



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78680337/0001-84

Rua Universitária, 1619 - Fone: (45) 3220-3000 - Fax: (45) 3324-4590

Jardim Universitário - Cx. P. 000701 - CEP 85819-110 - Cascavel - Paraná

www.unioeste.br

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

EDITAL Nº 029/2016-CPS/COREME

RESPOSTAS AOS RECURSOS CONTRA O GABARITO PROVISÓRIO DA PROVA OBJETIVA PARA A SELEÇÃO DE CANDIDATOS AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA UNIOESTE, PARA O ANO LETIVO DE 2017.

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 022/2016-CPS/COREME, de 22 de agosto de 2016,
- o Edital nº 028/2016-CPS/COREME, de 23 de novembro de 2016;

TORNA PÚBLICO:

1.1 – As respostas aos recursos contra o gabarito provisório 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: 02	(X) Manter a Questão
--------------------	-------------------------------

RECURSO 01 - Exames apresentados pelo paciente não são critérios de gravidade, amilase Adultos 20-160 U / L (método forte / laboratório dependente, lipase até 60, leucócitos 4000 a 12000, bastões 1 a 4%, proteína C reativa até 6, enfim não fatores de risco, agora paciente interna por dor abdominal com foco definido e não se drena essas coleções.

RESPOSTA AO RECURSO: O recurso **NÃO PROCEDE**. Coleção pancreática aguda não tem necessidade de drenagem. Proteína C reativa acima de 150mg/ml (no caso 175mg/dl) define pancreatite grave. Sabiston Textbook of Surgery, 19 edição. Página 1522, Section X, Abdomen. Chapter 56 (Exocrine Pancreas). Recurso não aceito.

QUESTÃO: 04	(X) Manter a Questão
--------------------	-------------------------------

RECURSO 01 – Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Venho solicitar a anulação da questão 4 do certame de acesso direto por não conter alternativa a ser assinalada. O gabarito oficial (letra B) diz que a doença em questão “pode ser tratada adequadamente na UBS com probabilidade de resolução de cerca de 70-80%”. Entretanto, sabe-se que as fissuras anais crônicas (mais de 6 semanas) têm baixa

resposta ao tratamento clínico, sendo necessário na maioria dos casos o tratamento cirúrgico (esfincterotomia); o qual não é possível de ser feito em uma Unidade Básica de Saúde.

RECURSO 02 – Gostaria de pedir a anulação da questão 4 da prova de acesso direto por não conter alternativa a ser assinalada. O gabarito oficial (letra B) diz que a doença em questão “pode ser tratada adequadamente na UBS com probabilidade de resolução de cerca de 70-80%”. Entretanto, sabe-se que as fissuras anais crônicas (mais de 6 semanas) têm baixa resposta ao tratamento clínico, sendo necessário na maioria dos casos o tratamento cirúrgico (esfincterotomia); o qual não é possível de ser feito em uma Unidade Básica de Saúde.”

RECURSO 03 – Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Venho solicitar a anulação da questão 4 da prova de acesso direto por não conter alternativa a ser assinalada. O gabarito oficial (letra B) diz que a doença em questão “pode ser tratada adequadamente na UBS com probabilidade de resolução de cerca de 70-80%”. Entretanto, sabe-se que as fissuras anais crônicas (mais de 6 semanas) têm baixa resposta ao tratamento clínico, sendo necessário na maioria dos casos o tratamento cirúrgico (esfincterotomia); o qual não é possível de ser feito em uma Unidade Básica de Saúde.

RECURSO 04 – “Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Venho solicitar a anulação da questão 4 do certame de acesso direto por não conter alternativa a ser assinalada. O gabarito oficial (letra B) diz que a doença em questão “pode ser tratada adequadamente na UBS com probabilidade de resolução de cerca de 70-80%”. Entretanto, sabe-se que as fissuras anais crônicas (mais de 6 semanas) têm baixa resposta ao tratamento clínico, sendo necessário na maioria dos casos o tratamento cirúrgico (esfincterotomia); o qual não é possível de ser feito em uma Unidade Básica de Saúde.”

RECURSO 05 – “Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Venho solicitar a anulação da questão 4 do certame de acesso direto por não conter alternativa a ser assinalada. O gabarito oficial (letra B) diz que a doença em questão “pode ser tratada adequadamente na UBS com probabilidade de resolução de cerca de 70-80%”. Entretanto, sabe-se que as fissuras anais crônicas (mais de 6 semanas) têm baixa resposta ao tratamento clínico, sendo necessário na maioria dos casos o tratamento cirúrgico (esfincterotomia); o qual não é possível de ser feito em uma Unidade Básica de Saúde.”

RECURSO 06 – Prezada banca examinadora, Gostaria de solicitar a revisão da questão de número 4. Nela, possuímos um caso clínico típico de fissura anal crônica (evolução maior que 6 semanas), mostrando-se com pouco sangramento à higiene, presença de plicoma e dor intensa ao evacuar. Esses dados clínicos corroboram com a revisão de literatura feita por Breen, E. & Bleday, R., e disponibilizado no UpToDate em outubro de 2016 (https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestations-diagnosis-prevention?source=search_result&search=chronic%20anal%20fissure&selectedTitle=2~150) A questão dada como certa, diz que este caso pode ser tratado na UBS com probabilidade de resolução de cerca de 70-80%, no entanto, como salientado na revisão citada acima, fissuras anais crônicas tem baixa resposta ao tratamento clínico, menos ainda se já tiverem sido iniciado algum tratamento anterior sem resposta (como o do caso), sendo melhor indicado para essas situações a intervenção cirurgica. Assim sendo, a questão fica sem alternativa correta. Muito obrigado pela atenção e pelos esclarecimentos. Att, Renato Sabah Gomes Soares

RECURSO 07 – Paciente com quadro clínico compatível com fissura anal (pouco

sangramento à higiene, presença de plicoma e dor intensa ao evacuar). Vejamos as alternativas: A- ERRADA: As hemorroidas internas (as que tem indicação em alguns casos de hemorroidectomia ou ligadura elástica) sangram muito, mas não doem. B- ERRADA: Paciente com fissura anal crônica (mais de 6 semanas). Nestes casos, o tratamento conservador apresenta baixa resposta, sendo indicado tratamento cirúrgico (esfincterotomia). C- ERRADA: Estas técnicas são utilizadas para tratamento das hemorroidas internas. D- ERRADA: Além do quadro ser típico de fissura anal, a trombose hemorroidária não apresenta sangramento e tem resolução espontânea em até 3 semanas. E- ERRADA: Mesmo que se tratasse de um abscesso anal, a drenagem vem sempre antes da antibioticoterapia. Portanto, todas as respostas estariam erradas. RECURSO “Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Venho solicitar a anulação da questão 4 do certame de acesso direto por não conter alternativa a ser assinalada. O gabarito oficial (letra B) diz que a doença em questão “pode ser tratada adequadamente na UBS com probabilidade de resolução de cerca de 70-80%”. Entretanto, sabe-se que as fissuras anais crônicas (mais de 6 semanas) têm baixa resposta ao tratamento clínico, sendo necessário na maioria dos casos o tratamento cirúrgico (esfincterotomia); o qual não é possível de ser feito em uma Unidade Básica de Saúde.”

RECURSO 08 – Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Venho solicitar a anulação da questão 4 do certame de acesso direto por não conter alternativa a ser assinalada. O gabarito oficial (letra B) diz que a doença em questão “pode ser tratada adequadamente na UBS com probabilidade de resolução de cerca de 70-80%”. Entretanto, sabe-se que as fissuras anais crônicas (mais de 6 semanas) têm baixa resposta ao tratamento clínico, sendo necessário na maioria dos casos o tratamento cirúrgico (esfincterotomia); o qual não é possível de ser feito em uma Unidade Básica de Saúde.

RECURSO 09 – Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Venho solicitar a anulação da questão 4 da prova de acesso direto por não conter alternativa a ser assinalada. O gabarito oficial (letra B) diz que a doença em questão “pode ser tratada adequadamente na UBS com probabilidade de resolução de cerca de 70-80%”. Entretanto, sabe-se que as fissuras anais crônicas (mais de 6 semanas) têm baixa resposta ao tratamento clínico, sendo necessário na maioria dos casos o tratamento cirúrgico (esfincterotomia); o qual não é possível de ser feito em uma Unidade Básica de Saúde.

RESPOSTA AOS RECURSOS: Os recursos **NÃO PROCEDEM**. A história clínica demonstra claramente um caso de fissura anal (dor anal evacuatória, já com algumas semanas de evolução, sangramento vermelho vivo e saliência anal que se trata de plicoma sentinela). Um trombo hemorroidário já teria sido absorvido neste período. Não se tratando de doença hemorroidária crônica ou aguda, exclui-se as alternativas A,C e D. Abscesso anal, sugerido na alternativa E também seria excluída, pois trata-se de fissura. Abscessos não tem evolução tão prolongada sem complicações. Ademais, se o diagnóstico fosse abscesso, deveria ser submetido a drenagem imediata. Restou portanto a alternativa B, que refere-se ao tratamento da fissura anal. As terapias conservadoras tem sido as preferidas para o tratamento da fissura anal. O “tratamento” até então instituído era de anestésicos e corticóides tópicos, sendo que estes por evidências de ensaios clínicos, não são superiores ao placebo, banhos de assento e cereais. Portanto não estava realizando tratamento adequado. As fissuras, mesmo classificadas como crônicas, podem ter sua cicatrização em até 70% com o uso tópico de nitratos ou bloqueadores de canais de cálcio. Estes medicamentos podem ser prescritos na UBS, sendo de baixo custo, alta adesão e bons resultados, levando ao bem-estar do paciente sem o risco de complicações operatórias.

Sabiston Textbook of Surgery : the biological basisog modern surgical practice – 19th ed. Section X(Abdomen) Chapter 53 (Anus), pag. 1392. Recursos não aceitos.

QUESTÃO: 11 | **(X) Anular a Questão**

RECURSO 01 – Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Venho solicitar a anulação da questão 11 do certame de acesso direto por não conter alternativa a ser assinalada. O gabarito oficial (letra D) afirma ser verdadeira a observação do residente D: “ o fechamento da parede abdominal deste paciente poderá levar a Síndrome do Compartimento Abdominal caracterizada pela pressão intra-abdominal superior a 20mmHg.” Ora, esta não é a definição de Síndrome do Compartimento Abdominal e sim a definição de hipertensão intra-abdominal graus III e IV, tão somente. Para definição de Síndrome do Compartimento Abdominal faz-se necessária a associação de pressão intra-abdominal superior a 20mmHg com uma nova disfunção ou falha orgânica. Por tais motivos, a observação do residente D não é verdadeira.

RESPOSTA AO RECURSO: O recurso **PROCEDE**. Síndrome do compartimento abdominal é diagnosticada quando a pressão intra-abdominal esta superior a 20 mmHg de forma sustentada, associada a falência de um ou de múltiplos órgãos. Recurso aceito.

QUESTÃO: 12 | **(X) Anular a Questão**

RECURSO 01 – Cara banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE Venho, respeitosamente, solcitar uma análise sobre a questão de número 12. Nela é apresentado o paciente “B”, 34 anos, IMC =36 e DRGE severa com “Barret curto”, além de hipertensão, DM2 e esteatose hepática. O RESIDENTE C afirmou que a cirurgia preferencial para o paciente B é a Gastrectomia Vertical e isso foi considerado correto pela banca. No entanto alguns estudos, como o de SANTORO, S et al, 2014 (http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082014000300287&script=sci_arttext&tIng=pt) e NASSIF, P.A.N. et al 2014 (http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202014000600063&script=sci_arttext&tIng=pt) por exemplo, são categóricos ao afirmar que a Gastrectomia Vertical pioram a doença do refluxo gastroesofágico, o que seria péssimo para nosso paciente B, que possui um quadro severo de acometimento, além de uma metaplasia (Barret curto). Sendo assim, essa alternativa seria Falsa, não havendo gabarito correto para questão. Grato pela atenção e pela ajuda, Att, Renato Sabah Gomes Soares

RECURSO 02 - Questão 12 – A questão fala sobre o tema obesidade e cirurgia bariátrica. São apresentados dois paciente, A e B com IMC 45 kg/m2 e 36kg/m2 respectivamente. Entre as assertivas, a primeira diz corretamente que o paciente A é obeso grau III, a segunda assertiva diz corretamente que o mesmo paciente se beneficiaria da Cirurgia de Derivação Gástrica em Y de ROUX. A quarta assertiva diz corretamente que o paciente B é obeso grau II, a terceira assertiva diz que a CIRURGIA PREFERENCIAL para o paciente é a Gastrectomia Vertical. E ai está o dado que prejudica o bom candidato. Segundo a decima nona edição do Tratado de Cirurgia Sabiston e a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica embora haja controvérsias quanto a qual técnica escolher a derivação gástrica em Y de Roux é comprovadamente a melhor opção para pacientes diabéticos, vem sendo estudada desde a década de 60, com eficácia em inúmeros trabalhos, enquanto a gastrectomia vertical, também considerada uma boa técnica para o emagrecimento e menos agressiva que o by-pass, é uma cirurgia mais recente, usada com mais frequência apenas a partir do ano 2000 e menos estudada sobre os reais benefícios e sobre suas possibilidades de recidiva da obesidade alguns anos após o procedimento. Observamos na

questão que ambos os pacientes são diabéticos e ambos se beneficiariam preferencialmente da derivação em Y de Roux. Outro ponto é que o paciente B tem doença do refluxo gastroesofágico e o by-pass é sabidamente uma cirurgia com propriedades antirreflexo, ao passo que esse aspecto ainda vem sendo estudado na gastrectomia vertical como exposto no link em anexo. Portanto ambos os pacientes se beneficiariam da Derivação gástrica em Y de Roux, diferente do que afirma a questão, tornando a mesma sem qualquer resposta correta. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-791301>.

RESPOSTA AOS RECURSOS: Os recursos **PROCEDEM**. RESIDENTE C: A cirurgia preferencial para o paciente B é Gastrectomia Vertical - FALSO, portanto invalida a questão por não ter assertiva correta. Recursos aceitos.

QUESTÃO: 14 | (X) Manter a Questão

RECURSO 01 – A questão apresenta duas opções, letras "C" e "E" iguais. Passível de anulação.

RECURSO 02 - Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Venho solicitar a anulação da questão 14 do certame de acesso direto por não conter alternativa a ser assinalada. O gabarito oficial (letra D) afirma ser verdadeira a observação do residente B: " nos pacientes hemodinamicamente instáveis, um FAST positivo sugere hemoperitônio e o passo seguinte é a laparotomia na maioria dos casos." Esta afirmação está errada na medida em que o residente afirma que um FAST positivo sugere hemoperitônio e o passo seguinte é a laparotomia. Ora, sabe-se que o FAST também analisa o pericárdio, e não somente a cavidade peritoneal, sendo desnecessária a realização de laparotomia em paciente com quadro de derrame pericárdico hemodinamicamente instável.

RESPOSTA AOS RECURSOS: Os recursos **NÃO PROCEDEM**. 1) Resposta correta é a alternativa "D" desta maneira não invalida a questão por apresentar as opções "C" e "E" iguais.

2) Questão correta!!! "nos pacientes hemodinamicamente instáveis, um FAST positivo sugere hemoperitônio e o passo seguinte é a laparotomia na maioria dos casos." - neste caso a laparotomia foi indicado pelo FAST positivo com hemoperitônio. Recursos não aceitos.

QUESTÃO: 15 | (X) Mudar a Alternativa

RECURSO 01 – Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate

Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 02 – Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 03 – Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Na questão 15, mais de uma alternativa pode ser considerada incorreta quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, fonte: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, solicito a extensão do gabarito para as alternativas B e C.

RECURSO 04 – Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 05 – Gostaria de solicitar que na questão 15 tenha mais de uma alternativa como gabarito, pois além da alternativa B a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, portanto gabarito deveria ser letra B e C.

RECURSO 06 – Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 07 – Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 08 – Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following

Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 09 – “Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 10 – Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 11 – Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta

da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 12 – Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 13 – O PSA e o toque retal são os exames de screening do câncer de próstata (A correta). O tratamento cirúrgico pode ser laparoscópico, convencional ou robótico, que apesar de progressivamente mais comum, ainda não é a primeira escolha (B incorreta). A abiraterona, um bloqueador da síntese de androgênios na adrenal, e a enzalutamida, que se liga a receptores de androgênios e bloqueia a síntese de DNA, são novas drogas no tratamento do câncer de próstata avançado, que podem ser empregadas também após falha da castração (E correta). A definição de falha bioquímica não é consenso, mas está relacionada a aumento do PSA após a sua queda, sem obrigatoriamente ter associação com o tempo do pós-operatório (D incorreta). Pacientes idosos com câncer de próstata podem ser tratados com cirurgia radical, entretanto a radioterapia é uma conduta adotada com frequência nesses casos e de forma alguma é proibida (B incorreta). Temos então 3 alternativas incorretas. Recurso: Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita

atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 14 – Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 15 – Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate

Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 16 – Prezada Banca Examinadora do concurso de residência médica da UNIOESTE: Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa D descreve incorretamente o conceito de falha bioquímica, que é ainda muito discutido na urologia. Esta é a definição mais aceita atualmente: "Define-se como recidiva bioquímica após radioterapia três aumentos consecutivos do PSA, acima do PSAn, sendo considerada a data de ocorrência da recidiva como a média entre a data do PSAn [PSA nadir] e a data da primeira elevação do PSA" (Franca CAS, Vieira SL, Penna ABRC, Definition of Biochemical Recurrence of Localized Prostate Cancer Following Radiotherapy: A Literature Review, Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 57-61) Além disso, a alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Assim, três alternativas (B, C e D) são respostas possíveis à questão. Solicito, portanto, a sua anulação.

RECURSO 17 – Cara Banca Examinadora, Na questão 15, mais de uma alternativa podem ser consideradas incorretas quanto ao câncer de próstata, além da alternativa B, resposta da questão. A alternativa C relata ser proibida a radioterapia em pacientes idosos com doença localizada, entretanto é uma das suas principais indicações nesses pacientes, em que a cirurgia radical não é tão realizada, como neste trecho: "Radical prostatectomy is preferred treatment in men younger than 70 years, whereas radiation therapy is applied predominantly in patients older than 70 years. Conservative therapy such as watchful waiting or androgen deprivation by luteinizing hormone-releasing hormone analogs is preferentially applied in men older than 80 years." (Stangelberger A, Waldert M, Djavan B, Prostate Cancer in Elderly Men, Rev Urol 2008 Spring; 10(2): 111–119) Solicito, portanto, a sua anulação.

RESPOSTA AOS RECURSOS: Os recursos **PROCEDEM**. Falha no gabarito. A alternativa correta é a letra C. **Mudar a alternativa para a letra C.**

QUESTÃO: 17 | (X) Manter a Questão

RECURSO 01 – Prezada banca examinadora, a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita em anexo na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos 7 mg x 90 kg = 630 mg Em uma regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos 8 mg x 90 kg = 720 mg; Em uma regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluimos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão.

RECURSO 02 – Prezada banca examinadora, Sabemos que a dose máxima de lidocaína

sem vasoconstritor é de 3-5mg/kg e com vasoconstritor é de 7-8mg/kg. Portanto, o cálculo para o paciente seria de 36 ml, não havendo alternativa correta! Por esse motivo solicito a anulação da questão.

RECURSO 03 – Prezada Banca Examinadora, Sabemos que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª Edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos $7 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 630 \text{ mg}$ Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos $8 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 720 \text{ mg}$; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, A alternativa mais próxima da resposta correta é a alternativa E, solicito troca do gabarito.

RECURSO 04 – Sabemos que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita em anexo na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos $7 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 630 \text{ mg}$ Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos $8 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 720 \text{ mg}$; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão

RECURSO 05 – Gostaria de solicitar a anulação da questão número 17, pois a mesma não apresenta gabarito. Sabemos que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita em anexo na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos $7 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 630 \text{ mg}$ Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos $8 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 720 \text{ mg}$; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão.

RECURSO 06 – Quando utilizamos lidocaína com vasoconstritor a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita em anexo na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7

mg/kg teremos $7 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 630 \text{ mg}$ Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos $8 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 720 \text{ mg}$; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão.

RECURSO 07 – Cara banca examinadora, Sabe-se que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos $7 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 630 \text{ mg}$ Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos $8 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 720 \text{ mg}$; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão.

RECURSO 08 – Sabemos que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita em anexo na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos $7 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 630 \text{ mg}$ Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos $8 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 720 \text{ mg}$; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão.

RECURSO 09 – “Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Questão 17: Sabemos que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita em anexo na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos $7 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 630 \text{ mg}$ Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos $8 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 720 \text{ mg}$; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, a alternativa que mais se aproxima e a letra E, por tanto, solicito a mudança do gabarito da letra D para a letra E.

RECURSO 10 – Cara Banca Examinadora, Sabemos que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-

se descrita em anexo na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos $7 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 630 \text{ mg}$ Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos $8 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 720 \text{ mg}$; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão ou então mudança de gabarito para letra E, a qual é a que mais se aproxima da dose máxima.

RECURSO 11 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Sabemos que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos $7 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 630 \text{ mg}$ Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos $8 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 720 \text{ mg}$; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão.

RECURSO 12 – Sabemos que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita em anexo na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos $7 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 630 \text{ mg}$ Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos $8 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 720 \text{ mg}$; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão.

RECURSO 13 – RECURSO Cara banca examinadora, sabemos que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita em anexo na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos $7 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 630 \text{ mg}$ Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos $8 \text{ mg} \times 90 \text{ kg} = 720 \text{ mg}$; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser

empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão.

RECURSO 14 – Prezada banca da UNIOESTE Venho por meio deste, solicitar a análise da questão de número 17, que diz respeito a dose máxima de lidocaína com vasoconstritor a 2% possível de ser utilizada em um paciente de 90 kg e com laceração de membro superior esquerdo. Segundos os dados dispostos no capítulo 14, pg 380, na tabela 14-8 do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª ed., a dose máxima preconizada é de até 7 a 8 mg/kg. Em uma ampola de lidocaína à 2%, temos uma apresentação de 20 mg/ml. Em um paciente de 90 kg, se utilizarmos as doses relatadas, podemos aplicar, no máximo 630-720 mg, que corresponde, a 31,5-36 ml. Nenhuma dessas resposta consta nas alternativas. Sendo assim, solicito a avaliação e a possível anulação da questão. Muito obrigado novamente por toda ajuda e atenção, Renato SG Soares

RECURSO 15 – Prezada banca examinadora, Sabemos que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita em anexo na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos 7 mg x 90 kg = 630 mg Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos 8 mg x 90 kg = 720 mg; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão.

RECURSO 16 – Prezada banca examinadora do concurso de residência médica da UNIOESTE: Sabemos que a dose de lidocaína sem vasoconstritor é de 3 a 5 mg/kg. Quando utilizamos vasoconstritor, diminuimos a toxicidade, portanto, a dose máxima recomendada é de 7 a 8 mg/kg. A dose recomendada encontra-se descrita em anexo na Tabela 14-8, presente no capítulo 14 (CHAPTER 14 Anesthesiology Principles, Pain management and Conscious Sedation), pag 380, do livro texto Sabiston Textbook of Surgery, 19ª edition. Lidocaína a 2% significa 2 g em 100 ml, o que é o mesmo que 2.000 mg em 100 ml ou 20 mg/ml Se utilizarmos a lidocaína com vasoconstritor, na dose de 7 mg/kg teremos 7 mg x 90 kg = 630 mg Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 630 mg corresponderá a 31,5 ml; Se utilizarmos a dose de 8 mg/kg, teremos 8 mg x 90 kg = 720 mg; Em uma simples regra de três: em 1 ml temos 20 mg, logo 720 mg corresponderá a 36 ml. Sendo assim, concluímos que a dose a ser empregada irá variar de 31,5 ml a 36 ml. Dessa forma, por não existir alternativa compatível, venho a solicitar a anulação da questão. Grato.

RESPOSTA AOS RECURSOS: Os recursos **NÃO PROCEDEM**. A lidocaína com vasoconstritor possui dose máxima calculada por peso de 7mg/kg. Entretanto, a dose máxima total não deve exceder 500mg por aplicação. Como o calculo para o peso do paciente (90kg) temos 630mg, que excede os 500mg. Portanto, teríamos na solução a 2% volume máximo permitido de 25mL. Texto extraído da bula da medicação: DOSAGENS MÁXIMAS RECOMENDADAS: • Adultos: Para adultos normais saudáveis, a dose máxima individual recomendada de cloridrato de lidocaína com epinefrina não deve exceder 7 mg/kg de peso corporal e em geral é recomendado que a dose máxima total não exceda 500 mg. Não obstante, na oitava edição do livro Miller's Anesthesia, de 2015, tabela 36-4, capítulo 36, página 1041, encontramos tal informação sobre a dose máxima de lidocaína com

vasoconstritor: 500mg. link para a imagem da tabela referida acima:

<https://dl.dropboxusercontent.com/u/37441111/Capturar.PNG>. Devido ao exposto acima, a resposta correta da questão permanece. Recursos não aceitos.

QUESTÃO: 18 (X) Mudar a Alternativa

RECURSO 01 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando que a reposição preferencialmente deve ser realizada com Ringer lactato; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, pagina 530 temos uma tabela com a formula de Parkland e toda explanação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição, temos em sua pagina 237: "...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer's lactate solution per kilogram of body weight per percentage BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ..." Sendo assim, de acordo com o que foi exposto não existe uma resposta adequada; dessa forma, venho a solicitar a anulação da referida questão

RECURSO 02 – Prezada banca examinadora, De acordo com a fórmula de Parkland, a solução que deve ser usada é CRISTALÓIDE (preferencialmente com Ringer Lactato)!! Portanto, solicito a alteração do gabarito para letra D

RECURSO 03 – O ATLS no capítulo de queimados orienta pela formula de Parkland: $2-4\text{ml}\times\text{peso}\times\text{area corporea queimada}\%$: volume a ser feito em 24 horas dividido em 50% nas primeiras 8 horas e o restante nas 16 horas restantes de solução fisiológica ou solução de ringer lactato. resposta certa D

RECURSO 04 – A questão solicita cálculo da reposição volêmica em paciente queimado com a fórmula de Parkland que preconiza 2 a 4 ml/kg/%Superfície de área queimada (metade nas primeiras 8 horas e metade nas 16 horas seguintes) utilizando solução cristalóide (preferencialmente ringer lactato). A alternativa mais adequada seria a (D) com utilização de solução fisiológica 0,9% (solução isotônica) e não solução glicosada 5% (hipotônica) conforme sugere o gabarito (B). Referência: - Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Página 10.

RECURSO 05 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando que a reposição preferencialmente deve ser realizada com Ringer lactato; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, pagina 530 temos uma tabela com a formula de Parkland e toda explanação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição, temos em sua pagina 237: "...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer's lactate solution per kilogram of body weight per percentage

BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ..." Sendo assim, de acordo com o que foi exposto não existe uma resposta adequada; dessa forma, venho a solicitar a anulação da

RECURSO 06 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide, a melhor resposta para a questão seria a alternativa D.

RECURSO 07 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, pagina 530 temos uma tabela com a formula de Parkland e toda explanação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição, temos em sua pagina 237: Sendo assim, de acordo com o que foi exposto, solicito alteração do gabarito para letra(D)

RECURSO 08 – Gostaria de solicitar a alteração do gabarito da questão de número 18 pois : Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a CRISTALÓIDE; Considerando que a reposição preferencialmente deve ser realizada com Ringer lactato; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, pagina 530 temos uma tabela com a formula de Parkland e toda explanação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição, temos em sua pagina 237.

RECURSO 09 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, pagina 530 temos uma tabela com a formula de Parkland e toda explanação sobre a escolha da solução cristalóide. Sendo assim, venho solicitar a mudança do gabarito provisório (letra B - Solução Glicosada) para a letra D (Soro fisiológico 0.9%).

RECURSO 10 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando que a reposição preferencialmente deve ser realizada com Ringer lactato; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, pagina 530 temos uma tabela com a formula de Parkland e toda explanação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição, temos em sua pagina 237: "...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer's lactate solution per kilogram of body weight per percentage BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain

an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ..." Sendo assim, de acordo com o que foi exposto não existe uma resposta adequada; dessa forma, venho a solicitar a anulação da referida questão.

RECURSO 11 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando que a reposição preferencialmente deve ser realizada com Ringer lactato; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, pagina 530 temos uma tabela com a formula de Parkland e toda explanação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição, temos em sua pagina 237: "...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer's lactate solution per kilogram of body weight per percentage BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ..." Sendo assim, de acordo com o que foi exposto não existe uma resposta adequada; dessa forma, venho a solicitar a anulação da referida questão.

RECURSO 12 – Questão 18: Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando que a reposição preferencialmente deve ser realizada com Ringer lactato; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, pagina 530 temos uma tabela com a formula de Parkland e toda explanação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição, temos em sua pagina 237: "...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer's lactate solution per kilogram of body weight per percentage BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ..." Sendo assim, de acordo com o que foi exposto a reposição pode ser feita com cristalóide, e a letra D seria a resposta mais adequada; dessa forma, venho a solicitar a mudança do gabarito da letra B para a letra D da referida questão.

RECURSO 13 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando que a reposição preferencialmente deve ser realizada com Ringer lactato; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, pagina 530 temos uma tabela com a formula de Parkland e toda explanação sobre a escolha da solução cristalóide (Ringer ou Soro Fisiológico 0,9%). Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição,

temos em sua pagina 237: "...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer's lactate solution per kilogram of body weight per percentage BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ..." Sendo assim, de acordo com o que foi exposto venho a solicitar a troca de gabarito para letra D.

RECURSO 14 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, pagina 530 temos uma tabela com a formula de Parkland e toda explanação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição, temos em sua pagina 237: "...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer's lactate solution per kilogram of body weight per percentage BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ..." Sendo assim, de acordo com o que foi exposto, venho a solicitar a alteração do gabarito para opção "D"

RECURSO 15 – Questão sobre o tratamento/hidratação do paciente grande queimado com 25% da superfície corporal queimada, com peso de 80 kg. Aplicando-se a Fórmula de Parkland é necessário a reposição de 8000 ml nas primeiras 24 horas, sendo metade desse volume infundido nas primeiras 8 horas. Segundo o Tratado de cirurgia Sabiston, décima nona edição pagina 384, a reposição deve ser com cristalóides. O ATLS da preferência ao Ringer Lactado, deixando a solução fisiológica como segunda opção. De toda forma o Gabarito divulgado traz a alternativa B como resposta correta da questão, que indica a reposição com Soro GLICOSADO a 5%, o que está incorreto. A melhor resposta seria a alternativa D, pois traz a reposição hídrica com cristalóide e o volume infundido correto.

RECURSO 16 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando que a reposição preferencialmente deve ser realizada com Ringer lactato; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, pagina 530 temos uma tabela com a formula de Parkland e toda explanação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição, temos em sua pagina 237: "...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer's lactate solution per kilogram of body weight per percentage BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ..." Sendo assim, de acordo com o que foi exposto não existe uma resposta adequada; dessa forma, venho a solicitar a anulação da referida questão.

RECURSO 17 – Prezados membros da comissão organizadora, solicito a alteração do

gabarito da questão 18 da alternativa “B” 8000 mL de Soro Glicosado 5%, sendo que metade deste volume deverá ser infundido nas primeiras 8 horas da queimadura e o restante nas 16 horas subsequentes para a alternativa “D” 8000 mL de Soro Fisiológico 0,9%, sendo que metade deste volume deverá ser infundido nas primeiras 8 horas da queimadura e o restante nas 16 horas subsequentes, visto que no livro ATLS 2ª edição, no Capítulo 9: Lesões Térmicas, em Avaliação primária e reanimação do doente queimado diz-se: “A reposição volêmica inicial do queimado é baseada em regras bem conhecidas. O doente queimado necessita de 2 a 4 mL de Ringer lactato por kg de peso corporal por porcentagem de ASC com queimadura de segundo e terceiro graus, nas primeiras 24 horas, para manter um volume sanguíneo circulante adequado e produzir um débito urinário satisfatório. O volume de líquido estimado é então oferecido da seguinte maneira: metade do volume total estimado é administrada nas primeiras 8 horas após a queimadura. O restante deve ser administrado nas 16 horas seguintes”. E também diz: “Além disso, doentes gravemente queimados podem ser portadores de outras lesões que provoquem choque hipovolêmico. O choque deve ser tratado segundo os princípios de reanimação, conforme já assinalado anteriormente no Capítulo 3: Choque”. Sendo nesse capítulo descrito em REPOSIÇÃO VOLÊMICA INICIAL (página 72): Na reanimação inicial são utilizadas soluções eletrolíticas isotônicas aquecidas, como Ringer lactato ou soro fisiológico. Também no livro Sabiston Textbook of Surgery, 19th Edition no capítulo 21 (Burns), página 530 diz: “Lactated Ringer’s solution without dextrose is the fluid of choice, except in children younger than 2 years, who should receive 5% dextrose Ringer’s lactate”. Sendo, portanto, preferível o uso de Soro Fisiológico 0,9% a Soro glicosado 5%.

RECURSO 18 – RECURSO Prezada banca examinadora, considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000 \text{ ml}$; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando que a reposição preferencialmente deve ser realizada com Ringer lactato; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, página 530 temos uma tabela com a fórmula de Parkland e toda explicação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9ª Edição, temos em sua página 237: “...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer’s lactate solution per kilogram of body weight per percentage BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ...” Sendo assim, de acordo com o que foi exposto não existe uma resposta adequada; dessa forma, venho a solicitar a mudança do gabarito para alternativa D ou anulação da referida questão.

RECURSO 19 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000 \text{ ml}$; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando que a reposição preferencialmente deve ser realizada com Ringer lactato; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, página 530 temos uma tabela com a fórmula de Parkland e toda explicação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9ª Edição, temos em sua página 237: “...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer’s lactate solution per kilogram of body weight per percentage

BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ..." Sendo assim, de acordo com o que foi exposto não existe uma resposta adequada; dessa forma, venho a solicitar a anulação da referida questão.

RECURSO 20 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando que a reposição preferencialmente deve ser realizada com Ringer lactato; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, página 530 temos uma tabela com a fórmula de Parkland e toda explicação sobre a escolha da solução cristalóide. Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição, temos em sua página 237: "...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer's lactate solution per kilogram of body weight per percentage BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ..." Sendo assim, de acordo com o que foi exposto não existe uma resposta adequada; dessa forma, venho a solicitar a anulação da referida questão.

RECURSO 21 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a fórmula de Parkland temos: $4\text{ml/Kg/\%ASCT} = 4 \times 80 \times 25 = 8000$ ml; onde $\frac{1}{2}$ deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra $\frac{1}{2}$ deve ser nas 16 horas seguintes; Considerando que a solução a ser usada nas primeiras 24h é a cristalóide; Considerando o Livro Tratado de Cirurgia Sabiston, 19 Edição, página 530 temos uma tabela com a fórmula de Parkland e toda explicação sobre a escolha da solução cristalóide. Sendo assim, de acordo com o que foi exposto, a resposta adequada para essa questão seria a alternativa "D"; dessa forma, venho a solicitar a mudança do gabarito para a letra "D".

RECURSO 22 – Prezada banca examinadora. Considerando o Student Manual do ATLS, 9a Edição, temos em sua página 237: "...The initial fluid rate for burn patients is based on several well-known formulas: Patients with burns require 2 to 4 mL of Ringer's lactate solution per kilogram of body weight per percentage BSA of deep partial-thickness and full-thickness burns during the first 24 hours to maintain an adequate circulating blood volume and provide adequate renal perfusion. The calculated fluid volume is initiated in the following manner: one-half of the total fluid is provided in the first 8 hours after the burn injury. ..." Sendo assim, de acordo com o que foi exposto não existe uma resposta adequada; dessa forma, venho a solicitar a anulação da referida questão.

RESPOSTA AOS RECURSOS: Os recursos **PROCEDEM**. Falha no gabarito. A alternativa correta é a letra D. **Mudar a alternativa para a letra D.**

QUESTÃO: 19

Mudar a Alternativa

RECURSO 01 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de anulação desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e

cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C; III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 02 – Prezada banca examinadora, Solicito a troca de gabarito para letra B. A cicatrização por primeira intenção é aquela fechada de forma primária, por sutura. Tem melhor resultado estético e menor tempo de cicatrização.

RECURSO 03 – Baseado na resposta da questão 17 do concurso de residência de 2015 dessa instituição a correta e letra B

RECURSO 04 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de anulação desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido.

Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C; III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 05 – A questão sobre os tipos de cicatrização tem gabarito que parece inverter os conceitos de primeira intenção e terceira intenção. A cicatrização por primeira intenção é aquela sem tecido de granulação visível, com bordas aproximadas imediatamente (assertiva B mais adequada). A cicatrização por terceira intenção é aquela em que as bordas são suturadas após um período aberto, como em feridas infectadas (assertiva A mais adequada). Assim, a alternativa (B) parece ser a correta, ao contrário da (D) como o gabarito mostra. - Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64.

RECURSO 06 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente, a vossa avaliação quanto a possibilidade de alteração do gabarito desta questão, considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C; III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 07 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de anulação desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de

infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C; III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 08 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de anulação desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, solicito anulação da alternativa.

RECURSO 09 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de anulação desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento

primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C;III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 10 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de anulação desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C;III-A), mesmo gabarito utilizado na prova deste serviço no ano passado, motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 11 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de anulação desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL:

http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos:
3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C; III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 12 – Questão 19: Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de anulação desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL:

http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos:
3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C; III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa

RECURSO 13 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de anulação desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C; III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 14 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de alteração de gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por

infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C;III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 15 – Questão 19 fala sobre a cicatrização de feridas. Segundo a Décima nona edição do Tratado de Cirurgia Sabiston página 139 a cicatrização por Primeira intenção é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. O Gabarito preliminar informa como alternativa correta à letra D, no entanto a alternativa que traz a correta correlação é a letra B.

RECURSO 16 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de anulação desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C;III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 17 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de troca de gabarito desta questão devido aos seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento

primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C; III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 18 – Prezada banca examinadora da UNIOESTE, Gostaria de solicitar a vossa avaliação da questão de número 19, a despeito dos tipos de cicatrização. Acredito que houve inversão dos gabaritos, sendo considerado como correta a letra “D” ao invés da letra “B”, que melhor se adequa ao solicitado. A figura “Healing by primary and secondary intention”, disponibilizada no artigo de revisão literária sobre o assunto, realizada por Armstrong, DG & Meyr, AJ em abril de 2016, e disponibilizado na endereço do UpToDate https://www.uptodate.com/contents/basic-principles-of-wound-management?source=search_result&search=types%20of%20healing&selectedTitle=3~150 , diz que cicatrização por primeira intenção é aquela fechada de forma primária por sutura, tendo um melhor resultado estético; já as por segunda intenção são aquelas que deixamos cicatrizar espontaneamente, geralmente nos casos em que há perda tecidual. Sendo assim, o gabarito da questão deveria ser letra B onde a I correlaciona-se com a justificativa B, a II com a justificativa C e conseqüentemente a III com a justificativa A. Agradeço a vossa atenção e boa vontade. Att, Renato SG Soares

RECURSO 19 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de anulação desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente (Figura 2). • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então

ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C; III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa

RECURSO 20 – Prezada banca examinadora, solicito, respeitosamente a vossa avaliação quanto a possibilidade de mudança do gabarito desta questão considerando os seguintes aspectos: Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf

temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente. • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Então temos: A cicatrização por primeira intenção é aquela que é fechada de forma primária por sutura. Tem melhor resultado estético e tempo menor de cicatrização. A cicatrização por segunda intenção é aquela que deixamos cicatrizar espontaneamente. Geralmente é utilizada para feridas infectadas ou com perda de tecido. Tem maior tempo de cicatrização e pior resultado estético. A cicatrização por terceira intenção é aquela que pode ser deixada inicialmente aberta, também geralmente por infecção. Posteriormente, após estar granulada pode ser suturada. Isto reduz o tempo de cicatrização e melhora o resultado estético. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C; III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RECURSO 21 – Prezada banca examinadora Considerando a publicação: Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64, na página 261, URL: http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf temos: 3.3- Tipos de cicatrização de feridas Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, que dependem da quantidade de tecido lesado ou danificado e da presença ou não de infecção: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção (fechamento primário retardado). • Primeira intenção: é o tipo de cicatrização que ocorre quando as bordas são apostas ou aproximadas, havendo perda mínima de tecido, ausência de infecção e mínimo edema. A formação de tecido de granulação não é visível. Exemplo: ferimento suturado cirurgicamente. • Segunda intenção: neste tipo de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. • Terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e

subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. Portanto, a relação correta está na opção B (I-B; II-C; III-A), motivo pelo qual solicito a mudança de gabarito para esta alternativa.

RESPOSTA AOS RECURSOS: Os recursos **PROCEDEM**. Falha no gabarito. A alternativa correta é a letra B. **Mudar a alternativa para a letra B.**

QUESTÃO: 24

(X) Manter a Questão

RECURSO 01 – A alternativa "A" da questão afirma que a higiene das mãos será feita "quando indicado". A higiene das mãos é um procedimento básico e muito efetivo, estando "sempre indicado" e não "quando indicado", com abrangência a todos os setores e de toda equipe de saúde.

RECURSO 02 – GUIA BÁSICO DE PRECAUÇÕES, ISOLAMENTO E MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE baseado nesse guia e de mais centenas deles o principal fator para todos os pacientes ou procedimentos a lavagem das mãos é item obrigatório antes e depois de qualquer ação. resposta correta letra A.

RECURSO 03 – A questão pede a alternativa INCORRETA sobre precauções e isolamento em ambiente hospitalar. A alternativa (A) afirma que a higiene das mãos deve ser adotada como precaução padrão quanto indicado e, de acordo com as recomendações do CDC, esta prática deve ser adotada antes e após de todo o contado com qualquer paciente. Além disto, a alternativa (C) dada como incorreta pelo gabarito não apresenta erros: as precauções para gotículas incluem todos os itens citados e o exemplo de patologia transmissível por esta via também está correto. - 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings - páginas 66 a 68 <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/Isolation/Isolation2007.pdf>

RECURSO 04 – Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE Gostaria de solicitar a avaliação da questão 24 no que diz respeito à alternativa "A", dada como correta. No protocolo de "Precauções" da ANVISA – o qual pode ser visualizado pelo site http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/precaucoes_a3.pdf – a orientação sobre Precaução Padrão diz: "Devem ser seguidas para TODOS OS PACIENTES, independente da suspeita ou não de infecções." (exatamente como exposto na alternativa "E"), devendo ocorrer através da higienização das mãos; utilização de avental, luvas, máscara, óculos quando houver risco de contato com secreções; descarte adequado dos materiais perfuro cortantes. A alternativa "A" foi redigida com "Precaução padrão: higiene das mãos QUANDO INDICADO; utilização de avental, luvas, máscara, óculos somente se houver risco de contato com secreções; descarte adequado dos materiais perfuros cortantes.". O termo "quando indicado" parece ir contra a indicação para "todos os pacientes", o que gerou a possibilidade da alternativa estar errada e ser o gabarito da questão. Sendo assim, solicito a reavaliação da pergunta para que se amplie o gabarito oficial para letras "A" e "C" ou para que se anule a questão. Grato pela atenção e pela ajuda, Att, Renato Sabah Gomes Soares

RECURSO 05 – Questão a respeito de precauções e isolamentos em ambientes hospitalares. Solicita-se a alternativa incorreta. Segundo o manual de precauções e isolamento da Anvisa, em resumo, Precaução Padrão "Devem ser utilizadas para todos os pacientes independentemente da presença ou ausência de doenças transmissíveis comprovada", medidas como higiene das mãos, uso de EPIs quando houver risco ou contato com secreções, descarte adequado dos perfuro cortantes, entre outras medidas gerais. Precaução de contato (para colonização por bactérias multirresistentes ou

microorganismos epidemiologicamente importantes, por exemplo) contempla higiene das mãos, uso de EPIs quando adentrar ao quarto do paciente. Orienta-se preferencialmente quarto privativo, entre outras medidas. Precaução de gotículas ex: meningite. Internação de paciente: quarto privativo ou, caso não seja possível, em quarto de paciente com infecção pelo mesmo microorganismo (coorte); medidas gerais como uso de EPIs, "máscara cirúrgica ao entrar no quarto e em distância inferior a 1 metro do paciente" (quadro pagina 33 do manual) e higiene das mãos também são indispensáveis. Precaução por aerossóis contempla as mesmas coisas que gotículas com quarto privativo ou, caso não seja possível, em quarto de paciente com infecção pelo mesmo microorganismo, no entanto com uso de máscara PFF2 ou N95 ao entrar no quarto do paciente, exemplo paciente com tuberculose bacilífero. Sendo assim, embora incompletas, todas as alternativas estão corretas, não havendo resposta para a referida questão.

<http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/iras/M%F3dulo%205%20-%20Risco%20Ocupacional%20e%20Medidas%20de%20Precau%20E7%F5es%20e%20Isolamento.pdf> - Curso Infecção relacionada à Assistência à Saúde - IrAS - versão 1.0

RESPOSTA AOS RECURSOS: Os recursos **NÃO PROCEDEM**. Segundo a Organização Mundial da Saúde há os "5 momentos para higienização das mãos", termo muito utilizado no meio do controle de infecção, ou seja, há sim indicações para higienização das mãos, o que não quer dizer que não devam estes momentos ser aplicados para "todos os pacientes" - está aí um dos objetivos que é avaliar o conhecimento a respeito dos "5 momentos da OMS"; o termo atualmente preconizado é "higienização das mãos" em substituição ao termo "lavagem das mãos" uma vez que a higienização com solução alcoólica é mais eficaz que a lavagem simples com água e sabonete (OMS, ANVISA). A alternativa C solicita o que é obrigatório e preconizado nas precauções por gotículas, no caso, não são obrigatórios aventais e luvas (apenas em caso de risco de exposição a secreções), o que torna a alternativa incorreta. Recursos não aceitos.

QUESTÃO: 25 | **(X) Anular a Questão**

RECURSO 01 – Prezados membros da banca, A questão 25 que trata de pneumonia associada à ventilação mecânica pede que destaquemos a assertiva incorreta. Além da assertiva B (gabarito da questão), há outra incorreta: a opção "A" cita que são necessários sete dias de intubação para a classificação ser dividida entre precoce e tardia. Porém, considera-se PAV tardia aquela que ocorre 48 horas após intubação. Desse modo, a opção está, também, incorreta. Segue trecho que ratifica essa informação, retirado de artigo de revisão sobre o tema: "Early onset of VAP occurs within 48 hours and late onset of VAP after 48 hours of tracheal intubation and mechanical ventilation." Fonte: Choudhuri AH. Ventilator-Associated Pneumonia: When to hold the breath? International Journal of Critical Illness and Injury Science. 2013;3(3):169-174. doi:10.4103/2229-5151.119195. Desse modo, havendo mais de uma assertiva incorreta, solicito a anulação da questão. **RECURSO**

02 – Prezados membros da banca, A questão 25 que trata de pneumonia associada à ventilação mecânica pede que destaquemos a assertiva incorreta. Além da assertiva B (gabarito da questão), há outra incorreta: a opção "A" cita que são necessários sete dias de intubação para a classificação ser dividida entre precoce e tardia. Porém, considera-se PAV tardia aquela que ocorre 48 horas após intubação. Desse modo, a opção está, também, incorreta. Segue trecho que ratifica essa informação, retirado de artigo de revisão sobre o tema: "Early onset of VAP occurs within 48 hours and late onset of VAP after 48 hours of tracheal intubation and mechanical ventilation." Fonte: Choudhuri AH. Ventilator-Associated Pneumonia: When to hold the breath? International Journal of Critical Illness and Injury Science. 2013;3(3):169-174. doi:10.4103/2229-5151.119195. Desse modo, havendo

mais de uma assertiva incorreta, solicito a anulação da questão. **RECURSO 03** – Solicito educadamente que a questão 25 tenha 2 gabaritos, letra A e B Há outra incorreta: a opção "A" cita que são necessários sete dias de intubação para a classificação ser dividida entre precoce e tardia. Porém, considera-se PAV tardia aquela que ocorre 48 horas após intubação. Desse modo, a opção está, também, incorreta. Segue trecho que ratifica essa informação, retirado de artigo de revisão sobre o tema: "Early onset of VAP occurs within 48 hours and late onset of VAP after 48 hours of tracheal intubation and mechanical ventilation." Fonte: Choudhuri AH. Ventilator-Associated Pneumonia: When to hold the breath? International Journal of Critical Illness and Injury Science. 2013;3(3):169-174. doi:10.4103/2229-5151.119195. Desse modo, havendo mais de uma assertiva incorreta, solicito que considerem 2 alternativas corretas.

RECURSO 04 – A questão 25 que trata de pneumonia associada à ventilação mecânica pede que destaquemos a assertiva incorreta. Além da assertiva B (gabarito da questão), há outra incorreta: a opção "A" cita que são necessários sete dias de intubação para a classificação ser dividida entre precoce e tardia. Porém, considera-se PAV tardia aquela que ocorre 48 horas após intubação. Desse modo, a opção está, também, incorreta. Segue trecho que ratifica essa informação, retirado de artigo de revisão sobre o tema: "Early onset of VAP occurs within 48 hours and late onset of VAP after 48 hours of tracheal intubation and mechanical ventilation." Fonte: Choudhuri AH. Ventilator-Associated Pneumonia: When to hold the breath? International Journal of Critical Illness and Injury Science. 2013;3(3):169-174. doi:10.4103/2229-5151.119195. Desse modo, havendo mais de uma assertiva incorreta, solicito a anulação da questão.

RECURSO 05 – Prezados membros da banca, A questão 25 que trata de pneumonia associada à ventilação mecânica pede que destaquemos a assertiva incorreta. Além da assertiva B (gabarito da questão), há outra incorreta: a opção "A" cita que são necessários sete dias de intubação para a classificação ser dividida entre precoce e tardia. Porém, considera-se PAV tardia aquela que ocorre 48 horas após intubação. Desse modo, a opção está, também, incorreta. Segue trecho que ratifica essa informação, retirado de artigo de revisão sobre o tema: "Early onset of VAP occurs within 48 hours and late onset of VAP after 48 hours of tracheal intubation and mechanical ventilation." Fonte: Choudhuri AH. Ventilator-Associated Pneumonia: When to hold the breath? International Journal of Critical Illness and Injury Science. 2013;3(3):169-174. doi:10.4103/2229-5151.119195. Desse modo, havendo mais de uma assertiva incorreta, solicito a anulação da questão. **RECURSO**

06 – Prezados membros da banca, A questão 25 que trata de pneumonia associada à ventilação mecânica pede que destaquemos a assertiva incorreta. Além da assertiva B (gabarito da questão), há outras duas incorretas: a opção "A" cita que são necessários sete dias de intubação para a classificação ser dividida entre precoce e tardia. Porém, considera-se PAV tardia aquela que ocorre 48 horas após intubação. A opção "C" também contém um erro quando diz que "prevenção de úlcera de estresse" diminui a ocorrência de PAVM, sendo que em 2014 a Sociedade Americana de Doenças Infecciosas (IDSA) atualizou as principais práticas para a prevenção da PAVM, onde diz que a prevenção das úlceras de estresse AUMENTAM o risco de infecção, pois o pH ácido é uma barreira de proteção contra a colonização de bactérias hospitalares. Segue trecho que ratifica essa informação, retirado de artigo de revisão sobre o tema: "Early onset of VAP occurs within 48 hours and late onset of VAP after 48 hours of tracheal intubation and mechanical ventilation." Fonte: Choudhuri AH. Ventilator-Associated Pneumonia: When to hold the breath? International Journal of Critical Illness and Injury Science. 2013;3(3):169-174. doi:10.4103/2229-5151.119195. Desse modo, havendo mais de uma assertiva incorreta, solicito a anulação da questão.

RESPOSTA AOS RECURSOS: Os recursos **PROCEDEM**. Recursos aceitos.

QUESTÃO: 35

(X) Manter a Questão

RECURSO 01 – A questão 35 fala sobre anticoagulantes e Fibrilação atrial. Sabemos que as evidências quanto ao uso de Anticoagulantes orais em pacientes com Fibrilação atrial e alto risco para eventos tromboembólicos são inquestionáveis. O uso de antiagregantes plaquetários tem mostrado algum benefício, inferior aos anticoagulantes e ainda apresentando maior risco de efeitos adversos como AVE hemorrágico. Nos estudos seu uso tem sido apenas indicado em pacientes sem fatores de risco ou com apenas um fator de risco ou com contraindicação aos anticoagulantes orais. De toda forma ainda que possa ser usado em pacientes de alto risco, sua aplicação não é bem validada. Quanto aos novos anticoagulantes orais, segundo os estudos RE-LY (Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy), ROCKET AF (Rivaroxaban Once Daily Oral Direct Factor Xa Inhibition Compared with Vitamin K Antagonism for Prevention of Stroke em Embolism trial in Atrial Fibrillation) e ARISTOTLE (Apixaban for Reduction in Stroke and other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation) seu uso tem se mostrado superior ou similar ao antagonista da vitamina k, no entanto sua excreção é renal e com disfunção renal grave (Clcr < 30ml/min) alguns tem sua dose reduzida como a rivaroxabana (na bula do “Pradaxa” por exemplo traz esse fato como contraindicação) ou seu uso é desencorajado, sendo uma boa opção a troca pela warfarina. Os dados exatos entre os estudos são conflitantes, o estudo ARISTOTLE (sobre o Apixaban), por exemplo, excluiu do estudo todos os pacientes com ClCr < 25 ml/min devido a falta de segurança da medicação nessa população. Ou seja embora não sejam totalmente contraindicados em um valor único de insuficiência renal são preferencialmente evitados Clcr < 30ml/min, até porque não se dispõe de antídotos. Assim a questão apresenta duas alternativas que podem ser consideradas corretas (D e E) e deve ser

anulada.

<http://www.medicinanet.com.br/bula/7902/pradaxa.htm>http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003900001

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_fa_92supl01.pdf
<https://www.pebmed.com.br/2016/08/13/principais-orientacoes-na-prescricao-de-anticoagulantes/>

RESPOSTA AO RECURSO: O recurso **NÃO PROCEDE**. RESUMINDO:

- Os paciente com baixo risco tromboembolico não devem receber terapia antitrombótica;
- A combinação de AAS + clopidogrel é uma opção para os pacientes com alto risco tromboembólico e baixo risco de sangramento que recusam o uso de anticoaguante oral;
- Nos pacientes com IRC grave os NOACs não são recomendados e a Warfarina não apresenta BOM PERFIL DE SEGURANÇA, pois na bula consta como uma CONTRAINDICAÇÃO, apesar de sabermos que ainda oferece proteção. Recurso não aceito.

QUESTÃO: 39 **(X) Manter a Questão**

RECURSO 01 – Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Solicito a anulação da questão 39 que não apresenta uma conduta correta. Ora, diante da hipótese de hipotireoidismo subclínico deve-se repetir o TSH para confirmação laboratorial da hipótese diagnóstica antes de iniciar o tratamento. Fonte: " Em todas as situações, deve-se confirmar a elevação de TSH, repetindo sua dosagem, antes de iniciar a reposição com levotiroxina (1,11). 1) Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, Bagchi N, Bigos ST, Levy EG, Smith SA, Daniels GH. American Thyroid Association guidelines for detection of thyroid dysfunction. Arch Intern Med. 2000; 160:1573-5. 11) Biondi B and

Cooper DS. The Clinical Significance of Subclinical Thyroid Dysfunction. *Endocr Rev.* 2008; 29:76–131. (Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) sobre utilização dos testes de Função Tireoidiana na Prática Clínica. Encontrado em http://www.endocrino.org.br/media/uploads/PDFs/posicionamento_tireoide_atualizado.pdf. p 2; 5)

RESPOSTA AO RECURSO: O recurso **NÃO PROCEDE**. Na gestação e imperativo iniciar o tratamento para evitar prejuízos ao feto e a gestação. Após o parto deverá ser feita nova avaliação para avaliar a necessidade de manter ou não o tratamento. Recurso não aceito.

QUESTÃO: 46 | **(X) Manter a questão**

RECURSO 01 – Questão sobre Diabetes Mellitus mal controlado durante a gestação e morbidades associadas. A questão afirma que Amniorrexe prematura não esta associada a Diabetes, no entanto existe essa associação. Ainda segundo a Febrasgo Diabetes causa polidrâmnio e macrossomia fetal diretamente associados a amiorrexe prematura. Assim considero a questão sem qualquer resposta correta.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000700006
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1781/pdf>
http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_2066-63.pdf
<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/10657>

RESPOSTA AO RECURSO: O recurso **NÃO PROCEDE**. Dizer que polidrâmnio e macrossomia fetal estão "diretamente associados a amniorrexe prematura" é distorcer a realidade. Claro que o diabetes melito gestacional mal controlado aumenta a incidência de polidrâmnio e macrossomia fetal, porém a associação "direta" dessas complicações com amniorrexe prematura no caso de diabetes gestacional é pura especulação, sem embasamento científico. Recurso não aceito.

QUESTÃO: 72 | **(X) Manter a questão**

RECURSO 01 – Questão sobre crescimento e desenvolvimento da criança. Foi solicitada a identificação da alternativa incorreta, no gabarito preliminar foi divulgada letra D, “O constitucional de crescimento e puberdade é caracterizado pela diminuição da velocidade de crescimento que ocorre no inicio da puberdade”. O Retardo Constitucional do Crescimento e Puberdade (RCCP) o padrão familiar de estatura não é baixo, a idade óssea está atrasada, o ritmo de crescimento está no limite inferior da normalidade e, em função da maturação óssea lenta, o prognóstico final de estatura, pela puberdade tardia, é adequado e compatível com o padrão familiar. Algumas situações peculiares merecem citação no acompanhamento de uma criança com baixa estatura: A primeira delas é uma situação bastante comum em uma fase de pré-puberdade, chamada de "dip pré-puberal" (pre-adolescent dip), na qual ocorre uma desaceleração da velocidade de crescimento. Muitas vezes pode ser motivo de apreensão aos pais, deve-se orientar que tratar-se de um evento fisiológico, no qual com a instalação da puberdade se retoma ao ritmo de crescimento específico para esta faixa etária. Assim considero todas as alternativas corretas, não havendo resposta para a questão.
http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=560
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000700004

RESPOSTA AO RECURSO: O recurso **NÃO PROCEDE**. No Retardo Constitucional de Crescimento e puberdade **NÃO** á desaceleração no período pré-puberal. Ele ocorre entre 2 e 4 anos de idade. A desaceleração pré-puberal pode ocorrer, mas isto **NÃO** é retardo constitucional de crescimento e puberdade. Recurso não aceito.

QUESTÃO: 73 | **(X) Manter a questão**

RECURSO 01 – Prezada banca examinadora, venho pedir a anulação desta questão por não apresentar nenhuma resposta verdadeira. A alternativa E que foi dada como certa, não fala em puberdade PRECOCE para caracterizar em isossexual ou heterossexual, refere somente como PUBERDADE, o que pode ser entendido APENAS como fisiológica. Questão sem nenhuma alternativa correta. Solicito anulação da mesma.

RESPOSTA AO RECURSO: O recurso **NÃO PROCEDE**. Isosexualidade ou heterossexualidade está relacionado com o aspecto clínico e não temporal da puberdade. Por isto, a questão E está adequada. Recurso não aceito.

QUESTÃO: 75 | **(X)Manter a questão**

RECURSO 01 – Questão aborda a conduta para a profilaxia de transmissão vertical do HIV. Pergunta a conduta adequada para um Recém-Nascido nascido de 3 kg exposto, filho de mãe corretamente tratada com TARV durante a gestação e parto. Entre as opções a alternativa A traz que deve ser introduzida ARV com AZT 6mg de 12/12 horas por 6 semanas. A alternativa B orienta que deve ser introduzida ARV com AZT 12mg 12/12 horas por 4 semanas. A alternativa C diz que deve ser iniciada ARV com AZT 12mg 12/12 horas por 04 semanas associada a Nevirapina 12mg nas primeiras 48 horas. O ministério da saúde na nota técnica 388/2012 diz que para mães corretamente tratadas no pré-natal e parto deve-se apenas fazer AZT 4mg por Kg de 12/12 horas por 4 a 6 semanas, diz ainda que para mães que não tenham usado corretamente a TARV durante o pré-natal deve ser oferecido ao RN além do AZT a Nevirapina. No entanto o livro Tratado de Pediatria Nelson em sua decimal oitava edição, fala sobre estudos na África em que o uso de Nevirapina em dose única pós-natal precoce chegou a reduzir em 50% a incidência da transmissão vertical do HIV. Assim entre as opções profiláticas ele coloca claramente como opção o uso da AZT associado ou não a Nevirapina em posologia similar a da alternativa C, o que também torna esta opção correta. Assim há 02 alternativas possíveis para a questão e ela deveria ser anulada. http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-sifilis/eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv/atualidades/documento_tv_jan_2013.pdf

http://www.saude.rs.gov.br/upload/1470321596_1.%20NT%20n%C2%B0%20388_2012_%20uso%20de%20nevirapina.pdf

RESPOSTA AO RECURSO: O recurso **NÃO PROCEDE**. A questão aborda a profilaxia da transmissão vertical do vírus HIV, que conforme protocolo do Ministério da Saúde (http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58572/pcdt_transmissao_vertical_miolo_10_08_pdf_5557e.pdf) tem como resposta CORRETA ou MAIS CORRETA a de letra B. Apesar de outras referencias trazerem resultados e artigos relacionados a transmissão do Vírus, no Brasil o protocolo seguido é o que consta no protocolo acima descrito. Recurso não aceito.

QUESTÃO: 78 | **(X) Anular a Questão**

RECURSO 01 – Prezada banca examinadora do concurso de Residência Médica UNIOESTE: Solicito a mudança de gabarito da questão 78 para a afirmativa E. É sabido que a presença de cilindros hemáticos não pode ser mais considerada patognomônica de doença glomerular. Ora, existem vários relatos de caso e estudos demonstrando que outros compartimentos renais também podem ser causadores de cilindros hemáticos na urina, como o estudo a seguir, que os encontra na nefrite intersticial aguda. Fonte: "The finding of RBC casts in both renal tubules and urine raises the question of how they form in AIN. Based

on these biopsies, we think a possible explanation is the disruption of interstitial vessels due to interstitial inflammation, with the consequent interstitial extravasation of RBCs and hence invasion of the tubular lumens through the gaps of the tubular basement membrane. In conclusion, our results suggest that the finding of RBC casts in urine sediment can no longer be used as a criterion to rule out the diagnosis of AIN.” (Fogazzi GB, Ferrari B, Garigali G, Simonini P, Consonni D. Urinary sediment findings in acute interstitial nephritis. Originally published online June 8, 2012. National Kidney Foundation, Inc. Published by Elsevier Inc. Full text)

RESPOSTA AO RECURSO: O recurso **PROCEDE**. Anular a questão.

QUESTÃO: 79 | (X) Manter a questão

RECURSO 01 – Questão sobre a Síndrome do adolescente normal, solicitando a alternativa incorreta. O gabarito preliminar traz a letra D como incorreta “constantes flutuações de humor e do estado de ânimo, com base maníaca”, realmente o livro Adolescência Normal – de Mauricio Knobel nas pagina 51 a 57 falam sobre este tema, trazendo realmente um adolescente com flutuações do humor principalmente marcado pelo luto e depressão e com episódios maníacos em alguns momentos. No entanto a alternativa C que fala sobre a atitude social reivindicatória traz a afirmação de que a violência faz parte da adolescência normal, o que não está previsto na literatura e por isso me causou estranheza. Sugiro a anulação da referida questão.

RESPOSTA AO RECURSO: O recurso **NÃO PROCEDE**. As constantes flutuações do humor e do estado de ânimo, com base DEPRESSIVA PRINCIPALMENTE, E MENOS FREQUENTEMENTE MANÍACA. Como a alternativa certa era a INCORRETA, A RESPOSTA ERA LETRA D (BASE MANÍACA E NÃO DEPRESSIVA). Recurso não aceito.

QUESTÃO: 83 | (X) Anular a Questão

RECURSO 01 – A questão apresenta as opções "C" e "D" iguais. passível de anulação.

RECURSO 02 – Alternativas "C" e "D" iguais. Acredito que as duas alternativas são gabarito da questão.

RECURSO 03 – Prezada banca examinadora, Houve um erro grosseiro, as alternativas C e D estão exatamente iguais. Portanto as duas alternativas deveriam ser consideradas, não apenas a letra C.

RECURSO 04 – na questão há duas respostas corretas letra C e D

RECURSO 05 – Prezada Banca Examinadora, Existe um grave erro na formulação da questão. As alternativas de resposta C e D estão exatamente iguais. Portanto, as duas opções poderiam ser a resposta da questão, apesar de ter sido fornecido como gabarito apenas a letra C. Sendo assim, SOLICITO A AMPLIAÇÃO DO GABARITO PARA A LETRA D OU A ANULAÇÃO DA QUESTÃO

RECURSO 06 – Questão 83: Existe um grave erro na formulação da questão. As alternativas de resposta C e D estão exatamente iguais. Portanto, as duas opções poderiam ser a resposta da questão, apesar de ter sido fornecido como gabarito apenas a letra C. Sendo assim, SOLICITO A AMPLIAÇÃO DO GABARITO PARA A LETRA D **RECURSO 07**

– Prezados membros da banca examinadora, solicito a anulação da questão 83 visto que as alternativas "C" e "D" são iguais sendo, portanto, ambas corretas.

RECURSO 08 – A referida questão apresenta duas alternativas idênticas e corretas. C e D, ambas com a sequência 4, 3, 2, 1, e 5. Por essa razão acabei optando pela alternativa D e o gabarito divulgado foi a alternativa C. Sugiro anulação ou que a alternativa D também seja considerada correta.

RECURSO 09 – Prezada Banca Examinadora, Existe um erro na formulação da questão.

As alternativas de resposta C e D estão exatamente iguais. Portanto, as duas opções poderiam ser a resposta da questão, apesar de ter sido fornecido como gabarito apenas a letra C. Sendo assim, SOLICITO A AMPLIAÇÃO DO GABARITO PARA A LETRA D.
RESPOSTA AOS RECURSOS: Os recursos **PROCEDEM**. Anular a questão.

Publique-se e cumpra-se.

Cascavel, 30 de novembro de 2016.

ANDRÉ PEREIRA WESTPHALEN
Coordenador da Comissão de Residência Médica

IONARA DINIZ EVANGELISTA SANTOS BARCELOS
Presidente da Comissão do Processo Seletivo