questão supracitada, tornou-se ambígua gerando dificuldade de interpretação.</p> <p>Sabe-se que é convivência de fato é fator que gera conflitos e esses, devem ser inibidos visando melhores resultados na convivência de equipe. Diferenças de opinião e posicionamento quando bem entendidos geram crescimento.</p> <p>O conflito é uma situação que envolve um problema, uma dificuldade e pode resultar posteriormente em confrontos, geralmente entre duas partes ou mais, cujos interesses, valores e pensamentos observam posições absolutamente diferentes e opostas.</p>		INDEFERIDO. Gabarito mantido.

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
48	<p>De acordo com o artigo "Necrose pancreática com infecção: estado atual do tratamento", "a presença de gás junto à coleção pancreática sugere infecção da necrose, que ocorre em 40% dos casos e há ainda, alteração da imagem tomográfica, quando comparada com o exame inicial". Assim, a presença de gás no retroperitônio sugere infecção da pancreatite.</p> <p>Dessa forma, solicito alteração da resposta para a letra A ou anulação da questão</p>	<p>Em resposta aos recursos da questão 48 apresentados pelo candidato Jailson Regis Nogueira Filho, damos o INDEFERIMENTO do recurso. A questão traz em seu enunciado a suspeita de infecção pancreática(pancreatite) investigada por rotina de Rx simples de abdômen. Podem ocorrer alterações pulmonares, como derrame pleural (principalmente à esquerda), atelectasias e estertores enquanto complicações comuns da pancreatite aguda. Nos casos graves, o comprometimento pulmonar pode acarretar síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). A opção correta também é a "C" porque:</p> <p>1- No enunciado não cita sinais clínicos de Pancreatite aguda necrosante.</p> <p>2- O RX de abdômen não é o exame indicado para visualizar gás no retroperitônio.</p> <p>3- Na Pancreatite aguda necrosante, pode ser visualizado gás no retroperitônio, com o exame de TC (não no RX).</p> <p>Algumas Referencias: https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/10763 https://www.scielo.br/j/abcd/a/xYTsnzZSkB5qCgFdNjKMq7M/?format=pdf&lang=pt</p>	INDEFERIDO. Gabarito mantido.

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
65	<p>A questão 65, solicita a alternativa correta diante uma Criança de quatro meses com quadro FEBRIL que deseja vacinação.</p> <p>Segundo o ministério da saúde, no Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação, a vacina pode ser administrada diante de uma Doença aguda benigna SEM febre – quando a criança não apresenta histórico de doença grave ou infecção simples das vias respiratórias superiores, devendo ser POSTERGADAS de quadros FEBRIS (item 2.5, pag 68, do arquivo em anexo),</p> <p>Dessa forma, a alternativa correta da questão seria letra C</p> <p>No caso clínico da questão 65 temos uma criança de 4 meses, apresentando coriza hialina, febre baixa e tosse produtiva. Não temos informação sobre quando ocorreu seu último episódio febril, nem sobre o seu estado geral.</p> <p>No “Guia prático de atualizações, Boas Práticas em vacinação: evitando erros”, de maio de 2021, a Sociedade Brasileira de Pediatria, na sessão que discorre sobre a triagem do paciente a ser vacinado, informa que o paciente (ou seus responsáveis) deve ser questionado sobre a ocorrência de episódio de febre nas últimas 24h, sendo a resposta afirmativa, a vacinação não deve ocorrer naquele momento (anexo 01).</p> <p>Corroborando com a referida conduta, no “Manual de Normas e Procedimentos para vacinação”, publicado pelo do Ministério da Saúde no ano de 2014, na sessão que discorre sobre os motivos para o “Adiamento da vacinação” (parte IV, item 2, subitem 2.3) há a recomendação para que o paciente, caso apresente doença febril grave, não seja ser vacinado até resolução do quadro, para que sinais e sintomas da doença não sejam confundidos com possíveis efeitos adversos relacionados à vacina (anexo 02).</p> <p>Ainda no referido manual (parte IV, item 2, subitem 2.5), é apresentada como “falsa contra indicação”, para adiar a vacinação, uma doença aguda benigna, desde que sem febre (anexo 02), diferente do caso clínico</p>	<p>Em resposta aos recursos da questão 65 apresentados pelas candidatas Clarisse Vieira de Almeida e Cassia Lorena de Oliveira Leite Freitas, damos o INDEFERIMENTO do recurso. A questão traz o quadro de criança com coriza hialina e febre BAIXA. A referência aceita e utilizada enquanto orientação para vacinação no SUS brasileiro, inclusive enquanto treinamento de profissionais é o PNI. O que contra indica a vacinação pelo PNI(inclusive na referência trazida - “Manual de Normas e Procedimentos para vacinação”, publicado pelo do Ministério da Saúde no ano de 2014, na sessão que discorre sobre os motivos para o “Adiamento da vacinação” (parte IV, item 2, subitem 2.3), é a DOENÇA FEBRIL GRAVE. Não se considera oportuno não vacinar a criança em vigência de quadro febril leve devido a possibilidade de perda da oportunidade de vacinação e atraso do calendário.</p>	<p>INDEFERIDO. Gabarito mantido.</p>

65	<p>descrito na questão, no qual fica claramente demonstrada a existência de febre, ou seja, há empecilho para a vacinação. Portanto, alicerçado pela documentação utilizada como referência, fica claro que a ocorrência de febre, independente da sua graduação, é um sinal determinante para adiar a vacinação. Diante do exposto, requiro a r. banca examinadora a consideração dos fatos acima apresentados para mudança do gabarito da Questão 65, a fim de que seja considerada correta a alternativa "c".</p>		
----	--	--	--

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
83	<p>A questão 83 solicita a assertiva INCORRETA sobre o tema "dor pélvica crônica".</p> <p>O item "A" refere que a dor crônica é caracterizada por uma dor com duração mínima de 66 (sessenta e seis) meses.</p> <p>Alternativa esta caracterizada como correta, segundo o gabarito liberado. Entretanto, segundo o colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia a dor pélvica crônica é caracterizada por uma dor de no mínimo 06 meses, e não de 66 (sessenta e seis meses), como liberado no gabarito. Segue citação comprobatória : The American College of Obstetricians and Gynecologists and the ReVITALize data definitions initiative define chronic pelvic pain as "pain symptoms perceived to originate from pelvic organs/structures typically lasting more than 6 months. (página 01 do arquivo em anexo)</p> <p>Desta forma a questão 83 teria duas respostas cabíveis de serem selecionadas a "A" e a "C", solicito, portanto, correção do gabarito</p>	Recurso acatado.	DEFERIDO. Questão anulada.

QUESTÃO	RECURSOS	RESPOSTA	PARECER
89	<p>Venho requerer a anulação de questão 89, pois apresenta duas alternativas compatíveis com a resposta. A alternativa A, como dado no gabarito e a alternativa C. A alternativa C fala que o DIU deve ser inserido no pós parto dentro dos primeiros 10 minutos ou após 6 a 8 semanas do pós parto. Porém, pelos critérios de elegibilidade do ministério da saúde, orienta inserção nas primeiras 48 horas (preferência nos 10 minutos iniciais) ou após 4 a 6 semanas pós parto e não 4 a 8 semanas.</p> <p>Segue abaixo o citado no manual do ministério da saúde.</p> <p>”A inserção do DIU com cobre no pós-parto pode ser a qualquer momento até completar 48 horas, mas, de forma prioritária, a inserção deve ser imediata (até 10 minutos pós-dequitação), pois a taxa de expulsão é menor^{7,17}. Após o período de 48 horas, deve-se esperar de quatro a seis semanas para realizar a inserção. Tendo em vista a segurança do dispositivo no puerpério imediato, justifica-se a oferta de informações amplas sobre saúde sexual e reprodutiva e de inserção do DIU com cobre, caso seja da escolha da mulher, antes da alta hospitalar, respeitando os critérios de elegibilidade da OMS para o método⁷.”</p> <p>As referências se encontram no link abaixo parágrafo 2 da página 21. Segue o link para acesso ao manual: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_di_u_08_2018.pdf</p>	Recursos acatados.	DEFERIDO. Questão anulada.
	<p>Em relação ao DIU, sobre seu período de inserção pós-parto, de acordo com a Febrasgo, pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto. Passado este período deve-se aguardar, pelo menos, 4 (quatro) semanas.</p> <p>Portanto, letra C também está incorreta.</p> <p>Solicito anulação da questão.</p>		

Atenciosamente,

A Comissão de Seleção