

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

EDITAL Nº 039/2014-CPS/COREME

RESPOSTAS AOS RECURSOS CONTRA OS GABARITOS PROVISÓRIOS DA PROVA OBJETIVA PARA A SELEÇÃO DE CANDIDATOS AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA UNIOESTE, PARA O ANO LETIVO DE 2015.

O Coordenador do Programa de Residência Médica do **HUOP** (Hospital Universitário do Oeste do Paraná), da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, no uso das atribuições estatutárias e regimentais e considerando:

- o Edital nº 031/2014-CPS/COREME, de 01 de setembro de 2014,
- o Edital nº 038/2014-CPS/COREME, de 27 de novembro de 2014;

TORNA PÚBLICO:

1.1 As respostas aos recursos contra os gabaritos provisórios da **Prova Objetiva** para a seleção de candidatos ao Programa de Residência Médica (doravante, **Programa**) da Unioeste – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

ANÁLISE DOS RECURSOS DA PROVA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL, CLÍNICA MÉDICA, NEUROCIRURGIA, OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA e PEDIATRIA

QUESTÃO:	RESULTADO:		
01	<input checked="" type="checkbox"/> Manter a Questão	<input type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
RECURSO 01 - Prezada Banca examinadora, visto que Um gradiente de PaO ₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO ₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão. RESPOSTA AO RECURSO: O recurso NÃO PROCEDE . A justificativa apresentada no recurso não apresenta nenhuma relação com a questão de número 1. Recurso não aceito.			

QUESTÃO:	RESULTADO:		
15	<input checked="" type="checkbox"/> Manter a Questão	<input type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – Prezada banca examinadora, solicito a anulação da referida questão por ter mais de uma opção correta; Vejamos: "abdome agudo no pré-ecolar e escolar: apendicite aguda - é o processo inflamatório do apêndice cecal, resultado da obstrução do lúmen por um fecalito ou, menos comumente, por hiperplasia dos folículos linfóides da submucosa, seguida de proliferação de bactérias e invasão da parede, podendo evoluir para necrose e perfuração do apêndice." <i>Pediatria Diagnóstico e Tratamento. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Ferreira, J.P.Artmed. 2007. Pág 571. Outra fonte: "Em crianças de idade pré-escolar: fecalitos são mais comuns e podem ser vistos em raio X simples de abdome." Manual Ilustrado de Pediatria. Lissauer. T. Elsevier tradução da 3a edição. 2007. Pág 210</i> Portanto, a opção A também está incorreta, que é o solicitado da questão.</p> <p>RECURSO 02 - Prezada banca examinadora, solicito a anulação da referida questão por ter mais de uma opção correta;. Vejamos: "abdome agudo no pré-ecolar e escolar: apendicite aguda - é o processo inflamatório do apêndice cecal, resultado da obstrução do lúmen por um fecalito ou, menos comumente, por hiperplasia dos folículos linfóides da submucosa, seguida de proliferação de bactérias e invasão da parede, podendo evoluir para necrose e perfuração do apêndice." <i>Pediatria Diagnóstico e Tratamento. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Ferreira, J.P.Artmed. 2007. Pág 571. Outra fonte: "Em crianças de idade pré-escolar: fecalitos são mais comuns e podem ser vistos em raio X simples de abdome." Manual Ilustrado de Pediatria. Lissauer. T. Elsevier tradução da 3a edição. 2007. Pág 210</i> Portanto, a opção A também está incorreta, que é o solicitado da questão.</p> <p>RECURSO 03 - Abdome agudo no pré-ecolar e escolar: apendicite aguda - é o processo inflamatório do apêndice cecal, resultado da obstrução do lúmen por um fecalito ou, menos comumente, por hiperplasia dos folículos linfóides da submucosa, seguida de proliferação de bactérias e invasão da parede, podendo evoluir para necrose e perfuração do apêndice." <i>Pediatria Diagnóstico e Tratamento. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Ferreira, J.P.Artmed. 2007. Pág 571. Outra fonte: "Em crianças de idade pré-escolar: fecalitos são mais comuns e podem ser vistos em raio X simples de abdome." Manual Ilustrado de Pediatria. Lissauer. T. Elsevier tradução da 3a edição. 2007. Pág 210</i> Portanto, a opção A também está incorreta, que é o solicitado da questão."</p> <p>RECURSO 04 - Prezada banca examinadora, Solicito a anulação da referida questão por ter mais de uma opção correta, como demonstrado pelas seguintes referências bibliográficas: <i>Pediatria Diagnóstico e Tratamento. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Ferreira, J.P.Artmed. 2007 - "Abdome agudo no pré-ecolar e escolar: apendicite aguda - é o processo inflamatório do apêndice cecal, resultado da obstrução do lúmen por um fecalito ou, menos comumente, por hiperplasia dos folículos linfóides da submucosa, seguida de proliferação de bactérias e invasão da parede, podendo evoluir para necrose e perfuração do apêndice. Manual Ilustrado de Pediatria. Lissauer. T. Elsevier tradução da 3a edição. 2007. Pág 210 - "Em crianças de idade pré-escolar: fecalitos são mais comuns e podem ser vistos em raio X simples de abdome." Portanto, a opção A também está incorreta, que é o solicitado da questão. Agradeço a atenção, Andréia.</i></p> <p>RECURSO 05 - Prezada banca examinadora, solicito a anulação da referida questão por ter mais de uma opção correta;. Vejamos: "abdome agudo no pré-ecolar e escolar: apendicite aguda - é o processo inflamatório do apêndice cecal, resultado da obstrução do lúmen por um fecalito ou, menos comumente, por hiperplasia dos folículos linfóides da</p>			

submucosa, seguida de proliferação de bactérias e invasão da parede, podendo evoluir para necrose e perfuração do apêndice." *Pediatria Diagnóstico e Tratamento*. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Ferreira, J.P.Artmed. 2007. Pág 571. Outra fonte: "Em crianças de idade pré-escolar: fecalitos são mais comuns e podem ser vistos em raio X simples de abdome." *Manual Ilustrado de Pediatria*. Lissauer. T. Elsevier tradução da 3a edição. 2007. Pág 210" Portanto, a opção A também está incorreta, que é o solicitado da questão.

RECURSO 06 - "Prezada banca examinadora, solicito a anulação da referida questão por ter mais de uma opção correta;. Vejamos: "abdome agudo no pré-ecolar e escolar: apendicite aguda - é o processo inflamatório do apêndice cecal, resultado da obstrução do lúmen por um fecalito ou, menos comumente, por hiperplasia dos folículos linfóides da submucosa, seguida de proliferação de bactérias e invasão da parede, podendo evoluir para necrose e perfuração do apêndice." *Pediatria Diagnóstico e Tratamento*. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Ferreira, J.P.Artmed. 2007. Pág 571. Outra fonte: "Em crianças de idade pré-escolar: fecalitos são mais comuns e podem ser vistos em raio X simples de abdome." *Manual Ilustrado de Pediatria*. Lissauer. T. Elsevier tradução da 3a edição. 2007. Pág 210" Portanto, a opção A também está incorreta, que é o solicitado da questão."

RECURSO 07 - Prezados membros da banca examinadora, Solicito a anulação da referida questão por ter mais de uma opção correta. "Abdome agudo no pré-ecolar e escolar: apendicite aguda - é o processo inflamatório do apêndice cecal, resultado da obstrução do lúmen por um fecalito ou, menos comumente, por hiperplasia dos folículos linfóides da submucosa, seguida de proliferação de bactérias e invasão da parede, podendo evoluir para necrose e perfuração do apêndice." *Pediatria Diagnóstico e Tratamento*. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Ferreira, J.P.Artmed. 2007. Pág 571. Outra fonte: "Em crianças de idade pré-escolar: fecalitos são mais comuns e podem ser vistos em raio X simples de abdome." *Manual Ilustrado de Pediatria*. Lissauer. T. Elsevier tradução da 3a edição. 2007. Pág 210" Portanto, a opção A também está incorreta, que é o solicitado da questão.

RECURSO 08 - "Prezada banca examinadora, solicito a anulação da referida questão por ter mais de uma opção correta;. Vejamos: "abdome agudo no pré-escolar e escolar: apendicite aguda - é o processo inflamatório do apêndice cecal, resultado da obstrução do lúmen por um fecalito ou, menos comumente, por hiperplasia dos folículos linfóides da submucosa, seguida de proliferação de bactérias e invasão da parede, podendo evoluir para necrose e perfuração do apêndice." *Pediatria Diagnóstico e Tratamento*. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Ferreira, J.P.Artmed. 2007. Pág 571. Outra fonte: "Em crianças de idade pré-escolar: fecalitos são mais comuns e podem ser vistos em raio X simples de abdome." *Manual Ilustrado de Pediatria*. Lissauer. T. Elsevier tradução da 3a edição. 2007. Pág 210" Portanto, a opção A também está incorreta, que é o solicitado da questão."

RECURSO 09 - Prezada banca examinadora, solicito a anulação da referida questão por ter mais de uma opção correta. Vejamos: "abdome agudo no pré-ecolar e escolar: apendicite aguda - é o processo inflamatório do apêndice cecal, resultado da obstrução do lúmen por um fecalito ou, menos comumente, por hiperplasia dos folículos linfóides da submucosa, seguida de proliferação de bactérias e invasão da parede, podendo evoluir para necrose e perfuração do apêndice." *Pediatria Diagnóstico e Tratamento*. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Ferreira, J.P.Artmed. 2007. Pág 571. Outra fonte: "Em crianças de idade pré-escolar: fecalitos são mais comuns e podem ser vistos em raio X

simples de abdome." Manual Ilustrado de Pediatria. Lissauer. T. Elsevier tradução da 3ª edição. 2007. Pág 210" Portanto, a opção A também está incorreta, que é o solicitado da questão.

RECURSO 10 - Prezada banca examinadora, solicito a anulação da referida questão por ter mais de uma opção correta; Vejamos: "abdome agudo no pré-escolar e escolar: apendicite aguda - é o processo inflamatório do apêndice cecal, resultado da obstrução do lúmen por um fecalito ou, menos comumente, por hiperplasia dos folículos linfóides da submucosa, seguida de proliferação de bactérias e invasão da parede, podendo evoluir para necrose e perfuração do apêndice." Pediatria Diagnóstico e Tratamento. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Ferreira, J.P.Armed. 2007. Pág 571. Outra fonte: "Em crianças de idade pré-escolar: fecalitos são mais comuns e podem ser vistos em raio X simples de abdome." Manual Ilustrado de Pediatria. Lissauer. T. Elsevier tradução da 3ª edição. 2007. Pág 210" Portanto, a opção A também está incorreta, que é o solicitado da questão.

RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso **NÃO PROCEDE**. Conforme os autores abaixo a presença de fecalito é menos frequente em criança:

- COELHO, Julio Cezar Uili Aparelho Digestivo – Clinica e Cirurgia 3ª edição 2005
- COELHO, Julio Cezar Uili Aparelho Digestivo – Clinica e Cirurgia 4ª edição 2012
- PRADO, Joaquim - Tratado das enfermidades Gastrointestinais - 1ª edição 2008

Recurso não aceito.

QUESTÃO:	RESULTADO:		
20	<input checked="" type="checkbox"/> Manter a Questão	<input type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – A questão apresenta como resposta o item D: o paciente apresenta aproximadamente 36% de SCQ, devendo ser repostos 10.080,00, sendo 5.040mL nas primeiras 6 horas da admissão hospitalar, mantendo 0,5-1,0 mL/kg/h. Segundo a regra de Parland (que foi a usada no cálculo do volume apresentado - (4 x SCQ x Peso), 50% do volume deve ser infundido em 8 horas, não em 6 horas como o gabarito descreve, portanto a alternativa correta é a letra E. Fonte: Sabiston - Tratado de Cirurgia.</p> <p>RESPOSTA AO RECURSO: O recurso NÃO PROCEDE. O volume, segundo a Fórmula de Parkland, deve ter 50% infundido nas primeiras 8h pós-queimadura. Ou seja, se o paciente levou 02 horas para chegar até o Hospital, temos apenas 06 horas para infundir esses 50% (02+06=08h). Sempre devemos considerar como início do cálculo a hora da queimadura e não o momento em que o paciente chega ao hospital. Recurso não aceito.</p>			

QUESTÃO:	RESULTADO:		
21	<input checked="" type="checkbox"/> Manter a Questão	<input type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – A resposta dada foi o item B que afirma que a Linezolida não é recomendada para Infecção de corrente sanguínea. Segundo o Latin American Sepsis Institute no Surviving Sepsis Campaign a Linezolida é indicada para o tratamento de ICS grave por estafilococo resistente a vancomicina.</p> <p>RESPOSTA AO RECURSO: O recurso NÃO PROCEDE. O candidato não coloca referência da fonte citada; no artigo Surviving Sepsis Campaign do Critical Care Medicine</p>			

de fevereiro de 2013 a linezolidina não é citada. A bula da droga (Zyvox, Pfizer) coloca que não está aprovada para tratamento de pacientes com infecção de corrente sanguínea. Recurso não aceito.

QUESTÃO:	RESULTADO:		
28	<input type="checkbox"/> Manter a Questão	<input checked="" type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção “B”, dada como gabarito, realmente está incorreta, pois de acordo com novo guideline da AABB (novembro de 2014) e livros-texto renomados, pacientes sem febre devem ter plaquetas mantidas acima de 10.000. Além disso, a contagem necessária para punção venosa profunda é de 20.000 e não 50.000. Enquanto procedimentos em sistema nervoso central/neuroeixo ou oftalmológicos devem ocorrer com plaquetas acima de 100.000. Porém, a opção “E” também está incorreta, pois diz que: “Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição”; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento é de até 14 dias nesse grupo de pacientes, conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: “In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-PF4/heparin antibodies...” - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 10 Dessa forma, tanto a opção “B” (gabarito fornecido pela banca) quanto a opção “E” estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão.</p>			
<p>RECURSO 02 - Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção “B”, dada como gabarito, realmente está incorreta, pois de acordo com novo guideline da AABB (novembro de 2014) e livros-texto renomados, pacientes sem febre devem ter plaquetas mantidas acima de 10.000. Além disso, a contagem necessária para punção venosa profunda é de 20.000 e não 50.000 e para procedimentos em sistema nervoso central/neuroeixo ou oftalmológicos devem ocorrer com plaquetas acima de 100.000. Porém, a opção “E” também está incorreta, pois diz que: “Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição”; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento é de até 14 dias nesse grupo de pacientes, conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: “In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-PF4/heparin antibodies” - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 10. Dessa forma, tanto a opção “B” (gabarito fornecido pela banca) quanto a opção “E” estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão. Agradeço a atenção, Andréia.</p>			
<p>RECURSO 03 - Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção "B", dada como gabarito, realmente está incorreta, pois de acordo com novo guideline da AABB (novembro de 2014) e livros-texto renomados, pacientes sem febre devem ter plaquetas</p>			

mantidas acima de 10.000. Além disso, a contagem necessária para punção venosa profunda é de 20.000 e não 50.000. Enquanto procedimentos em sistema nervoso central/neuroeixo ou oftalmológicos devem ocorrer com plaquetas acima de 100.000. Porém, a opção "E" também está incorreta, pois diz que: "Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição"; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento é de até 14 dias nesse grupo de pacientes, conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: "In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-PF4/heparin antibodies..." - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 10 Dessa forma, tanto a opção "B"(gabarito fornecido pela banca) quanto a opção "E" estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão.

RECURSO 04 - Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção "B", dada como gabarito, realmente está incorreta, porém a opção "E" também está incorreta, pois diz que: "Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição"; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento pode ser maior conforme exposto no trecho que segue, retirado de GOLDMAN L.; Ausiello DC. Cecil Tratado de medicina interna. 23. ed. Cap. 179 pag. 1490: " A TIH ocorre normalmente em pacientes no período pós-operatório que estão recebendo terapia profilática com heparina. Comumente, desenvolve-se entre 5 a 10 dias após o início do tratamento com heparina,..." E também conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: "In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-PF4/heparin antibodies..." - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 10 Dessa forma, tanto a opção "B" (gabarito fornecido pela banca) quanto a opção "E" estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão.

RECURSO 05 - Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção "B", dada como gabarito, realmente está incorreta, pois de acordo com novo guideline da AABB (novembro de 2014) e livros-texto renomados, pacientes sem febre devem ter plaquetas mantidas acima de 10.000. Além disso, a contagem necessária para punção venosa profunda é de 20.000 e não 50.000. Enquanto procedimentos em sistema nervoso central/neuroeixo ou oftalmológicos devem ocorrer com plaquetas acima de 100.000. Porém, a opção "E" também está incorreta, pois diz que: "Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição"; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento é de até 14 dias nesse grupo de pacientes, conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: "In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-

PF4/heparin antibodies...'' - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 10 Dessa forma, tanto a opção ''B'' (gabarito fornecido pela banca) quanto a opção ''E'' estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão.

RECURSO 06 - Sugestão de recurso: Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção ''B'', dada como gabarito, realmente está incorreta, pois de acordo com novo guideline da AABB (novembro de 2014) e livros-texto renomados, pacientes sem febre devem ter plaquetas mantidas acima de 10.000. Além disso, a contagem necessária para punção venosa profunda é de 20.000 e não 50.000. Enquanto procedimentos em sistema nervoso central/neuroeixo ou oftalmológicos devem ocorrer com plaquetas acima de 100.000. Porém, a opção ''E'' também está incorreta, pois diz que: ''Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição''; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento é de até 14 dias nesse grupo de pacientes, conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: ''In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-PF4/heparin antibodies...'' - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 10 Dessa forma, tanto a opção ''B'' (gabarito fornecido pela banca) quanto a opção ''E'' estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão.

RECURSO 07 - Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção ''B'', dada como gabarito, realmente está incorreta, pois de acordo com novo guideline da AABB (novembro de 2014) e livros-texto renomados, pacientes sem febre devem ter plaquetas mantidas acima de 10.000. Além disso, a contagem necessária para punção venosa profunda é de 20.000 e não 50.000. Enquanto procedimentos em sistema nervoso central/neuroeixo ou oftalmológicos devem ocorrer com plaquetas acima de 100.000. Porém, a opção ''E'' também está incorreta, pois diz que: ''Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição''; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento é de até 14 dias nesse grupo de pacientes, conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: ''In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-PF4/heparin antibodies...'' - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 10 Dessa forma, tanto a opção ''B'' (gabarito fornecido pela banca) quanto a opção ''E'' estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão.

RECURSO 08 - Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção ''B'', dada como gabarito, realmente está incorreta, pois de acordo com novo guideline da AABB (novembro de 2014) e livros-texto renomados, pacientes sem febre devem ter plaquetas mantidas acima de 10.000. Além disso, a contagem necessária para punção venosa profunda é de 20.000 e não 50.000. Enquanto procedimentos em sistema nervoso

central/neuroeixo ou oftalmológicos devem ocorrer com plaquetas acima de 100.000. Porém, a opção "E" também está incorreta, pois diz que: "Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição"; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento é de até 14 dias nesse grupo de pacientes, conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: "In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-PF4/heparin antibodies..." - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012, VOLUME 119, NUMBER 10 Dessa forma, tanto a opção "B" (gabarito fornecido pela banca) quanto a opção "E" estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão.

RECURSO 09 - Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção "B", dada como gabarito, realmente está incorreta, pois de acordo com novo guideline da AABB (novembro de 2014) e livros-texto renomados, pacientes sem febre devem ter plaquetas mantidas acima de 10.000. Além disso, a contagem necessária para punção venosa profunda é de 20.000 e não 50.000. Enquanto procedimentos em sistema nervoso central/neuroeixo ou oftalmológicos devem ocorrer com plaquetas acima de 100.000. Porém, a opção "E" também está incorreta, pois diz que: "Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição"; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento é de até 14 dias nesse grupo de pacientes, conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: "In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-PF4/heparin antibodies..." - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 10 Dessa forma, tanto a opção "B" (gabarito fornecido pela banca) quanto a opção "E" estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão.

RECURSO 10 - Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção "B", dada como gabarito, realmente está incorreta, pois de acordo com novo guideline da AABB (novembro de 2014) e livros-texto renomados, pacientes sem febre devem ter plaquetas mantidas acima de 10.000. Além disso, a contagem necessária para punção venosa profunda é de 20.000 e não 50.000. Enquanto procedimentos em sistema nervoso central/neuroeixo ou oftalmológicos devem ocorrer com plaquetas acima de 100.000. Porém, a opção "E" também está incorreta, pois diz que: "Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição"; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento é de até 14 dias nesse grupo de pacientes, conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: "In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-PF4/heparin antibodies..." - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-

induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 10 Dessa forma, tanto a opção "B" (gabarito fornecido pela banca) quanto a opção "E" estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão.

RECURSO 11 - Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção "B", dada como gabarito, realmente está incorreta, pois de acordo com novo guideline da AABB (novembro de 2014) e livros-texto renomados, pacientes sem febre devem ter plaquetas mantidas acima de 10.000. Além disso, a contagem necessária para punção venosa profunda é de 20.000 e não 50.000. Enquanto procedimentos em sistema nervoso central/neuroeixo ou oftalmológicos devem ocorrer com plaquetas acima de 100.000. Porém, a opção "E" também está incorreta, pois diz que: "Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição"; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento é de até 14 dias nesse grupo de pacientes, conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: "In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-PF4/heparin antibodies..." - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 10 Dessa forma, tanto a opção "B" (gabarito fornecido pela banca) quanto a opção "E" estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão.

RECURSO 12 - Prezados membros da banca organizadora, Na questão 28, a opção "B", dada como gabarito, realmente está incorreta, pois de acordo com novo guideline da AABB (novembro de 2014) e livros-texto renomados, pacientes sem febre devem ter plaquetas mantidas acima de 10.000. Além disso, a contagem necessária para punção venosa profunda é de 20.000 e não 50.000. Enquanto procedimentos em sistema nervoso central/neuroeixo ou oftalmológicos devem ocorrer com plaquetas acima de 100.000. Porém, a opção "E" também está incorreta, pois diz que: "Em pacientes que nunca utilizaram heparina, a trombocitopenia induzida pela heparina desenvolve no prazo de 7 dias de sua exposição"; o que não é verdadeiro, uma vez que o prazo para o surgimento é de até 14 dias nesse grupo de pacientes, conforme exposto no trecho que segue, retirado de importante artigo publicado no jornal mais conceituado em hematologia: "In heparin-naive patients, HIT classically presents with a platelet count fall beginning 5 to 14 days after initial exposure while drug is still present. Rapid-onset HIT, in which the platelet count drops within hours of heparin administration, may occur in patients with preexisting anti-PF4/heparin antibodies..." - Fonte: American Society of Haematology - How I treat heparin-induced thrombocytopenia - Authors: Adam Cuker and Douglas B. Cines - BLOOD, 8 MARCH 2012 VOLUME 119, NUMBER 10 Dessa forma, tanto a opção "B" (gabarito fornecido pela banca) quanto a opção "E" estão incorretas. Por essa razão, solicito a anulação da referida questão.

RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso **PROCEDE**. Invalidar questão.

QUESTÃO:	RESULTADO:		
39	<input checked="" type="checkbox"/> Manter a Questão	<input type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – A questão 39 tem como gabarito o item D. No entanto o item E também está incorreto: ele afirma que a avaliação da função renal é mandatória para o uso de todos os anticoagulantes orais, principalmente com a dabigatrana. No entanto não é necessário ajuste renal no uso da Varfarina, um anticoagulante oral. Fonte: Goodman e Gilman - As bases farmacológicas da terapêutica.</p> <p>RESPOSTA AO RECURSO: O recurso NÃO PROCEDE. A avaliação da função renal faz-se necessário para o ajuste de dose dos novos anticoagulantes mas, também, para avaliar o risco de sangramento dos pacientes que fazem ou são candidatos a receberem um anticoagulante. Portanto, a avaliação da função renal é mandatória para o uso de todos os anticoagulantes orais. Manter a resposta do gabarito.</p>			

QUESTÃO:	RESULTADO:		
40	<input checked="" type="checkbox"/> Manter a Questão	<input type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – A resposta oferecida pelo gabarito para a questão é o item E que afirma que o paciente está em tratamento clínico otimizado. No entanto o paciente não está em uso de hipolipemiantes (estatinas, por exemplo) que faz parte do tratamento otimizado para Doença Arterial Coronariana.</p> <p>RESPOSTA AO RECURSO: O recurso NÃO PROCEDE. Concordo que as estatinas fazem parte do tratamento da DAC, mas a questão em discussão é insuficiência cardíaca crônica e risco de morte súbita, logo a recomendação de CDI para prevenção primária de morte súbita na IC não depende do uso de estatina mas de IECA, espironolactona e b-bloqueador. Manter a resposta do gabarito.</p>			

QUESTÃO:	RESULTADO:		
42	<input type="checkbox"/> Manter a Questão	<input checked="" type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – Prezada banca examinadora, de acordo com o livro-texto Rezende Obstetria 12ª edição, capítulo 20, página 268, o período de expulsão leva 50 minutos em primíparas e 20 minutos em múltiparas. O período expulsivo é considerado prolongado após 2 horas em primíparas e 1 hora em múltiparas. Não há, portanto, qualquer opção de resposta adequada para a duração esperada do período expulsivo. Solicito a anulação da questão.</p> <p>RECURSO 02 – Prezada banca examinadora, de acordo com o livro-texto Rezende Obstetria 12ª edição, capítulo 20, página 268, o período de expulsão leva 50 minutos em primíparas e 20 minutos em múltiparas. O período expulsivo é considerado prolongado após 2 horas em primíparas e 1 hora em múltiparas. Não há, portanto, qualquer opção de resposta adequada para a duração esperada do período expulsivo. Solicito a anulação da questão.</p> <p>RECURSO 03 – Prezada banca examinadora, de acordo com o livro-texto Rezende Obstetria 12ª edição, capítulo 20, página 268, o período de expulsão leva 50 minutos em primíparas e 20 minutos em múltiparas. O período expulsivo é considerado prolongado após 2 horas em primíparas e 1 hora em múltiparas. Não há, portanto, qualquer opção de resposta adequada para a duração esperada do período expulsivo. Solicito a anulação da</p>			

questão.

RECURSO 04 – Prezada banca examinadora, De acordo com o livro-texto Rezende Obstetrícia 12ª edição, capítulo 20, página 268, o período de expulsão leva 50 minutos em primíparas e 20 minutos em múltiparas. O período expulsivo é considerado prolongado após 2 horas em primíparas e 1 hora em múltiparas. Não há, portanto, qualquer opção de resposta adequada para a duração esperada do período expulsivo. Solicito a anulação da questão.

RECURSO 05 – Prezada banca examinadora, De acordo com o livro-texto Rezende Obstetrícia 12ª edição, capítulo 20, página 268, o período de expulsão leva 50 minutos em primíparas e 20 minutos em múltiparas. O período expulsivo é considerado prolongado após 2 horas em primíparas e 1 hora em múltiparas. Não há, portanto, qualquer opção de resposta adequada para a duração esperada do período expulsivo. Solicito a anulação da questão.

RECURSO 06 – Prezada banca examinadora, de acordo com o livro-texto Rezende Obstetrícia 12ª edição, capítulo 20, página 268, o período de expulsão leva 50 minutos em primíparas e 20 minutos em múltiparas. O período expulsivo é considerado prolongado após 2 horas em primíparas e 1 hora em múltiparas. Não há, portanto, qualquer opção de resposta adequada para a duração esperada do período expulsivo. Solicito a anulação da questão.

RECURSO 07 – Prezada banca examinadora, de acordo com o livro-texto Rezende Obstetrícia 12ª edição, capítulo 20, página 268, o período de expulsão leva 50 minutos em primíparas e 20 minutos em múltiparas. O período expulsivo é considerado prolongado após 2 horas em primíparas e 1 hora em múltiparas. Não há, portanto, qualquer opção de resposta adequada para a duração esperada do período expulsivo. Solicito a anulação da questão.

RECURSO 08 – Prezados membros da banca examinadora, De acordo com o livro-texto Rezende Obstetrícia 12ª edição, capítulo 20, página 268, o período de expulsão leva 50 minutos em primíparas e 20 minutos em múltiparas. O período expulsivo é considerado prolongado após 2 horas em primíparas e 1 hora em múltiparas. Não há, portanto, qualquer opção de resposta adequada para a duração esperada do período expulsivo. Solicito a anulação da questão.

RECURSO 09 – Prezada banca examinadora, A questão traz como correta a assertiva que trata do período expulsivo sendo de 40 minutos para primíparas, porém livros-texto de referência, como o Rezende Obstetrícia em sua 12ª Edição, trazem informações discordantes, considerando tal tempo como 50 minutos, e outras fontes ainda trazem contagens diferentes da exposta. Assim sendo, não há alternativa que contemple adequadamente a definição do termo período expulsivo. Sugiro a anulação da questão.

RECURSO 10 – Prezada banca, de acordo com livro-texto Rezende Obstetrícia 12ª edição, capítulo 20 página 268, o período expulsivo dura 50 minutos em primíparas e 20 minutos em múltiparas, sendo que o mesmo é considerado prolongado após 01 hora em múltiparas e 02 horas em primíparas. Desta maneira, não há qualquer opção de resposta adequada para a duração esperada do período expulsivo. Solicito a anulação da questão.

RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso **PROCEDE**. Embora a questão esteja bem formulada, houve infeliz incorreção na grafia das alternativas. Questão anulada.

QUESTÃO:	RESULTADO:		
52	<input checked="" type="checkbox"/> Manter a Questão	<input type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – A resposta do gabarito a questão é a letra D, que está correta no diagnóstico, no entanto, a microbiota mais comum é Neisseria Gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis, além de que o tratamento mínimo aceitável pelo Center of Disease Control e Ministério da Saúde não pode ser realizado apenas com doxiciclina, precisa estar associado com uma Cefalosporina de 2ª ou 3ª geração em dose única. FONTE: Rotinas de Ginecologia e protocolo para diagnóstico e tratamento de DST do MS.</p> <p>RECURSO 02 – Prezada banca examinadora, A questão 52 aborda um caso de uma paciente com queixa de dor abdominal, secreção com odor fétido e dor à mobilização do colo, sendo o diagnóstico mais provável a DIP. Em se tratando de DIP, a Chlamydia trachomatis e a Neisseria gonorrhoeae são os dois únicos patógenos primários relatados na literatura. A despeito do evento inicial, a microbiologia da DIP é polimicrobiana, composta por aeróbios facultativos e anaeróbios, incluindo o Ureaplasma urealyticum. É perguntado sobre o diagnóstico MAIS PROVÁVEL, a MICROBIOTA MAIS FREQUENTE e o tratamento ACEITÁVEL. É inegável que o diagnóstico mais provável é de DIP. A microbiota não significa o agente primário e, como já foi dito, é polimicrobiana e inclui o Ureaplasma urealyticum. No entanto, quando falamos de tratamento aceitável devem-se incluir pelo menos duas drogas para cobertura de anaeróbios, gonococo e clamídia, ou uma quinolona de 3ª geração. Os esquemas preconizados pelo CDC e publicados no livro Ginecologia de Williams, 2012, capítulo 3 são: Regime A: Levofloxacina 500mg 1x/dia 14 dias Ou Ofloxacina 400mg 1x/dia 14 dias Com ou sem Metronidazol 500mg 2x/dia 14 dias Regime B: Ceftriaxone 250mg IM dose única Além de Doxiciclina 100mg 2x/dia 14 dias Com ou sem metronidazol conforme acima Sendo assim, apenas a doxiciclina não seria considerado um tratamento aceitável. Solicito a anulação da referida questão.</p> <p>RECURSO 03 – Prezada banca examinadora, A questão 52 aborda um caso de uma paciente com queixa de dor abdominal, secreção com odor fétido e dor à mobilização do colo, sendo o diagnóstico mais provável a DIP. Em se tratando de DIP, a Chlamydia trachomatis e a Neisseria gonorrhoeae são os dois únicos patógenos primários relatados na literatura. A despeito do evento inicial, a microbiologia da DIP é polimicrobiana, composta por aeróbios facultativos e anaeróbios, incluindo o Ureaplasma urealyticum. É perguntado sobre o diagnóstico mais provável, a microbiota mais frequente e o tratamento aceitável (considerando casos leves). É inegável que o diagnóstico mais provável é de DIP. A microbiota é polimicrobiana e inclui o Ureaplasma urealyticum. No entanto, quando falamos de tratamento aceitável devem-se incluir pelo menos duas drogas para cobertura de anaeróbios, gonococo e clamídia, ou uma quinolona de 3ª geração. Os esquemas preconizados pelo CDC e publicados no livro Ginecologia de Williams, 2012, capítulo 3 são: Regime A: Levofloxacina 500mg 1x/dia 14 dias Ou Ofloxacina 400mg 1x/dia 14 dias Com ou sem Metronidazol 500mg 2x/dia 14 dias Regime B: Ceftriaxone 250mg IM dose única Além de Doxiciclina 100mg 2x/dia 14 dias Com ou sem metronidazol conforme acima Ou Cefoxitina 2g IM com probenecida 1g dose única Além de Doxiciclina 100mg conforme acima Com ou sem metronidazol conforme acima Ou Cefprozime ou cefotaxime 1g IM Além de Doxiciclina conforme acima Com ou sem metronidazol conforme acima Sendo assim, apenas a doxiciclina não seria considerado um tratamento aceitável. Solicito a anulação da referida questão.</p> <p>RECURSO 04 – Prezada banca examinadora, A questão 52 aborda um caso de uma paciente com queixa de dor abdominal, secreção com odor fétido e dor à mobilização do colo, sendo o diagnóstico mais provável a DIP. Em se tratando de DIP, a Chlamydia</p>			

trachomatis e a Neisseria gonorrhoeae são os dois únicos patógenos primários relatados na literatura. Apesar do evento inicial, a microbiologia da DIP é polimicrobiana, composta por aeróbios facultativos e anaeróbios, incluindo o Ureaplasma urealyticum. É perguntado sobre o diagnóstico MAIS PROVÁVEL, a MICROBIOTA MAIS FREQUENTE e o tratamento ACEITÁVEL. É inegável que o diagnóstico mais provável é de DIP. A microbiota não significa o agente primário e, como já foi dito, é polimicrobiana e inclui o Ureaplasma urealyticum. No entanto, quando falamos de tratamento aceitável devem-se incluir pelo menos duas drogas para cobertura de anaeróbios, gonococo e clamídia, ou uma quinolona de 3ª geração. Os esquemas preconizados pelo CDC e publicados no livro Ginecologia de Williams, 2012, capítulo 3 são: Regime A: Levofloxacina 500mg 1x/dia 14 dias Ou Ofloxacina 400mg 1x/dia 14 dias Com ou sem Metronidazol 500mg 2x/dia 14 dias Regime B: Ceftriaxone 250mg IM dose única Além de Doxiciclina 100mg 2x/dia 14 dias Com ou sem metronidazol conforme acima Ou Cefoxitina 2g IM com probenecida 1g dose única Além de Doxiciclina 100mg conforme acima Com ou sem metronidazol conforme acima Ou Cefprozime ou cefotaxime 1g IM Além de Doxiciclina conforme acima Com ou sem metronidazol conforme acima Sendo assim, apenas a doxiciclina não seria considerado um tratamento aceitável. Solicito a anulação da referida questão.

RECURSO 05 – Prezada banca examinadora, A questão 52 aborda um caso de uma paciente com queixa de dor abdominal, secreção com odor fétido e dor à mobilização do colo, sendo o diagnóstico mais provável a DIP. Em se tratando de DIP, a Chlamydia trachomatis e a Neisseria gonorrhoeae são os dois únicos patógenos primários relatados na literatura. Apesar do evento inicial, a microbiologia da DIP é polimicrobiana, composta por aeróbios facultativos e anaeróbios, incluindo o Ureaplasma urealyticum. É perguntado sobre o diagnóstico MAIS PROVÁVEL, a MICROBIOTA MAIS FREQUENTE e o tratamento ACEITÁVEL. É inegável que o diagnóstico mais provável é de DIP. A microbiota não significa o agente primário e, como já foi dito, é polimicrobiana e inclui o Ureaplasma urealyticum. No entanto, quando falamos de tratamento aceitável devem-se incluir pelo menos duas drogas para cobertura de anaeróbios, gonococo e clamídia, ou uma quinolona de 3ª geração. Os esquemas preconizados pelo CDC e publicados no livro Ginecologia de Williams, 2012, capítulo 3 são: Regime A: Levofloxacina 500mg 1x/dia 14 dias Ou Ofloxacina 400mg 1x/dia 14 dias Com ou sem Metronidazol 500mg 2x/dia 14 dias Regime B: Ceftriaxone 250mg IM dose única Além de Doxiciclina 100mg 2x/dia 14 dias Com ou sem metronidazol conforme acima Ou Cefoxitina 2g IM com probenecida 1g dose única Além de Doxiciclina 100mg conforme acima Com ou sem metronidazol conforme acima Ou Cefprozime ou cefotaxime 1g IM Além de Doxiciclina conforme acima Com ou sem metronidazol conforme acima Sendo assim, apenas a doxiciclina não seria considerado um tratamento aceitável. Solicito a anulação da referida questão.

RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso **NÃO PROCEDE**. A referida questão tem como base a avaliação do candidato em seus conhecimentos sobre a Doença Inflamatória Pélvica. Sempre se considera que o candidato escolha a alternativa que julgar mais correta. De acordo com o protocolo de tratamento para DIP do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (<http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/pid.htm>) a escolha da doxiciclina se relaciona diretamente com o microorganismo citado na alternativa considerada como correta. A análise pormenorizada das demais alternativas mostra possibilidades absolutamente inverossímeis. Sendo assim será mantida a questão como resposta correta a alternativa E.

QUESTÃO:	RESULTADO:		
56	<input checked="" type="checkbox"/> Manter a Questão	<input type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – Prezada Banca Examinadora, Segundo o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusões de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela.” Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores da 17OH progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínico e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta.</p> <p>RECURSO 02 – Prezada Banca! Conforme os Critérios de Rotterdam, estabelecidos no Consenso de Rotterdam de 2003, bastam 2 dos 3 para fechar o diagnóstico: Oligo ou anovulação; Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo; ovários policísticos à ultrassonografia, 12 ou mais folículos medindo de 2 a 9mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado >10cm³. Segundo esses critérios, percebemos que as opções A e D também estão corretas. Por isso solicito a anulação da questão, por existirem três alternativas corretas.</p> <p>RECURSO 03 – Prezada Banca Examinadora, Segundo o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusões de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela.” Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores da 17OH progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínico e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta.</p> <p>RECURSO 04 – Prezada Banca Examinadora, Segundo o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusões de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela.” Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-</p>			

hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores da 17OH progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínico e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta.

RECURSO 05 – Prezada Banca Examinadora, Segundo o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusões de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela.” Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores da 17OH progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínico e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta.

RECURSO 06 – Prezada Banca Examinadora, Segundo o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusões de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela.” Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores da 17OH progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínico e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta.

RECURSO 07 – Prezada Banca Examinadora, Segundo o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusões de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela”. Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-

hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores da 17OH progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínico e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta.

RECURSO 08 – Prezada Banca Examinadora, Segundo o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusões de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela.” Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores da 17OH progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínico e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta. Grata.

RECURSO 09 – Prezada Banca Examinadora, Segundo o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusões de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela.” Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores da 17OH progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínico e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta.

RECURSO 10 – Prezada Banca Examinadora, Segundo o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusões de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela.” Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-

hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores da 17OH progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínico e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta.

RECURSO 11 – Prezada banca examinadora, Na referida questão a opção 'C' está correta, pois a SOP é um diagnóstico de exclusão e assim devemos buscar outras patologias antes de firmar seu diagnóstico. Mas segundo o Consenso de Rotterdam (2003) em que se estabeleceram critérios diagnósticos para SOP, encontramos o seguinte: Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: - Oligo ou anovulação - Sinais clínico e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo - Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Assim sendo, a alternativa 'D' também se encontra correta, pois a caracterização do hiperandrogenismo clínico pode dispensar a necessidade de dosagens hormonais segundo o Consenso de Rotterdam, levando a questão a contar com duas alternativas corretas. Pelo exposto sugiro a anulação da questão.

RECURSO 12 – Prezada Banca Examinadora, Segundo o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusões de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela.” Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores da 17OH progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínico e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta.

RECURSO 13 – Prezada Banca Examinadora, Segundo o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusões de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela.” Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores da 17OH progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 2 dos 3 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínico

e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta.

RECURSO 14 – Prezada Banca Examinadora, de acordo com o livro de Ginecologia de Williams de 2011, capítulo 17, página 391, “a SOP é conhecida como um diagnóstico de exclusão. Portanto, é necessário fazer exclusão de rotina de outros distúrbios potencialmente sérios que possam ter alguma semelhança clínica com ela.” Na mesma referência bibliográfica, na página 392, ele cita que “Hiperplasia Adrenal Congênita consiste na deficiência parcial ou total de uma enzima envolvida na síntese do cortisol e da aldosterona, em geral a 21-hidroxilase, que leva ao acúmulo de seu substrato, a 17OH-progesterona.” Ou seja, nessa patologia os valores de 17OH-progesterona estão aumentados (>200ng/dl) ao contrário dos valores encontrados na SOP. Sendo assim, a afirmativa da opção C está correta. O Consenso de Rotterdam (2003) estabeleceu os critérios diagnósticos para SOP. Pelo menos 02 dos 03 critérios abaixo devem estar presentes: Oligo ou anovulação Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo Ovários policísticos à ultrassonografia: 12 ou mais folículos medindo 2 a 9mm de diâmetro e/ou volume ovariano aumentado (>10cm³) Segundo esses critérios, podemos perceber que as opções A e D também estão corretas. Por isso, solicito anulação da questão por existirem três alternativas possíveis como resposta correta.

RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso NÃO PROCEDE. Segundo a mesma bibliografia, Ginecologia de Williams (2011) a Síndrome dos Ovários Policísticos é um diagnóstico de exclusão. A realização da ultrassonografia endovaginal é essencial para excluir a presença de tumores ovarianos produtores de androgênios (sobretudo se níveis séricos de testosterona >200ng/dL) e não apenas para se definir critérios ultrassonográficos segundo o Consenso de Rotterdam (2003). Ainda no mesmo raciocínio, mesmo que a paciente do caso descrito apresente hirsutismo, a dosagem do nível sérico de testosterona é necessária para se excluir eventuais tumores produtores de androgênios. Portanto a única alternativa correta é a letra C.

QUESTÃO:	RESULTADO:		
58	() Manter a Questão	(X) Anular a Questão	() Mudar a Alternativa
RECURSO 01 – A questão tem como gabarito o item D que está correto, no entanto o item E também está correto. O tratamento de Vaginose bacteriana pode ser realizado de forma tópica com Metronidazol creme vaginal - um derivado imidazólico. Fonte: Rotinas em Ginecologia e Protocolo para diagnóstico e tratamento de DST do Ministério da Saúde.			
RESPOSTA AO RECURSO: O recurso PROCEDE . Questão com duas alternativas corretas: D e E, portanto a questão deverá ser anulada.			

QUESTÃO:	RESULTADO:		
68	() Manter a Questão	(X) Anular a Questão	() Mudar a Alternativa
RECURSO 01 – Senhores membros da banca organizadora, solicito anulação da questão 39, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado			

proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra "No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm importância secundária.

RECURSO 02 – Senhores membros da banca organizadora do concurso, solicito por meio deste documento, anulação da questão 39, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra " No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm importância secundária.

RECURSO 03 – Senhores membros da banca organizadora do concurso, solicito por meio deste documento, anulação da questão 39, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra "No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm importância secundária.

RECURSO 04 – Senhores membros da banca organizadora do concurso, solicito por meio deste documento, anulação da questão 39, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra "No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm importância secundária.

RECURSO 05 – Prezados membros da banca organizadora do concurso, Solicito por meio deste documento, anulação da questão 39, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra "No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm importância secundária.

RECURSO 06 – Senhores membros da banca organizadora do concurso, solicito por meio

deste documento, anulação da questão 68, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra "No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm importância secundária.

RECURSO 07 – Senhores membros da banca organizadora do concurso, solicito por meio deste documento, anulação da questão 68, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra "No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm importância secundária.

RECURSO 08 – Senhores membros da banca organizadora do concurso, solicito por meio deste documento, anulação da questão 39, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra "No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm importância secundária.

RECURSO 09 – Senhores membros da banca organizadora, Solicito por meio deste documento, anulação da questão 39, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra "No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm importância secundária.

RECURSO 10 – Senhores membros da banca organizadora do concurso. Solicito por meio deste documento, anulação da questão, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra "No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm

importância secundária.

RECURSO 11 – Senhores membros da banca organizadora do concurso, solicito por meio deste documento, anulação da questão 39, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra "No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm importância secundária.

RECURSO 12 – Prezada banca examinadora, solicito por meio deste documento, anulação da questão 68, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Além da opção E (gabarito oficial), a opção D também atende ao enunciado. Segundo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (LOPES) 3ª edição, seção 16, capítulo 5.6, página 1515, é possível ler na íntegra "No período neonatal, os principais agentes etiológicos responsáveis pelas meningites bacterianas são: E. coli, estreptococo do grupo B e a Listeria monocytogenes. Outras bactérias Gram-negativas, como Salmonella, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Haemophilus sp, Neisserias, e Gram-positivas, como pneumococos e estafilococos têm importância secundária.

RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso **PROCEDE**. Anular a questão.

QUESTÃO:	RESULTADO:		
69	<input type="checkbox"/> Manter a Questão	<input checked="" type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
RECURSO 01 – Crises convulsivas febris benignas da infância são associadas com febre. Referência: Tratado de Pediatria-Sociedade Brasileira de Pediatria- 2º edição p.1583.			
RECURSO 02 – Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: "A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris." "Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes." "De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas." Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.			
RECURSO 03 – Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: "A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio			

de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 04 – Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 05 – Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 06 – Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio

de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 07 – Prezada banca examinadora, Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 08 – Prezada Banca Examinadora, Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos verificar nos trechos destacados abaixo do Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Diante do exposto, pode-se perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 09 – Senhores membros da banca organizadora do concurso, solicito por meio

deste documento, anulação da questão 69, pelo fato da mesma possuir mais de uma resposta adequada para o enunciado proposto. Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 10 – Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 11 – Prezada Banca Examinadora, Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta.

Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão. Grata.

RECURSO 12 – Prezada banca examinadora, Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 13 – Prezada Banca Examinadora, em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 14 – Prezada banca examinadora, Na referida questão mais de uma alternativa encontra-se correta, levando-me a sugerir a anulação da mesma. Seguem-se algumas notas de referencias: Segundo o Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF “é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também

chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584.

RECURSO 15 – Senhores membros da banca organizadora do concurso. Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 16 – Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 17 – Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e

1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 18 – Em relação às Convulsões Febris (CF), podemos ler nos trechos destacados abaixo: “A melhor definição de CF é a do Consensus Development Meeting on Long-term Management of Febrile Seizures, que estabelece que a CF é um evento próprio de crianças, entre 3 meses e 5 anos de idade, associado a febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de outra doença neurológica aguda, e não precedido por crises febris.” “Embora os mecanismos responsáveis pela origem da CF não sejam inteiramente compreendidos, sabe-se que a febre a idade e a predisposição genética são os fatores importantes.” “De modo geral, as CF são tônico-clônicas generalizadas, de curta duração, únicas e precoces em uma mesma doença febril, e não se acompanham por fenômenos neurológicos pós-críticos. Essas características definem as CF típicas, simples, ou também chamadas de crises não-complicadas.” Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, Seção 19, Neurologia, Capítulo 3, Convulsões Febris, Páginas 1583 e 1584. Diante do exposto, podemos perceber que nas alternativas temos mais de uma opção correta, estando apenas a alternativa D incorreta. Como o enunciado solicita a afirmativa correta, a questão tem 4 respostas possíveis, estando o gabarito conflitante com o solicitado. Desta forma, solicito junto à banca examinadora a anulação da questão.

RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso **PROCEDE**. Anular a questão.

QUESTÃO:	RESULTADO:		
74	<input type="checkbox"/> Manter a Questão	<input checked="" type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – Prezada Banca examinadora, Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão.</p>			
<p>RECURSO 02 – Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão.</p>			
<p>RECURSO 03 – Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e</p>			

C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 04 – Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 05 – Prezada banca examinadora, Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 06 – Prezada Banca Examinadora, Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta (letras A e C corretas). Na estenose pulmonar, a SatO₂ arterial será normal mesmo em casos graves (letra D incorreta). A Tetralogia de Fallot é uma cardiopatia com 4 componentes: Obstrução da via de saída do ventrículo direito, CIV, dextroposição da aorta e hipertrofia do ventrículo direito. Geralmente a cianose não está presente ao nascimento e ocorre mais tarde no primeiro ano de vida, com o crescimento do paciente e hipertrofia do infundíbulo do ventrículo direito. Além disso, essa cardiopatia envolve shunt esquerda-direita a nível ventricular (letra E incorreta). Na Transposição de grandes vasos, a circulação sistêmica e a pulmonar existem como dois circuitos paralelos, e a sobrevivência no período neonatal imediato esta condicionada à presença do forame oval (FO) e do canal arterial (PCA), que permitem mistura de sangue oxigenado com o sangue desoxigenado. Na presença apenas de Tetralogia de Fallot, a PO₂ arterial é baixa e não se eleva consideravelmente após a oferta de O₂ a 100% (letra B incorreta). Por existirem duas alternativas iguais, solicito a anulação da questão. Obrigada pela atenção, Andréia.

RECURSO 07 – Presada banca, Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 08 – Prezada Banca Examinadora, Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A

Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão. Grata.

RECURSO 09 – Prezada banca examinadora: Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 10 – Prezada banca examinadora, Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 11 – Prezada banca examinadora, Na análise do quadro clínico exposto pode-se inferir como correta a assertiva que trata da hipertensão pulmonar, porém a mesma consta em duplicidade na questão. assim sendo, sugiro a anulação da questão.

RECURSO 12 – Prezada banca examinadora, Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito a anulação da questão.

RECURSO 13 – Um gradiente de PaCO₂ entre um local pré-ductal(MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é o reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direita-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado da resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 14 – Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultado a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão.

RECURSO 15 – Um gradiente de PaO₂ entre um local pré-ductal (MSD) e outro pós-ductal (MIE) maior que 20mmHg ou diferença de SatO₂ maior que 5% sugere shunt de derivação direita-esquerda, através do ducto arterioso. A Hipertensão Pulmonar Persistente no recém-nascido é reflexo da persistência do padrão de circulação fetal após o nascimento, com shunt direito-esquerda através do PCA e do forame oval, resultando a resistência vascular pulmonar excessivamente alta. A questão apresenta duas alternativas iguais (A e C), que respondem corretamente à questão. Portanto, solicito à banca examinadora a anulação da questão.

RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso **PROCEDE**. Anular a questão.

QUESTÃO:	RESULTADO:		
75	<input type="checkbox"/> Manter a Questão	<input checked="" type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – Prezada Banca! De acordo com o Nelson- Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele, ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas na conduta do caso descrito, e que a resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão.</p>			
<p>RECURSO 02 – De acordo com o Nelson- Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele, ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas na conduta do caso descrito, e que a</p>			

resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão.

RECURSO 03 – Prezados membros da banca examinadora, De acordo com o Nelson-Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele, ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas na conduta do caso descrito, e que a resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão.

RECURSO 04 – De acordo com o Nelson- Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele, ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas na conduta do caso descrito, e que a resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão.

RECURSO 05 – Prezados membros da banca examinadora, De acordo com o Nelson-Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele, ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente

iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas na conduta do caso descrito, e que a resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão. Grata.

RECURSO 06 – De acordo com o Nelson- Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele, ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas na conduta do caso descrito, e que a resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão.

RECURSO 07 – De acordo com o Nelson- Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele, ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas na conduta do caso descrito, e que a resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão.

RECURSO 08 – Prezados membros da banca examinadora, De acordo com o Nelson- Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele,

ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas na conduta do caso descrito, e que a resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão. Atenciosamente,

RECURSO 09 – Prezada banca examinadora, De acordo com o Nelson- Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele, ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas na conduta do caso descrito, e que a resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão.

RECURSO 10 – Senhores membros da banca organizadora do concurso. De acordo com o Nelson- Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele, ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas

na conduta do caso descrito, e que a resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão.

RECURSO 11 – Prezada banca examinadora, De acordo com o Nelson- Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele, ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas na conduta do caso descrito, e que a resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão.

RECURSO 12 – De acordo com o Nelson- Tratado de Pediatria 19ª edição, capítulo 170 (Febre sem Foco), pág 897-898, “lactentes de 1-3 meses de idade com febre que apresentam bom estado geral, que apresentavam boa condição de saúde anteriormente, que não apresentam evidências de infecções de pele, ossos, articulações ou ouvidos e que apresentam leucometria global de 5.000-15.000 células/mL, contagem de bastões < 1.500 células/mL e exame de urina normal com resultados de culturas negativos (sangue e urina) provavelmente não tem infecção bacteriana grave”. A coleta de LCR em criança depende da decisão de administrar antibióticos empíricos. Se é planejada observação sem antibióticos, a LCR pode ser adiada. Se houver deterioração clínica, deve-se proceder à coleta do LCR e posteriormente iniciar antibioticoterapia. Se o paciente de 1-3 meses e temperatura maior ou igual a 38 graus é de baixo risco, ou seja, história médica sem complicações, exame físico normal e exames laboratoriais normais, não administrar antibióticos, assegurar o acompanhamento em 24h e acesso a cuidados de emergência se houver piora clínica. “O acompanhamento diário deve ocorrer até que as culturas de sangue, urina e LCR sejam finalizadas” (pág. 898, tabela 170-3). Considerando que as culturas de sangue e urina devem ser coletadas na conduta do caso descrito, e que a resposta fornecida pela banca não contempla tais exames, solicito anulação da referida questão.

RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso **PROCEDE**. Anular a questão.

QUESTÃO:	RESULTADO:		
82	() Manter a Questão	(X) Anular a Questão	() Mudar a Alternativa
RECURSO 01 – A questão tem como resposta o item E : vacina contra sarampo. No entanto, também é uma vaciana de agente inativado a Hib (item D) contra haemophilus influenzae. Fonte: Calendário de Imunização do Ministério da Saúde e Calendário de Imunização da SBP.			

RECURSO 02 – Prezada banca examinadora, segundo consagrado livro de clínica médica, possuímos uma incongruência em relação ao gabarito fornecido para a questão: a vacina contra o sarampo constitui-se de vírus atenuados e as vacinas DPT, contra hepatite A, contra a raiva e Hib são vacinas inativadas. Segue trecho: “As duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B)... As vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço... Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos... ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)”. Fonte: HARRISON - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772. Isto posto, solicito anulação da questão.

RECURSO 03 – Prezada banca examinadora, segundo consagrado livro de clínica médica, possuímos uma incongruência em relação ao gabarito fornecido para a questão: a vacina contra o sarampo constitui-se de vírus atenuados e as vacinas DPT, contra hepatite A, contra a raiva e Hib são vacinas inativadas. Segue trecho: “As duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B)... As vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço... Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos... ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)”. Fonte: HARRISON - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772. Isto posto, solicito anulação da questão.

RECURSO 04 – Prezada banca examinadora, segundo consagrado livro de clínica médica, possuímos uma incongruência em relação ao gabarito fornecido para a questão: a vacina contra o sarampo constitui-se de vírus atenuados e as vacinas DPT, contra hepatite A, contra a raiva e Hib são vacinas inativadas. Segue trecho: “As duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B)... As vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço... Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina

contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos...ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)". Fonte: HARRISON - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772. Isto posto, solicito anulação da questão.

RECURSO 05 – Prezada banca examinadora, segundo consagrado livro de clínica médica, possuímos uma incongruência em relação ao gabarito fornecido para a questão: a vacina contra o sarampo constitui-se de vírus atenuados e as vacinas DPT, contra hepatite A, contra a raiva e Hib são vacinas inativadas. Segue trecho: "As duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B)... As vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço...Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos...ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)". Fonte: HARRISON - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772. Isto posto, solicito anulação da questão.

RECURSO 06 – Prezada banca examinadora, segundo o HARRISON - medicina interna, possuímos uma incongruência em relação ao gabarito fornecido para a questão: a vacina contra o sarampo constitui-se de vírus atenuados e as vacinas DPT, contra hepatite A, contra a raiva e Hib são vacinas inativadas. Segue trecho: "As duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B)... As vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço...Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos...ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)". Fonte: HARRISON - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772. Isto posto, solicito anulação da questão.

RECURSO 07 – Prezada banca examinadora, Segundo o Harrison - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772 "as duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B). As

vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço. Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos...ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)". Com isso parece haver uma incompatibilidade em relação ao que é solicitado pela questão e o gabarito fornecido, e desta forma, solicito anulação da questão. Obrigada pela atenção, Andréia.

RECURSO 08 – Prezada banca examinadora, segundo encontramos na referência HARRISON - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772., possuímos uma incongruência em relação ao gabarito fornecido para a questão: a vacina contra o sarampo constitui-se de vírus atenuados e as vacinas DPT, contra hepatite A, contra a raiva e Hib são vacinas inativadas. Segue trecho: "As duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B)... As vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço...Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos...ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)". Isto posto, solicito anulação da questão.

RECURSO 09 – Prezada banca examinadora, segundo consagrado livro de clínica médica, possuímos uma incongruência em relação ao gabarito fornecido para a questão: a vacina contra o sarampo constitui-se de vírus atenuados e as vacinas DPT, contra hepatite A, contra a raiva e Hib são vacinas inativadas. Segue trecho: "As duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B)... As vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço...Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos...ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)". Fonte: HARRISON - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772. Isto posto, solicito anulação da questão.

RECURSO 10 – Prezada banca examinadora, segundo consagrado livro de clínica médica, possuímos uma incongruência em relação ao gabarito fornecido para a questão: a vacina contra o sarampo constitui-se de vírus atenuados e as vacinas DPT, contra hepatite A, contra a raiva e Hib são vacinas inativadas. Segue trecho: “As duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B)... As vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço... Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos... ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)”. Fonte: HARRISON - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772. Isto posto, solicito anulação da questão.

RECURSO 11 – Prezada banca examinadora, Nas assertivas expostas apenas a vacina contra o sarampo não é inativada, sendo composta por vírus atenuado. Assim sendo, solicito a anulação da questão. Referência “As duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B)... As vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço... Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos... ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)”. Fonte: HARRISON - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772.

RECURSO 12 – Prezada banca examinadora, segundo consagrado livro de clínica médica, possuímos uma incongruência em relação ao gabarito fornecido para a questão: a vacina contra o sarampo constitui-se de vírus atenuados e as vacinas DPT, contra hepatite A, contra a raiva e Hib são vacinas inativadas. Segue trecho: “As duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B)... As vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço... Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos

proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos...ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)". Fonte: HARRISON - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772. Isto posto, solicito anulação da questão.

RECURSO 13 – Prezada banca examinadora, segundo consagrado livro de clínica médica, possuímos uma incongruência em relação ao gabarito fornecido para a questão: a vacina contra o sarampo constitui-se de vírus atenuados e as vacinas DPT, contra hepatite A, contra a raiva e Hib são vacinas inativadas. Segue trecho: "As duas abordagens padrão para a imunização ativa são (1) o uso de agentes infecciosos vivos, geralmente atenuados (p.ex., vírus do sarampo); e (2) a utilização de agentes inativados (p.ex., vírus da influenza), de seus constituintes (p. ex., Bordetella pertussis) ou de seus produtos, hoje comumente obtidos através de engenharia genética (p.ex., vacina contra a hepatite B)... As vacinas inativadas tipicamente exigem múltiplas doses de reforço... Todavia, as vacinas de microorganismos mortos podem ser extremamente eficazes. Por exemplo, a vacina contra a hepatite A parece ser efetiva em 100% dos receptores. As vacinas de microorganismos mortos atualmente disponíveis consistem em microorganismos integrais (p. ex., vacina contra peste), exotoxinas periféricas desintoxicadas (p.ex., toxoide tetânico), antígenos proteicos recombinantes (p.ex., vacina contra a hepatite B) ou antígenos carboidratos...ou na forma de polissacarídeo conjugado a uma proteína carreadora para induzir uma resposta de memória (p.ex., polissacarídeo Hib conjugado a um componente proteico apropriado)". Fonte: HARRISON - Medicina Interna. 17 Ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora - Vol I – Capítulo 116 – página 772. Isto posto, solicito anulação da questão.

RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso **PROCEDE**. Anular a questão.

QUESTÃO:	RESULTADO:		
96	<input type="checkbox"/> Manter a Questão	<input checked="" type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – Prezada banca examinadora: O mercúrio orgânico se encontra, principalmente, na forma de compostos alquilados (metilmercúrio, etilmercúrio), que foram utilizados, por décadas, como fungicidas na conservação de grãos e sementes, em cultura de cana de açúcar (no Brasil) como conservante dos gomos para o plantio, e pode ainda ser encontrado na indústria química como subproduto de sínteses. A intoxicação humana se dá pela via digestiva, por ingestão direta dos compostos ou de alimentos produzidos com grãos contaminados, ou consumo de peixes e frutos do mar que acumularam quantidades significativas de mercúrio orgânico. Além disso, amalgama dentária é feita com mercúrio metálico como podemos ver no site http://www.mma.gov.br/seguranca-quimica/mercurio. Portanto, considerando que a resposta foi mercúrio inorgânico, solicito a banca avaliadora a anulação da questão, pelo fato de não conter a resposta adequada.</p>			
<p>RECURSO 02 – "O mercúrio orgânico se encontra, principalmente, na forma de compostos alquilados (metilmercúrio, etilmercúrio), que foram utilizados, por décadas, como fungicidas na conservação de grãos e sementes, em cultura de cana de açúcar (no Brasil) como conservante dos gomos para o plantio, e pode ainda ser encontrado na indústria química como subproduto de sínteses. A intoxicação humana se dá pela via digestiva, por ingestão direta dos compostos ou de alimentos produzidos com grãos contaminados, ou consumo de peixes e frutos do mar que acumularam quantidades significativas de mercúrio orgânico. Além disso, amalgama dentária é feita com mercúrio metálico como podemos ver no site</p>			

<http://www.mma.gov.br/seguranca-quimica/mercurio>. Portanto, considerando que a resposta foi mercúrio inorgânico, solicito a banca avaliadora a anulação da questão, pelo fato de não conter a resposta adequada."

RECURSO 03 – Prezada banca examinadora, O mercúrio orgânico se encontra, principalmente, na forma de compostos alquilados (metilmercúrio, etilmercúrio), que foram utilizados, por décadas, como fungicidas na conservação de grãos e sementes, em cultura de cana de açúcar (no Brasil) como conservante dos gomos para o plantio, e pode ainda ser encontrado na indústria química como subproduto de sínteses. A intoxicação humana se dá pela via digestiva, por ingestão direta dos compostos ou de alimentos produzidos com grãos contaminados, ou consumo de peixes e frutos do mar que acumularam quantidades significativas de mercúrio orgânico. Além disso, amalgma dentária é feita com mercúrio metálico como podemos ver no site <http://www.mma.gov.br/seguranca-quimica/mercurio>. Portanto, considerando que a resposta foi mercúrio inorgânico, solicito a banca avaliadora a anulação da questão, pelo fato de não conter a resposta adequada.

RECURSO 04 – Prezada banca examinadora, O mercúrio orgânico se encontra, principalmente, na forma de compostos alquilados (metilmercúrio, etilmercúrio), que foram utilizados, por décadas, como fungicidas na conservação de grãos e sementes, em cultura de cana de açúcar (no Brasil) como conservante dos gomos para o plantio, e pode ainda ser encontrado na indústria química como subproduto de sínteses. A intoxicação humana se dá pela via digestiva, por ingestão direta dos compostos ou de alimentos produzidos com grãos contaminados, ou consumo de peixes e frutos do mar que acumularam quantidades significativas de mercúrio orgânico. Além disso, amalgma dentária é feita com mercúrio metálico como podemos ver no site <http://www.mma.gov.br/seguranca-quimica/mercurio>. Portanto, considerando que a resposta foi mercúrio inorgânico, solicito a banca avaliadora a anulação da questão, pelo fato de não conter a resposta adequada.

RECURSO 05 – Prezada banca examinadora, o mercúrio orgânico se encontra, principalmente, na forma de compostos alquilados (metilmercúrio, etilmercúrio), que foram utilizados, por décadas, como fungicidas na conservação de grãos e sementes, em cultura de cana de açúcar (no Brasil) como conservante dos gomos para o plantio, e pode ainda ser encontrado na indústria química como subproduto de sínteses. A intoxicação humana se dá pela via digestiva, por ingestão direta dos compostos ou de alimentos produzidos com grãos contaminados, ou consumo de peixes e frutos do mar que acumularam quantidades significativas de mercúrio orgânico. Além disso, amalgma dentária é feita com mercúrio metálico como podemos ver no site <http://www.mma.gov.br/seguranca-quimica/mercurio>. Portanto, considerando que a resposta foi mercúrio inorgânico, solicito a banca avaliadora a anulação da questão, pelo fato de não conter a resposta adequada.

RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso **PROCEDE**. Anular a questão.

ANÁLISE DOS RECURSOS DA PROVA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CARDIOLOGIA

QUESTÃO:	RESULTADO:		
04	<input type="checkbox"/> Manter a Questão	<input type="checkbox"/> Anular a Questão	<input checked="" type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – A Surviving sepsis campaign teve seu primeiro texto publicado em 2004, revisado e recentemente atualizado, cita colher hemoculturas antes do início da terapia antimicrobiana, onde houve relevante impacto em redução da mortalidade em pacientes com sepse grave, entretanto em revisões atual de literatura não encontrei estudos relevantes que cita a oxigenioterapia hiperbárica para aumento da oxigenação tecidual como reconhecido papel em reduzir a mortalidade. Portanto a questão mais adequada seria a letra E.</p> <p>RESPOSTA AO RECURSO: O recurso PROCEDE. A alternativa correta é a letra E.</p>			

QUESTÃO:	RESULTADO:		
08	<input type="checkbox"/> Manter a Questão	<input checked="" type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – O teste respiratório com uréia marcada, embora apresente sensibilidade elevada, não é 100%, há relatos de baixa especificidade especialmente quando empregado em crianças com menos de 6 anos de idade, portanto nem sempre significa infecção atual. Portanto há duas questões erradas. Observação: esta refere a questão 8 a qual não encontrei a mesma como opção para envio.</p> <p>RESPOSTA AO RECURSO: O recurso PROCEDE. Anular a questão.</p>			

QUESTÃO:	RESULTADO:		
09	<input type="checkbox"/> Manter a Questão	<input type="checkbox"/> Anular a Questão	<input checked="" type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – Na portaria Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010, parágrafo único do art. 87 da Constituição, refere que o diagnóstico de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, e é realizado por meio da análise da história e das condições de vida do paciente, e do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autoconsidera-se um caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico: a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade; b) acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; e c) baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico. Portanto a questão mais adequada seria a letra C.</p> <p>RESPOSTA AO RECURSO: O recurso PROCEDE. A alternativa correta é a letra C.</p>			

QUESTÃO:	RESULTADO:		
27	<input type="checkbox"/> Manter a Questão	<input checked="" type="checkbox"/> Anular a Questão	<input type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – Os stents farmacológicos possui custo maior, tanto o custo financeiro como o custo da necessidade de terapia anti-agregante plaquetária agressiva por mais tempo, portanto, a escolha de stents farmacológicos deve ser criteriosa, para valer a pena o custo de sua utilização. A trombose de stent após o primeiro ano do implante, inicialmente verificou-se em alguns estudos, um pequeno, porém preocupante aumento na sua ocorrência tardia, porém a nova geração de stents farmacológicos com novas drogas um novo perfil de segurança sem comprometer a sua eficácia. Portanto a questão mais adequada é a letra D.</p> <p>RECURSO 02 – A questão 27 solicita que seja assinalada a alternativa que melhor descreve uma DESVANTAGEM dos stents coronários farmacológicos perante os stents coronários convencionais. O gabarito indica como correta a alternativa "E" - "Stent farmacológico é mais barato". Gabarito incorreto pois é notadamente conhecido que o Stent farmacológico é mais caro; e se fosse mesmo mais barato isso seria uma vantagem e não desvantagem como solicita a questão. Segue link com artigo que ilustra custos de stent convencional e farmacológico - http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000400001&script=sci_arttext O gabarito correto deveria ser a alternativa "C" que mostra uma real desvantagem do stent farmacológico - É imperativo o uso de antiagregantes plaquetários por 1 ano (no caso os tienopiridínicos). Seguem dois links que descrevem a necessidade desta terapia: http://cientifico.cardiol.br/cardiosource2/cardiologia/int_artigo81.asp?cod=545 http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2179-83972010000300018&script=sci_arttext. Solicito desta forma que a questão seja anulada.</p> <p>RESPOSTA AOS RECURSOS: O recurso PROCEDE. O enunciado deveria perguntar qual a "única alternativa correta", considerando o paciente como assintomático, sendo o aneurisma diagnosticado de forma acidental. Como colocado, temos mais de uma resposta correta sendo necessária a anulação da questão.</p>			

QUESTÃO:	RESULTADO:		
28	<input type="checkbox"/> Manter a Questão	<input type="checkbox"/> Anular a Questão	<input checked="" type="checkbox"/> Mudar a Alternativa
<p>RECURSO 01 – De acordo com as diretrizes sobre febre reumática, os achados sugerindo a patologia associado a evidencia de infecção estreptocócica recente (títulos elevados de antiestreptolisina O) o diagnostico e estabelecido quando há evidência de critérios de Jones, ou seja pelo menos 2 critérios maiores ou 1 critério maior e 2 menores. Critérios de Jones: Critérios maiores: Cardite, Artrite, Coreia de Sydenham, Eritema marginado, Nódulos Subcutâneos Critérios menores: Artralgia, Elevação dos reagentes de fase aguda (VHS, PCR), febre, Intervalo PR prolongado no ECG. Portanto existem duas questões que não estão de acordo com os critérios de Jones a opção C e D.</p> <p>RESPOSTA AO RECURSO: O recurso PROCEDE. A alternativa correta é a letra D.</p>			

Publique-se e cumpra-se.

Cascavel, 04 de dezembro de 2014.

ANDRÉ PEREIRA WESTPHALEN
Coordenador da Comissão de Residência Médica
Presidente da Comissão do Processo Seletivo