RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

ACESSO DIRETO (101 a 119)

Questão	CLÍNICA MÉDICA
02	A questão descreve um paciente com quadro de lesão hipocrômica com redução da sensibilidade tátil e térmica, associada a espessamento de nervo ulnar. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é hanseníase, em sua forma paucibacilar. De acordo com a referência do concurso (Harrison`s Principles of Internal Medicine - 2022), o tratamento de primeira linha é com Rifampicina e Dapsona por 6 meses. O manual do Ministério da Saúde, além de não ser a referência do concurso, não prevê tratamento de 12 meses para a forma paucibacilar.
03	O caso descreve uma paciente em pós-operatório de cirurgia abdominal de grande porte, que evolui com tromboembolismo pulmonar maciço, definido pela presença de instabilidade hemodinâmica. Nesses casos, a conduta de primeira linha, salvo contraindicação, é a trombólise endovenosa com alteplase. Entretanto, a realização de cirurgia de grande porte recentemente é considerada contraindicação relativa à trombólise endovenosa. Nesses casos, o risco-benefício da intervenção deve ser levado em consideração e, caso possível, deve-se optar por procedimentos de menor risco, como a embolectomia mecânica por cateter.
05	O caso descreve um paciente jovem, sem comorbidades, com derrame pleural exsudativo (de acordo com os critérios de Light). As principais causas de derrame pleural exsudativo, na prática clínica, são tuberculose pleural, neoplasia e pneumonia bacteriana. A cronicidade do quadro descarta pneumonia bacteriana e a história epidemiológica (idade e ausência de sintomas associados) é mais sugestiva de tuberculose pleural como principal hipótese. Nesse caso, a dosagem de adenosina deaminase no líquido pleural apresenta alto valor diagnóstico.
12	É um caso típico de amiloidose numa mulher de 80 anos, com uma única manifestação o envolvimento miocárdico. O diagnóstico mais provável, pela grande frequência absoluta nessa faixa etária, é a amiloidosesenil. A amiloidose AL é em geral, secundária a uma neoplasia sistêmica, que cursa com mieloma múltiplo e nesse caso apresentado não existe história de nada prévio, como lombalgia, emagrecimento, anemia e dor óssea. É muito mais rara que a amiloidose senil. Com isso, o achado mais precoce na amiloidose senil é o acometimento das paredes cardíacas, poupando o ápice do coração, sendo, portanto, a única opção inadequada. Harrison pag. 880
15	É um homem obeso de 45 anos, que vem ganhando peso e com uma história típica de refluxo gastro-esofágico. A endoscopia digestiva no caso não está indicada, por não ter nenhum sinal de alarme e ter menos de 60 anos. O mais importante nesse caso é iniciar inibidor de bomba de prótons e perder peso. Não tem indicação de endoscopia digestiva nessa fase da doença. Harrison pag. 296
16	É uma diarreia aguda invasiva com febre, muco, pus e sangue nas fezes, com leucocitose e queda do estado geral num paciente idoso. O paciente deve ser internado, sendo obrigatório a colheita da coprocultura, devendo iniciar antibióticos e antitérmicos. A melhor opção de antibiótico é uma quinolona, sendo o metronidazol uma opção de segunda linha e nesse caso não se deve fazer drogas antiperistalse porque tendem a agravar o quadro. A colheita de hemocultura é uma opção a mais, mas o que é obrigatório é a coprocultura, já que o foco é intestinal, sendo portanto, a melhor opção de resposta. Harrison pag. 301 e 302
17	É um caso de tuberculose meníngea num paciente HIV e a lógica, sendo um caso de HIV sem grave imunodeficiência, que se aguarde o tratamento do HIV para evitar grande resposta inflamatória e evitar interação de drogas. Com isso, devemos pelo menos aguardar a retirada de duas drogas (pirazinamida e etambutol) após 2 meses de tratamento para iniciar o esquema antiretroviral. O texto do Ministério da Saúde cita 8 semanas (final da fase intensiva e início da fase de manutenção), ou seja iniciar a TARV após a suspensão das 2 drogas, o que é mais coerente, já o que se quer é impedir interação de drogas do esquema da tuberculose e do HIV e que venham a levar a maior risco de efeitos colaterais. Em outra linha, o texto fala em 2 meses, o que não invalida a questão. Se 8 semanas ou 2 meses não faz nenhuma

RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

	diferença. O mais importante é saber que em paciente HIV sem grave imunossupressão e com tuberculose meningoencefálica, devemos aguardar para tratar o retrovírus por 8 semanas ou 2 meses (melhor opção) quando da suspensão do etambutol e da pirazinamida. A transcrição do texto no manual do Ministério da Saúde está abaixo, como visto na pag. 218 **"Em pacientes com TB no sistema nervoso central (tuberculose meningoencefálica), o TARV deve ser iniciado dois meses após o início do tratamento da TB em decorrência do maior percentual de reações adversas e hipertensão intracraniana levando à maior mortalidade. Nesses casos, o TARV precoce não apresenta benefício (TÖRÖK et al., 2011)".** Manual do Ministério da Saúde, 2019, p. 218.

Questão	CIRURGIA GERAL
25	O enunciado da questão descreve caso de nódulo de tireoide de risco baixo para malignidade. A conduta nestes casos, conforme a bibliografia do Concurso (Townsend Sabiston Textbook of Surgery 21thed. pp 894-895), é o acompanhamento clínico**.**
28	O enunciado da questão descreve caso de coleção infectada associada a pancreatite aguda. A conduta nestes casos, conforme a bibliografia do Concurso (Townsend Sabiston Textbook of Surgery 21thed. pp 1539-1540), é drenagem percutânea.
32	De acordo com as referências do concurso: - Schwartz's 11ª ed. - pag 1559: "A maioria das neoplasias omentais são doenças metastáticas. O câncer de ovário é o câncer mais comum com envolvimento omental".
34	Embora reconheçamos que ocorreu o erro nítido de digitação, entendemos que tal não compromete o conteúdo da questão, ou o entendimento das opções de resposta. A decisão pela manutenção do indeferimento é corroborada pelas demais alternativas de resposta, uma vez que nenhuma se aplica como alternativa correta.
35	A questão trata de uma das complicações mais frequentes da cirurgia da tireoide que é o sangramento com formação de hematoma e consequente compressão da traqueia e dificuldade respiratória. Entre as opções de resposta, a única alternativa que oferece a condição para o tratamento é a alternativa **"abertura da ferida e do platisma",** pois é a única opção de resposta capaz de conter a hemorragia e a drenagem do hematoma.
38	Não há relato de impossibilidade de utilização do trato intestinal. A melhor maneira de se evitar a atrofia da mucosa intestinal, diminuição da altura das vilosidades, redução do tamanho do tecido linfoide e produção de imunoglobulina A é com dieta enteral. O método mais eficaz para prevenir essas mudanças é fornecer pelo menos alguns nutrientes por via enteral. Em pacientes que necessitam de NPT, pode ser viável infundir pequenas quantidades de alimentação através do trato gastrointestinal. BRUNICARDI, F. C. **Schwartz's Principles of Surgery**. 11ª ed. Mc Graw Hill Companies , Inc. 2019, p. 71

Questão	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
52	Em pacientes com quadro de nefrite lúpica em atividade, o tratamento de escolha na gestação para resolução do episódio agudo é a pulsoterapia com prednisolona. O sulfato de magnésio é reservado para pré eclampsia com sinais de gravidez, diagnóstico diferencial do caso. A hidroxicloroquina é utilizada na prevenção de recidivas de atividade da doença, não resolução do quadro instalado. Metildopa é um anti-hipertensivo e não se aplica ao caso. Ademais, não há fundamentação teórica no referido recurso. Williams Obstetrics, 25ª edição – pag 1141/1142; Manual de gestação de alto risco, 1ª edição – Pag 480/481
53	A única complicação de longo prazo é o maior risco de desenvolvimento de doença cardiovascular. Todas as demais são complicações de curto prazo, incluindo as malformações congênitas, por definição já presentes ao nascimento.

RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

	Williams Obstetrics, 25ª edição – pag1110/1111 Manual de gestação de alto risco, 1ª edição – Pag139/140
58	Assim como colocado no recurso, a maioria das patologias da fase ativa prolongada do trabalho de parto permitem a utilização de ocitocina. Entretanto a questão solicita uma situação em que o uso da ocitocina NÂO seja indicado. Desta forma a resposta é a letra D – aumento da produção láctea. Ademais, a literatura apresentada não se encontra na bibliografia do concurso. Williams Obstetrics, 25ª edição – pag 442, 443, 509, 526, 657. Manual de gestação de alto risco, 1ª edição – Pag 651.
60	A fundamentação teórica da questão não faz parte da bibliografia do concurso. Indeferido por falta de fundamentação teórica.

Questão	PEDIATRIA
62	De acordo com a descrição do caso clínico descrito na questão nº 62 e considerando como referência o livro texto "Nelson Tratado de Pediatria 21ª edição", constante da bibliografia desta prova, em seu capítulo 169 : "Asma na infância", é possível concluir que: 1) De acordo com a tabela 169.13 – "Doses estimadas comparativas de corticosteroide inalado" (página 1285 do referido capítulo), se trata de pré-escolar asmático em uso de baixa dose diária de corticosteróide. 2) De acordo com os critérios descritos na tabela 169.8 – "Avaliação do controle da asma e ajuste da terapia em crianças ", (página 1279 do referido capítulo) se trata de paciente com quadro de asma "mal controlada". Esta classificação é corroborada pelo relato de duas exacerbações anteriores com necessidade de uso de corticosteroide sistêmico apesar do uso diário de beclometasona. Ressaltamos a ausculta pulmonar normal, descartando uma exacerbação no momento do exame físico 3) De acordo com a tabela 169.11 – "Abordagem gradual para manejo da asma em crianças" (página 1283 do referido capítulo) o paciente encontra-se na etapa 2 de tratamento (ET2 – CSI em dose baixa). De posse destas informações, e utilizando os critérios desta mesma tabela (169.11), podemos afirmar que a alternativa terapêutica preferencial para o controle da asma é aumentarmos a intensidade do tratamento deste paciente para a etapa 3 (ET3 – CSI em dose média). Portanto a resposta correta para a questão 62 é a letra "B": "dobrar a dose de beclometasona". De acordo com esta mesma referência, a associação de beta 2 agonistas de longa duração (LABA) com corticosteroide inalado seria a opção terapêutica preferencial para a ETAPA 4. O uso de beta 2 agonistas de curta duração (SABA) diário associado ao corticosteroide inalado não constitui uma terapêutica correta no tratamento de manutenção da asma em qualquer etapa de tratamento, independente da faixa etária.
63	O diagnóstico da infecção pelo HIV em lactentes e crianças menores de 24 meses se faz pela detecção viral através da realização da carga viral HIV RNA (CV-HIV RNA) ou DNA pró-viral. Referência: Kliegman, et al Nelson Tratado de Pediatria 21 ed. pg 1916. Para todas as crianças expostas ao HIV no momento do parto, a CV deverá ser colhida ao nascimento. Referência: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde,– 2. ed. rev. – Brasília :Ministério da Saúde, 2022. Pg 115. Para crianças expostas ao HIV, prematuras com menos de 34 semanas de idade gestacional , mesmo consideradas de alto risco para transmissão vertical , devem receber apenas a zidovudina AZT como qoprofilaxia, durante 28 dias. "Crianças com idade gestacional abaixo de 34 semanas deverão realizar a profilaxia apenas com AZT durante 28 dias, independentemente do risco de exposição ao HIV". Referência: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde,– 2. ed. rev. – Brasília :Ministério da Saúde, 2022. p. 118.
65	De acordo com o explicitado na tabela 562, a infecção materna por vírus da hepatite C não contraindica a amamentação. Quanto à varicela zooster, o bebê não deve ter contato direto com lesões ativas de varicela ,portanto o aleitamento pode ser mantido com esta recomendação e uso de imunoglobulina. Kliegman, et al Nelson Tratado de Pediatria 21ª ed. p. 350.

RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

66	A herpangina causada pelo vírus coxsackievírus acomete orofaringe, na sua porção mais posterior, acometendo palato mole e pilares anteriores das amigdalas. Geralmente acompanhada de febre elevada e irritabilidade. O acometimento da gengiva não faz parte do seu quadro clínico. Pag 1813. A Gengivoestomatite herpética é causada pelo herpes vírus. Há acometimento da cavidade oral, as vesículas estão mais amplamente difundidas do que na herpangina por enterovírus. A infecção por herpes vírus nesta idade costuma ser a primo-infecção com comprometimento intenso principalmente da parte anterior da orofaringe, palato duro, gengivas e mucosa labial. É um quadro extremamente doloroso, como explicitado na pag 1825. Kliegman, et al. Nelson tratado de pediatria. 21ª ed.
69	No Tratado de Pediatria Nelson , na página 1041-Capítulo 124- item 124.3 -Policitemia neonatal, no terceiro parágrafo, os sinais e sintomas de policitemia podem ser resultantes de hiperviscosidade, distúrbios metabólicos ou ambos. Os sintomas acontecem nas primeiras horas de vida, mas podem ocorrer até 2 a 3 dias, incluindo irritabilidade, letargia, taquipneia, desconforto respiratório, cianose, transtornos alimentares, hiperbilirubinemia, hipoglicemia e trombocitopenia. O tratamento de recém nascidos policitêmicos sintomáticos graves, embora não esteja bem definido, tem como opção a exsanguineotransfusao parcial com solução salina em situações de hiperviscosidade. O paciente em questão apresenta intensahiperbilirrubinemia já em zona IV de Kramer e hipoglicemia no segundo dia de vida, associados à pletora manifestada pelo eritema palmo plantar e acúmulo de sangue em bossa. Kliegman, et al. Nelson tratado de pediatria. 21ª ed.

Questão	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
93	A questão pergunta o tipo de VD realizado sobre a responsabilidade da equipe de APS. A alternativa A descreve que os problemas de saúde compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde são incluídos na atenção domiciliar (AD1) realizada pela equipe de APS por meio de Visitas Domiciliares regulares. Todos os demais tipos de VD (AD2 e AD3) são realizados sob a responsabilidade das equipes multiprofissionais de apoio (EMAD e EMAP). Referência bibliográfica (com a página): Mahmud SJ e cols. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: Gusso G e cols. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2019 cap 39 p.314.
97	Homem jovem morador de uma comunidade da cidade do RJ, reside com seis familiares - dentre eles duas crianças de 3 e 10 anos de idade. A letra B é a correta pois descreve que se deve Identificar a presença de infecção latente por TB nos contatos assintomáticos e avaliar os sintomáticos respiratórios com exame baciloscópico de escarro e RX de tórax. Avaliar se as crianças, que residem na mesma casa que o portador TB/AIDS, foram vacinadas com BCG e caso contrário vacinar. Não é necessário fazer profilaxia com zidovudina solução oral em crianças. Examinar os sintomáticos respiratórios, proceder a coleta de escarro para baciloscopia, solicitar RX tórax e realizar teste anti-HIV naqueles familiares que tem fatores de risco para a doença; Proceder ao tratamento diretamente observado uma vez por mês, com a supervisão da tomada dos medicamentos na própria Unidade de Saúde, pela (o) enfermeira (o) e/ou técnica (o) de enfermagem. Referência bibliográfica (com a página): Sampaio e cols. Tuberculose. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Familia e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2019. Cap. 156, p. 156--332. Gyrão N. Vírus da imunodeficiência humana. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Familia e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019. Cap. 261, p. 2253-2264.
99	Os critérios considerados para a introdução de um programa de rastreamento dependem da característica da doença (impacto significativo na saúde pública, período assintomático longo para detecção, melhora dos desfechos pelo tratamento no período assintomático); do teste (de alta sensibilidade para detectar na fase assintomática, específico para minimizar os resultados falso-positivos, aceitável para as pessoas); e da população estudada (prevalência alta da doença para que justifique o rastreamento, cuidado médico acessível, pessoas dispostas a aderir a sequência de investigação e

RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

	tratamento). Referência bibliográfica (com a página): Norman AH e cols. Rastreamento de doenças. In: Gusso G e cols. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2019 cap 72 p.588.
100	A letra A é a correta, pois descreve que os fármacos para problemas cardiovasculares podem aumentar o risco de reações adversas aos medicamentos (RAM) em idosos, assim como sedativos, anti-inflamatórios, etc. As prescrições em cascata também levam a polifarmácia desnecessária, como por exemplo, o uso de omeprazol para pacientes usando AINES que causa dispepsia, naproxeno para quem usa tiazídicos que causa gota, etc. As condições que estão mais associadas ao risco de RAM em idosos são insuficiência cardíaca, demência, doença pulmonar obstrutiva, diabetes, doença renal, doença hepática, câncer, abuso de álcool. A osteoartrose é comum no idoso, mas não aumenta o risco de RAM. Embora sejam limitados, há algumas evidências de ensaios clínicos sobre a eficácia ou falta de dano significativo quando vários medicamentos específicos são suspensos como diuréticos, anti-hipertensivos, estatinas, omeprazol, etc. Há relatos de efeitos adversos após a suspensão abrupta da estatina que deve ser retira gradualmente para minimizar riscos, apesar de que há dúvidas sobre os benefícios na prevenção de AVC em idosos. Referência bibliográfica: Mangin e cols. Polifarmácia. In: Gusso G e cols. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2019 cap 30 p.247-53.

PRÉ-REQUISITO

Questão	CLÍNICA MÉDICA PRÉ-REQUISITO (301 A 309) / R3 (506)
01	É um paciente jovem com HIV e que apresenta febre, sudorese noturna e uma doença muito agressiva, caracterizada por emagrecimento acentuado e o mais importante uma leucocitose de 35.000/mm^3, com 60% de linfócitos, o que é forte dado contra tuberculose e Histoplasmose e sendo portanto um provável linfoma leucemizado. A relação do linfoma de Burkitt com HIV é bem conhecida, sendo muito mais raro outro tipo de linfoma. O linfoma da zona do manto, em geral, é um linfoma de baixo grau e a presença de elevação de LDH e ácido úrico sugere que é um linfoma de alto turn-over celular, que num paciente HIV com leucemização quase define linfoma de Burkitt. É com certeza a melhor hipótese diagnóstica. Harrison pag. 846
03	É uma mulher de 35 anos, com hipertensão arterial de difícil controle, com potássio baixo e queixas de fraqueza e leve perda de peso. Não tenho nenhum dado para falar de doença de Cushing, ainda mais com perda de peso. Os pacientes com doença de Cushing costumam ser obesos e com vários estigmas ao exame físico. A presença de renina e aldosterona suprimidos afasta a possibilidade de hiperaldosteronismo primário e a síndrome de Liddle é a única opção de resposta. Harrison pag.2966
08	É uma paciente de 25 anos, com HIV e meningoencefalite por tuberculose, cuja retrovirose se encontra em fase de alta replicação viral e baixa de CD4, fazendo com que o esquema inicial seja com raltegravir e não com efavirenz. Fazer ou não genotipagem não invalida a questão e a sua realização não é obrigatória nesses casos e sim recomendada. Manual do Ministério da Saúde 2019 pag. 119
09	É uma faringite estreptocócica diagnosticada na hemocultura, e de maior gravidade pela presença da anemia falciforme. As duas hemoculturas foram positivas para *Streptococcus pyogenes*, o que orienta a combinação de antibióticos que devem ser utilizados. A droga de escolha para tratar esse estreptococos é a penicilina e a associação com clindamicina ajuda na cobertura para essa bactéria e serve para tratar algumas associações de bactérias anaeróbias da boca, que podem não ter crescido na hemocultura. Quando temos quadro de sepse e não tenho agente definido, a cobertura de antibióticos deve ser ampla, mas quando a hemocultura define o agente, fazemos os antibióticos que o germe costuma ter melhor resposta. Harrison pag. 1191
10	É uma mulher jovem de 30 anos, com emagrecimento acentuado com hematêmese e melena, cuja endoscopia mostra uma lesão ulcerada e acometimento importante da submucosa, sugerindo pela idade

RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

	e endoscopia digestiva um tumor que infiltra a submucosa como o linfoma. A paciente apresenta elevação de LDH e ácido úrico o que é típico dos linfomas de alto grau, o que não ocorre no adenocarcinoma gástrico. A elevação de creatinina, potássio e fósforo, junto com ácido úrico, sugere a possibilidade de lise tumoral espontânea, que não ocorre em geral, no adenocarcinoma de estômago, um tumor indolente de comportamento biológico. Com isso, o linfoma de alto grau é uma grande possibilidade, podendo ser um linfoma primário do estômago. Com isso, o linfoma não Hodgkin difuso de grandes células é o tipo mais comum. É o diagnóstico mais provável. Harrison pag. 633
11	É um homem de 40 anos, com ascite a esclarecer com GASA acima de 1,1 e proteína acima de 2,5g/dl, o que não sugere cirrose pelo nível alto de proteína no líquido ascético. Aumenta a possibilidade de ICC ou trombose de veias supra-hepáticas chamado de síndrome de Budd-Chiari. O paciente não tem queixas cardiológicas como dispneia e apresenta esplenomegalia e varizes esofagianas o que não acontece na ICC. Além disso, a turgência jugular é só até 15 graus e a turgência patológica seria igual ou acima de 45 graus. Com isso, é um quadro típico de Budd-Chiari. Harrison pag. 323
16	É uma mulher de 30 anos, com critérios para Lúpus Eritematoso Sistêmico que evolui com proteinúria acentuada e sem achados de consumo de complemento e com trombocitopenia. A biópsia renal mostra na imunofluorescência padrão pauci-imune, um achado contra a possibilidade de glomerulonefrite proliferativa. A imunofluorescência renal com padrão auto-imune sugere vasculite ou microangiopatia trombótica como SAF. A vasculite do LES cursa com imunocomplexos circulantes e consumo de complemento, que não é o caso. Com isso, juntando o quadro de LES e um padrão de síndrome nefrótica com padrão pauci-imune, sem qualquer evidência de vasculite sistêmica e dosagem de complemento normal, devemos pensar em vasculopatia trombótica secundária a anticorpo anti-fosfolipídio. Nas opções de resposta, só temos uma doença que leva a vasculite que é a síndrome de Behçet, mas não temos nenhum dado clínico sugestivo e o envolvimento renal é a exceção. LES e anticorpo antifosfolipídios apresentam grande associação e o quadro clínico com o envolvimento renal não é o encontrado na SAF primária. A heparinização desses pacientes leva a grande melhora da proteinúria. Harrison pag.2367
21	É um homem de 65 anos com história prévia de AVC e que evolui com alterações do nível de consciência e lesão do IX e X pares cranianos, achados que aumentam muito a chance de broncoaspiração. Com isso, se evolui com quadro de febre e uma tomografia que mostra uma lesão típica única de abscesso pulmonar. Devemos pensar em broncoaspiração de bactérias da cavidade oral, cujos agentes mais comuns nesse caso são os anaeróbios. Com isso, a opção de tratamento com antibióticos deve ser feita com a clindamicina. Ser lesão única, num paciente de alto risco de broncoaspiração e no pulmão direito ajudam muito no diagnóstico. Uma questão clássica de abscesso pulmonar por broncoaspiração. Harrison pag. 1022
45	As alterações radiológicas descritas (espessamento e calcificação pleurais em lobos pulmonares inferiores e opacidades lineares subpleurais) são típicas de asbestose. Das opções descritas, a única que envolve exposição ocupacional ao amianto, causador da asbestose, é a construção civil.
46	O caso descreve um paciente com síndrome carcinoide. As localizações mais comuns dos tumores carcinoides causadores dessa síndrome são, de fato, o íleo terminal e o apêndice cecal. Entretanto, as substâncias produzidas por esses tumores responsáveis pelos sintomas da síndrome carcinoide são metabolizadas na primeira passagem pelo fígado, raramente atingindo a circulação sistêmica. Portanto, para que a síndrome carcinoide possa ocorrer, de um modo geral, é necessário que haja disseminação da neoplasia para o fígado, na forma de metástase. A alteração mais provável de ser encontrada no exame de imagem, nesse caso, é a presença de nódulos hepáticos hipovasculares sugestivos de metástase.

Questão	CIRURGIA GERAL (201 A 206)
02	Conforme a referência bibliográfica: Schwartz's 11ª ed. – pag. 168 "As diretrizes da Surgical Infection Society de 2016 sobre o manejo da infecção intra-abdominal

RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

	recomendam a duração do antibiótico não superior a 24 horas em pacientes com perfuração intestinal traumática que recebem tratamento cirúrgico dentro de 12 horas, perfurações gastroduodenais operadas dentro de 24 horas, intestino isquêmico não perfurado, e apendicite aguda gangrenosa ou colecistite sem perfuração". Questão e gabarito mantidos: a) até 24 horas
15	A bibliografia recomendada corrobora a questão correta como "**ressecção do segmento de delgado + sutura da bexiga".** Após ressecção do trajeto fistuloso e a sutura simples da bexiga é o tratamento recomendado. A boa técnica de sutura compreende o desbridamento e regularização dos bordos da lesão não sendo necessária nenhuma resseção vesical adicional (cistectomia parcial ou total).
17	A bibliografia recomendada é clara quanto à indicação de esplenectomia. Segundo o Capítulo 57 (O baço) do tratado Sabiston – Text book of Surgery – 21st edition, página 1574, no segmento referente ao tratamento das doenças benignas do baço, o texto é claro ao afirmar que nos cistos hidáticos (parasitários) o tratamento de escolha é a esplenectomia. O texto ainda afirma que medicas mais conservadoras como a marsupialização, enucleação de lesões ou esclerose por punção podem ser utilizadas em situações de exceção, uma vez que apresentam risco de ruptura com disseminação intraperitoneal da infecção e precipitação de choque anafilático.
21	No pós-operatório, a drenagem de secreção sanguinolenta pela ferida operatória é altamente suspeita para evisceração. TOWNSEND, C. M.; BEAUCHAMP, R. D.; EVERS, B. M.; MATTOX, K. L. Sabiston Textbook of Surgery. 21ª edition H.I.E. Saunders. Elsevier, 2022, pag.241
25	O achado clínico mais significativo associado com hipertensão portal é o desenvolvimento de gastroesofágico varizes, que são supridas principalmente pela região anterior ramo da veia gástrica esquerda (coronária). BRUNICARDI, F. C. Schwartz's Principles of Surgery. 11ªed. Mc Graw Hill Companies, Inc. 2019, p. 1366.
27	A doença maligna é responsável por expressiva mortalidade nos Estados Unidos. A causa mais frequente de mortalidade, por Câncer, em mulheres, naquele país é o câncer de pulmão. BRUNICARDI, F. C. Schwartz's Principles of Surgery. 11ª ed. Mc Graw Hill Companies , Inc. 2019, p 308
31	A migração epitelial ocorre na regeneração do tecido conectivo, as demais não. TOWNSEND, C. M.; BEAUCHAMP, R. D.; EVERS, B. M.; MATTOX, K. L. SABISTON: TEXTBOOK OF SURGERY: THE BIOLOGICAL BASIS OF MODERN SURGICAL PRACTICE. 21ª edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2022. Cap 6, pag 120, Fig 6.1. A referida pergunta versa sobre qual etapa a migração epitelial ocorre durante o processo cicatricial.
39	Ascite quilosa cursa com liquido leitoso e hipertriglicerideo em seu conteúdo. TOWNSEND, C. M.; BEAUCHAMP, R. D.; EVERS, B. M.; MATTOX, K. L. SABISTON: TEXTBOOK OF SURGERY: THE BIOLOGICAL BASIS OF MODERN SURGICAL PRACTICE. 21a edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2022. Cap 66, pag 1840.

Questão	R1 – CIRURGIA DA MÃO (401)
02 – B	No gabarito a opção "recuperação mais fisiológica" contempla o recurso do candidato. O fato de o candidato afirmar que na transferência nervosa não se sacrifica um músculo como na transposição de tendão não é verdade, pois na denervação de um grupamento muscular para reinervação de outro também há um sacrifício de um grupamento muscular.

Questão	R3 – ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE (508)
3 – A	a) O IGRA, como método de diagnóstico de ILTB, consta na referência citada nas páginas 11 e 12. O gabarito considera a resposta correta tanto a prova tuberculínica (PT) ou o IGRA. Sobre considerar os contatos como portadores de HIV, a indicação da PT ou IGRA será necessária a depender da quantificação do CD4+, conforme encontra-se descrito na referência citada.

RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Recomendações para controle da tuberculose: guia rápido para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Questão	R4 – ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA (602)
3 – A	Te Linde, nas páginas 574, 575 e 576, apresenta: A histerectomia vaginal é a abordagem preferida para histerectomia para doença ginecológica benigna sempre que viável. Essa recomendação é baseada em evidências que demonstram que esta abordagem está associada a resultados significativamente melhores quando comparados às outras vias de histerectomia. Evidências sugerem que a histerectomia vaginal deve ser a via preferencial para remoção do útero para casos benignos. Uma revisão Cochrane de 2015 de 47 estudos, que incluiu 5.102 pacientes que haviam sido submetidas à histerectomia por via vaginal, abdominal e laparoscópica, relataram que em comparação a histerectomia abdominal, a histerectomia vaginal apresentou retorno mais rápido às atividades habituais e melhor qualidade de vida. Em comparação com a histerectomia laparoscópica, a histerectomia vaginal foi associada a menor tempo operatório e de internação hospitalar, resultando em procedimento com melhor custo-benefício. Muitas organizações profissionais nacionais recomendam a histerectomia vaginal como a abordagem cirúrgica eleição e sugerem que a histerectomia laparoscópica só seja realizada quando a abordagem vaginal não for viável. Uma revisão sistemática realizada pelo Grupo de Revisão Sistemática da sociedade de Cirurgiões Ginecológicos não identificou nenhuma característica das pacientes que impossibilitam uma abordagem vaginal. Um algoritmo foi proposto por Kovac et al., que auxilia o cirurgião na escolha da via de histerectomia. Essas diretrizes se concentram no tamanho do útero, mobilidade, acessibilidade e se a patologia está confinada ao útero. Esses critérios de seleção são usados para determinar a rota ideal de histerectomia. Em um ensaio randomizado, quando os residentes seguiram critérios específicos para seleção e realização de histerectomia, mais de 90% das histerectomias por condições benignas foram realizadas vaginalmente. Em sua página 639 observamos: Uma revisão sistemática da base de dados Cochrane de 2006, incluindo mais de 3.600 pacientes em 27 estudos randomizados, apontou vantagens da histerectomia laparoscópica (HL) sobre a histerectomia abdominal (HA), incluindo menor perda de sangue, menos ferida infecções ou febre, incisões menores com menos dor, menor tempo de internação hospitalar e recuperação mais rápida. No entanto, LH foi frequentemente associada ao maior tempo operatório e maior probabilidade de lesões do trato urinário. O ensaio eVALuate é um dos maiores ensaios randomizados comparando diferentes abordagens para histerectomia. As conclusões apontaram HL como estando associado a menos dor, recuperação mais rápida e melhor qualidade de vida em comparação com HA. O relatório também concluiu que a histerectomia vaginal (HV) era a via de preferência, quando possível, pois oferecia benefícios semelhantes aos do HL com menor custo e menor tempo de operação. No tratado de endoscopia ginecológica página 360 e 361, observamos: “Quando a histerectomia está indicada, a mesma deve ser realizada do modo menos invasivo possível. Inicialmente deveria ser considerada a via vaginal como primeiro acesso cirúrgico da histerectomia, ao menos que exista uma contraindicação que impeça o procedimento.” O Box 25-1 mostra o fluxograma para seleção da via vaginal. A paciente apresentada no caso atinge todos os critérios para realização do procedimento por via vaginal. Na página 368 Há um reforço das informações já descritas na outra bibliografia. Como no caso a paciente apresenta critérios para cirurgia vaginal e ambas as referências descrevem a via vaginal como a via de eleição quando possível, esta seria a via de escolha para a situação proposta.

RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

4 – B	Nas paginas 301 e 302, observamos que há referência que as torções ocorrem com maior frequência no lado direito e que haveriam questões anatômicas fisiológicas que favoreceriam esta ocorrência. Não seriam fatores de risco. Os fatores de risco são posteriormente listados em texto e no box 22.1. Não há referência a atividade física, relação sexual e/ou levantamento de peso nas referidas páginas como fatores de risco.