



RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

EDITAL	<p>Considerando o mérito administrativo, a Banca Examinadora é soberana e possui discricionariedade, com base no conteúdo do edital, para elaboração das questões e suas respectivas respostas, pertinentes à 1ª etapa de prova de conhecimentos. A natureza do certame em questão difere-se de concurso público ou processo seletivo, uma vez que a aplicação de provas foi fundamentada como medida complementar à análise documental dos pedidos de revalidação de diploma de Medicina, conforme Portaria MEC/GM nº 1.151, de 19 de junho de 2023 e DELIBERAÇÃO UERJ Nº 36/2019.</p> <p>De tal modo, o critério de aprovação também foi previamente aprovado e publicado no edital do exame, por decisão da Banca Examinadora. Sobre a comparação com o processo seletivo de residência médica, há um erro material, decorrente de cartão resposta, não alterando a natureza do certame. Sendo assim, caberia a interposição de recurso em face às normas do edital, pela via administrativa, até a data da prova, 16 de junho de 2024, o que não ocorreu.</p> <p>No tocante à indicação de bibliografia, conforme entendimento da jurisprudência, não há previsão legal que a torne obrigatória em edital de certame. Outrossim, a sua indicação serve apenas para orientar os candidatos do exame.</p> <p>Nesse sentido, a indicação de bibliografia é mera orientação ao candidato, sem caráter vinculativo, e a divergência idiomática não compromete a isonomia e lisura do processo seletivo, considerando que todas as questões e suas respectivas alternativas foram redigidas em Língua Portuguesa.</p>
Questão	CIRURGIA GERAL 01 A 20
02	O tumor de Warthin é o segundo tumor benigno mais comum da glândula parótida e corresponde a um cistoadenoma papilífero linfomatoso. O tratamento de uma lesão benigna é prioritariamente através da ressecção cirúrgicas. Não cabe comparações com tumores malignos das glândulas salivares.
03	O fibroadenoma é uma lesão benigna embora alterações neoplásicas possam se desenvolver em elementos epiteliais da lesão. Embora rara, a associação com o Carcinoma lobular in situ é a lesão mais comumente encontrada.
05	A questão refere-se à causa mais comum da tireoidite supurativa aguda, e não indaga a respeito dos agentes etiológicos mais comumente encontrados nas situações de tireoidite relacionada à presença da fístula congênita do seio piriforme.
06	A questão apresenta um caso clínico de paciente submetido a tratamento cirúrgico através do By pass gástrico em Y de Roux há 30 dias. Sabemos que a fistula de anastomose é uma complicação cirúrgica que ocorre prioritariamente do quinto ao sétimo dia do pós-operatório. De maneira análoga, a estenose é a principal causa de complicação neste período pós-operatório. A interpretação da questão, que não faz referência a sinais infecciosos, também corrobora a possibilidade de fistula.
07	A questão faz referência à importância da compreensão da indicação cirúrgica na população idosa, enfatizando a questão do idoso frágil como fator independente de atenção para a indicação das cirurgias eletivas.
11	O enunciado da questão é claro em indagar a respeito do melhor tratamento cirúrgico para tumores do reto inferior, com invasão mesorectal. Não faz menção à possibilidade de tratamento neoadjuvante, e é justamente a invasão mesorectal que define a melhor alternativa para controle local e sobrevida para o paciente portador destas lesões.



RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

13	A Infecção pós esplenectomia é uma preocupação na indicação das cirurgias eletivas do baço. A imunização deve ser feita obrigatoriamente no período pré operatório. O tratamento cirúrgico das purpuras idiopáticas devem incluir a esplenectomia total. Não está indicado a embolização da artéria esplênica para diminuir complicações das cirurgias. O Implante heterotópico é uma alternativa para diminuir a possibilidade de infecção fulminante pós operatória.
14	A Cirurgia pediátrica faz parte do conteúdo programático da Cirurgia Geral, estando inserida adequadamente considerando a importância da doença de Hirschsprung.
15	A questão trata de várias situações clínico cirúrgicas relacionadas ao tratamento das doenças do apêndice. Considerando que a apendicectomia por incisão única aumenta a possibilidade de hérnia incisional, a cirurgia deve ser indicada independente da idade do paciente, apendicectomias não complicadas não necessitam de antibioticoterapia estendida e não há benefício da apendicectomia incidental.
16	A Pesquisa de linfonodos sentinela pode ser realizada no momento da cirurgia inicial ou em segundo tempo. O índice de Breslow para pesquisa de linfonodo sentinela é de 1 mm. A injeção de azul patente não contamina o linfonodo. A margem de segurança para o melanoma in situ é de 1 cm.
18	O tumor desmoide é um tumor sólido, ié, sem componente cístico, que não apresenta associação com polipose familiar em 50% dos casos. O principal fator prognóstico é a ressecção cirúrgica adequada, com margens de ressecção livres. O histórico de gestações anteriores, uso de contraceptivos orais e trauma está relacionado com a incidência da lesão.

Questão	CLÍNICA MÉDICA 21 A 40
25	O enunciado da questão faz clara menção às espondiloartrites, dada a presença de lombalgia de ritmo inflamatório, com rigidez matinal superior a 30 minutos, mas também ao se fazer citação direta da manobra de Schober. Segundo a referência padrão do processo em questão, mais especificamente na abertura do capítulo “As Espondiloartrites” (capítulo 355, página 2564), “as espondiloartrites são um grupo de desordens que se sobrepõem que compartilhas certas características clínicas, associações genéticas e mecanismos patogênicos. As clássicas designações são espondilite anquilosante, artrite reativa, artrite e espondilite psoriásica, artrite e espondilite enteropática, espondiloartrite juvenil e espondiloartrite indiferenciada – em tradução livre do texto em inglês “ <i>The spondyloarthritides are a group of overlapping disorders that share certain clinical features, genetic associations, and pathogenic mechanisms. The classic designations include ankylosing spondylitis (AS), reactive arthritis (ReA), psoriatic arthritis (PsA) and spondylitis, enteropathic arthritis and spondylitis, juvenile-onset spondyloarthritis (JSpA), and undifferentiated SpA.</i> ” Ademais, é clássico que o acometimento da coluna na artrite reumatoide é incomum, sendo habitualmente restrito à articulação C1-C2, podendo causar subluxação atlantoaxial.
29	O enunciado da questão fala textualmente que o paciente foi internado com “pneumonia comunitária grave”. Como reconhecido pelos candidatos no recurso impetrado, a referência padrão do processo em apreço menciona claramente, como um dos esquemas de primeira linha para o tratamento dos pacientes acometidos pela condição, a associação cefalosporina de 3ª geração (como ceftriaxona) com macrolídeo (como claritromicina). A argumentação da possibilidade de adaptações no esquema seguindo riscos específicos do paciente afetado não se



RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

	<p>fundamenta, em razão da menção textual de que não havia comorbidades dignas de nota, as quais pudessem indicar a necessidade de ajuste do esquema antibiótico.</p> <p>Não há sentido em considerar que uma terapia empírica inicial de uma pneumonia comunitária poderia contemplar a associação com carbapenêmico ou teicoplanina. Aminoglicosídeos não agem bem no potencial de oxirredução pulmonar, não figurando como uma opção empírica inicial, salvo em situações de comorbidades muito específicas, que – mais uma vez – o enunciado deixava claro não estarem presentes.</p> <p>O uso empírico de vancomicina exigiria também a presença de comorbidades ou fatores de risco especiais, como a presença de cateter venoso profundo de longa permanência.</p>
39	<p>A referência padrão do concurso menciona textualmente, à página 3.119, que na demência dos corpúsculos de Lewy (DLB) pode ser acompanhada ou precedida por sintomas como “tontei- ras ortostáticas, depressão/ansiedade.... Quando hipotensão arterial ortostática está presente, a DLB deve ser distinguida da atrofia de múltiplos sistemas com parkinsonismo (AMS-P) (capítulo 432). Síncope incapacitante recorrente precoce no curso da doença, acompanhada por espasmos laríngeos e enterocolite, sugere AMS-P. Na DLB, a ortostase pode surgir precocemente na doença, mas raramente se torna incapacitante até bem tarde no curso da doença, quando os sintomas neuropsiquiátricos e a disfunção cognitiva estão bem estabelecidos – em tradução livre da fonte ”... <i>orthostatic lightheadedness, depression/ anxiety... When orthostatic hypotension is present, DLB must be distinguished from multiple system atrophy with parkinsonism (MSA-P) (Chap. 432). Recurrent, disabling syncope early in the course, accompanied by laryngeal spasms and anterocolitis, suggest MSA-P. In DLB, orthostasis can appear early but rarely becomes disabling until well into the course, when neuropsychiatric symptoms and cognitive dysfunction are well-established.</i>” Ademais, em nenhum momento do enunciado da questão é enfatizada a presença marcante de episódios de hipotensão postural grave, apenas que existiam episódios frequentes de hipotensão arterial postural. Nenhuma das demais alternativas de resposta melhor atende ao enunciado, cabendo como única resposta que justifica tal reunião de achados neurológicos a demência dos corpúsculos de Lewy.</p>
40	<p>Na referência padrão do processo em questão, mais especificamente na Tabela 422-3, à página 3.100, estão elencados os critérios diagnósticos de migrânea, sendo assim definidos: 1. Dor unilateral; 2. Dor tem aspecto latejante; 3. Dor é agravada por movimentos; e 4. Intensidade da dor é moderada a severa.</p> <p>Esses critérios diagnósticos tornam equivocadas, respectivamente, as alternativas B (a dor não é em aperto ou constrição), C (a dor não tende a ser bilateral) e D (a dor não tende a ser leve a moderada, mas moderada a intensa), restante apenas a opção da resposta “piorar ao subir escadas”, que é notoriamente um tipo de movimento corporal. Cabe destacar ainda que a legenda da tabela 422-3 faz menção textual a sua adaptação a partir da classificação da <i>International Headache Society</i>.</p>

Questão	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA 41 A 60
44	<p>Em suas alegações, o solicitante do recurso argumenta que a questão 54 descreve uma paciente em trabalho de parto que apresenta parada de progressão da dilatação cervical e descida fetal. O gabarito aponta a desproporção cefalopélvica (DCP) como a principal hipótese diagnóstica e a cesariana como a conduta indicada.</p>



RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

	<p>E que embora a DCP seja uma possibilidade, a questão não fornece informações suficientes para descartar outras causas de distócia, como a distócia funcional, caracterizada por contrações uterinas ineficazes. O enunciado não detalha a variedade de posição fetal, a dinâmica uterina, o modelamento da cabeça fetal e a presença de anel de Bandl, fatores cruciais para distinguir DCP de distócia funcional.</p> <p>Argumenta também que tanto a Obstetrícia de Williams quanto o Tratado de Obstetrícia Febrasgo enfatizam a importância de avaliar cuidadosamente esses fatores para definir a causa da distócia e a conduta adequada. A ausência dessas informações no enunciado torna a questão ambígua e incompleta, impossibilitando a definição de um diagnóstico preciso e de uma conduta única e correta.</p> <p>E diante da ambiguidade do caso clínico e da falta de elementos para um diagnóstico diferencial adequado, solicita a anulação da questão 54. Referência Bibliográfica: Obstetrícia de Williams, 25ª Edição, Capítulo 23: Trabalho de Parto, páginas 503-534. Tratado de Obstetrícia Febrasgo, 1ª Edição, Capítulo 9: Distócias, páginas 187-218.</p> <p>Em suma o solicitante do recurso alega que a questão não fornece informações suficientes para descartar outras causas de distócia, como a distócia funcional, caracterizada por contrações uterinas ineficazes. De fato a distócia funcional é caracterizada por contrações uterinas ineficazes, entretanto existem sim informações suficientes para caracterizar que as contrações uterinas eram eficazes e adequadas e afastar distócia funcional fundamentadas pela mesma referências citadas pelo candidato, quando a questão descreve que a paciente foi admitida em trabalho de parto às 13h com atividade uterina (AU) 2/10'/50" 5 cm de dilatação, feto em -3 de DeLee, BCF normal. Às 16h estava com AU 3/10'/50" 7 cm de dilatação, feto em -2 de DeLee, BCF normal. Às 20h AU 4/10'/60", toque vaginal exatamente igual às 16h.</p> <p>O gabarito também encontra-se fundamentado na capítulo 100 -Cesária: Indicações e Técnicas Baseadas em Evidências do Tratado de Obstetrícia Febrasgo, 1ª Edição, no subtítulo Desproporção cefalopélvica (DCP), quando descreve que uma desproporção no tamanho do feto em relação à pelve materna só pode ser diagnosticada durante a fase ativa do trabalho de parto, de preferência com 6 cm ou mais de dilatação cervical. Resulta em parada da progressão do trabalho de parto e descreve que uns dos sinais clínicos é a dinâmica uterina maior ou igual a 4/10 min.</p>
51	<p>Em suas alegações, o solicitante do recurso argumenta que a questão 51 aborda o caso de uma paciente com amenorreia primária e caracteres sexuais secundários femininos desenvolvidos, mas sem história de sexarca, o que impede a realização de exame ginecológico. A resposta correta (B) afirma que, caso fosse possível o toque vaginal, a presença de colo uterino afastaria o diagnóstico de síndrome de Morris. Embora a resposta esteja correta e fundamentada na referência bibliográfica, e considera que o enunciado da questão é confuso e prejudica a compreensão do candidato.</p> <p>Argumenta também que a redação da alternativa correta ("caso fosse possível o toque vaginal...") cria uma situação hipotética desnecessária e gera dúvidas sobre a interpretação da questão. O candidato pode se questionar se a presença de colo uterino, mesmo em um exame hipotético, seria suficiente para descartar a síndrome de Morris, ou se seriam necessários outros exames complementares para confirmar o diagnóstico. E considera que a questão 51, apesar de apresentar uma resposta correta, possui um enunciado confuso e ambíguo, o que prejudica a compreensão e a análise do candidato. Solicito, portanto, que a questão seja anulada. Referência Bibliográfica: Ginecologia de Williams, 2ª Edição, Capítulo 17: Amenorreia, páginas 484-499.</p> <p>Como afirmado pelo solicitante do recurso, a resposta está correta e fundamentada tanto pelo capítulo de 17- Amenorreia da referência Ginecologia de Williams, 2ª Edição, quanto pelo</p>



RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

	<p>capítulo 38: Amenorreia da referência Tratado de Ginecologia da Febrasgo, 1ª Edição, quando citam a ausência de útero na síndrome de Morris.</p> <p>O solicitante argumenta em suma que a questão apresenta uma resposta correta, entretanto possui um enunciado confuso e ambíguo, o que prejudica a compreensão e a análise do candidato. Apesar de referir que o enunciado é confuso e ambíguo, o que gera dúvidas sobre a interpretação da questão, o faz de forma subjetiva e não apresenta, em sua argumentação, uma outra interpretação objetiva que possa sugerir também uma outra resposta dentre as opções apresentadas na questão. Não apresentando fundamentação teórica embasada, de fato, na bibliografia do edital.</p>
54	<p>Em sua argumentação, o solicitante do recurso afirma que a questão 54 descreve uma paciente em trabalho de parto que apresenta parada de progressão da dilatação cervical e descida fetal. O gabarito aponta a desproporção cefalopélvica (DCP) como a principal hipótese diagnóstica e a cesariana como a conduta indicada.</p> <p>E que embora a DCP seja uma possibilidade, a questão não fornece informações suficientes para descartar outras causas de distócia, como a distócia funcional, caracterizada por contrações uterinas ineficazes. O enunciado não detalha a variedade de posição fetal, a dinâmica uterina, o moldeamento da cabeça fetal e a presença de anel de Bandl, fatores cruciais para distinguir DCP de distócia funcional.</p> <p>E que tanto a Obstetrícia de Williams quanto o Tratado de Obstetrícia Febrasgo enfatizam a importância de avaliar cuidadosamente esses fatores para definir a causa da distócia e a conduta adequada. A ausência dessas informações no enunciado torna a questão ambígua e incompleta, impossibilitando a definição de um diagnóstico preciso e de uma conduta única e correta.</p> <p>E que diante da ambiguidade do caso clínico e da falta de elementos para um diagnóstico diferencial adequado, solicito a anulação da questão 54. Referência Bibliográfica: Obstetrícia de Williams, 25ª Edição, Capítulo 23: Trabalho de Parto, páginas 503-534. Tratado de Obstetrícia Febrasgo, 1ª Edição, Capítulo 9: Distócias, páginas 187-218.</p> <p>Claramente as argumentações não são condizentes com a temática da questão, não cabendo justificativa fundamentada na resposta do recurso por falta de plausibilidade argumentativa.</p>
58	<p>Em suas alegações o solicitante do recurso argumenta que essa conduta está desatualizada, divergindo das diretrizes brasileiras atuais para o rastreamento do câncer do colo do útero. O Tratado de Ginecologia Febrasgo, referência bibliográfica indicada no edital, recomenda, em sua página 527, a repetição da citologia em 6 meses após um resultado ASCUS em mulheres com baixo risco para câncer cervical, como a paciente descrita na questão. Argumenta também que a questão 58 apresenta uma conduta divergente das diretrizes atuais, baseada em informações desatualizadas, o que pode induzir o candidato ao erro. Solicita a anulação da questão 58, em virtude da conduta desatualizada apresentada, citando a referência Bibliográfica: Tratado de Ginecologia Febrasgo, 1ª Edição, Capítulo 27: Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, páginas 519-540.</p> <p>No entanto o gabarito encontra-se fundamentado no capítulo 11: Citologia Oncótica, páginas 113-122, especificamente na página 119, em seu primeiro e segundo parágrafo, abaixo transcritos.</p> <p>ASC-US está relacionada à prevalência de NIC2,3 em 6,4% a 11,9% dos casos e de câncer em 0,1% a 0,2%, sendo a atipia mais encontrada nos resultados citopatológicos, segundo as informações do Sistema de Informação do Câncer do Colo do útero no Brasil (Siscolo) (Inca, s/d; Brasil, 2016).</p> <p>São células escamosas provavelmente de evolução benigna e a conduta orientada pelas diretrizes brasileiras é a repetição semestral do citológico para a mulher acima de 30 anos de idade, em um</p>



RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

	<p>ano nas mulheres dos 25 aos 29 anos e em três anos, nas menores de 25 anos. Importante ressaltar que, antes de realizar o próximo exame, deverá tratar atrofia genital e processos infecciosos, se necessário. Após a repetição do exame, e na presença de resultado negativo, recomenda-se retornar ao rastreamento trienal (B) (Brasil, 2016; WHO, 2014).</p> <p>Em sua argumentação, o solicitante do recurso afirma que o Tratado de Ginecologia Febrasgo, referência bibliográfica indicada no edital, recomenda, em sua página 527, a repetição da citologia em 6 meses após um resultado ASCUS em mulheres com baixo risco para câncer cervical, como a paciente descrita na questão. Entretanto no Tratado de Ginecologia; Febrasgo, 1ª Edição, a página 527, não versa sobre o tema da questão, pertencendo esta página ao capítulo 46 - Propedêutica Básica do Casal Infértil e não existe a informação da repetição da citologia em 6 meses após um resultado ASCUS em mulheres com baixo risco para câncer cervical, como afirmado pelo solicitante nesta página.</p> <p>Em relação a argumentação do solicitante do recurso, que essa conduta está desatualizada, divergindo das diretrizes brasileiras atuais para o rastreamento do câncer do colo do útero, o que pode induzir o candidato ao erro. Apesar de não estar nas referências, a DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO 2ª edição revista, ampliada e atualizada (diretriz vigente na data da aplicação da prova), disponível no endereço eletrônico https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf, recomenda que diante de um resultado de exame citopatológico de ASC-US, a conduta na mulher com 30 anos ou mais será a repetição desse exame num intervalo de seis meses e para as mulheres com idade inferior a 30 anos, a repetição do exame citopatológico deverá ser realizada em 12 meses. Não procedendo a afirmação de que está desatualizada.</p>
--	---

Questão	MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE 61 A 80
72	A Vacina Inativada da Poliomielite (VIP) é realizada primeiro, aos 2, 4 e 6 meses de idade (correspondendo ao esquema inicial contra a poliomielite) seguida posteriormente aos 15 meses e aos 4 anos de idade pela Vacina Oral da Poliomielite (VOP).

Questão	PEDIATRIA 81 A 100
85	A questão trata de um recém-nascido com 15 dias de vida sem evacuar há 10 dias, em boas condições clínicas e de hidratação caracterizado pelo número de episódios de diurese; ao exame físico com abdômen flácido. Tem relato de clínica sugestiva de disquesia e cólica do lactente. Além disso com história de eliminação de mecônio na sala de parto. Diante desse quadro fica claro tratar-se da pseudoconstipação do lactente. Gabarito: (A). Correto: na lactente em aleitamento materno exclusivo pode ocorrer até 10 dias ou mais sem evacuar (pela boa digestibilidade e absorção), e quando o faz são fezes amolecidas, quadro conhecido como pseudoconstipação que não necessita de intervenção terapêutica; bem como também pode apresentar evacuações líquidas após cada mamada (reflexo gastrocólico exacerbado) sem que isto expresse patologia; ao contrário da criança em aleitamento artificial ou misto. É fundamental que o pediatra ou médico generalista tenha esse conhecimento para



RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

	<p>tranquilizar os pais e apoiar a mãe a continuar o aleitamento materno e não cometer iatrogenia (B e C). Não se trata de baixa produção pois está mantida a diurese e os sintomas são compatíveis com cólica do lactente, própria da maturação hormonal da idade ou disquezia; (D) abdômen flácido e sem fezes palpáveis não sugere constipação; para doença de Hirschsprung deveria haver distensão abdominal e não eliminação de mecônio nas primeiras 24h.</p> <p>Manual de neonatologia / editores John P. Cloherty, Eric C. Eichenwald, Ann R. Stark. - 7. ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2015.</p>
90	<p>A questão trata do conhecimento da prevenção após exposição a quadro de varicela devendo o médico mostrar competência na adoção de medidas que previnam ou permitam que os pacientes tenham evolução modificada. Temos a exposição de uma mãe grávida com um filho em boas condições de saúde e que já frequenta creche.</p> <p>Gabarito B. Correto: A vacina deve ser feita até 120 horas e a imunoglobulina hiperimune até 96 horas da exposição. Está contraindicada a vacina de vírus vivo atenuado em gestantes e imunossuprimidos. A notificação compulsória só é obrigatória em casos graves e surtos hospitalares, mas a orientação ao bloqueio nas creches e hospitais deve ser dada.</p> <p>O Ministério da Saúde só libera vacina para profilaxia pós-exposição para situações de controle em ambiente hospitalar ou creches nos comunicantes suscetíveis imunocompetentes. Nos imunodeprimidos, grávidas e menores de 9 meses expostos nessa situação* (*estar em creche e hospital), que não podem receber a vacina irão receber a Imunoglobulina hiperimune contra varicela zoster (IVZG), até 96 horas após a exposição. No caso dos colegas da creche, deverá ser administrada a vacina até cinco dias após exposição ao vírus (quanto antes melhor). A transmissibilidade tem início um a dois dias antes do exantema e persiste até o momento em que todas as vesículas tornam-se crostas. Varicela não é doença de notificação compulsória. Desde junho de 2014 através da portaria 1.271 que define as situações de notificação compulsória apenas os casos graves internados e óbitos precisam de notificação. Casos de menor gravidade acompanhados apenas ambulatorialmente não precisam ser notificados.</p> <p>Ref: Tratado de Pediatria vol 1 e 2: Sociedade Brasileira de Pediatria / [organizadores Dennis Alexander Rabelo Burns... [et al.]]. -- 4. ed. -- Barueri, SP : Manole, 2017. Pags 936-945.</p>
98	<p>Pré escolar feminino 4 anos com história de epistaxe e petéquias em palato em bom estado geral sem sangramentos prévios índices hematimétricos normais exceto plaquetopenia de 38.000 mm^3 e presença de megaplaquetas, sem outros achados ao exame físico.</p> <p>Gabarito B. Correto: quadro clínico clássico de PTI. Sem sangramento espontâneo no momento e plaquetas $> 20.000 \text{ mm}^3$ sem indicação de transfundir plaquetas. (B) nada na anamnese, exame físico ou exames laboratoriais que sugiram leucose, sem hepatoesplenomegalia, sem perda de peso sem comprometimento do estado geral; (C) Sem história epidemiológica , sem sintomas ou laboratório sugestivo de Dengue (D) a primeira escolha para o tratamento da PTI é com corticóide</p> <p>Ref: Tratado de Pediatria vol 1 e 2: Sociedade Brasileira de Pediatria / [organizadores Dennis Alexander Rabelo Burns... [et al.]]. -- 4. ed. -- Barueri, SP : Manole, 2017. Pags 1619-1623.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança – 6. ed. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_6ed.pdf.</p>



RESPOSTAS AOS RECURSOS INDEFERIDOS

100	<p>Adolescente 13 anos vinha com quadro de asma controlado em uso de formoterol e budesonida (6/200mcg) a noite, com quadro de exacerbação de crise após exposição a cheiro forte e poeira desencadeando crise aguda moderada. (STEP 3)</p> <p>Gabarito B. Correto: O GINA 2023 recomenda corticóide inalatório associado a broncodilatador de longa ação (LABA) principalmente formoterol como medicação de manutenção e sob demanda, em situações que necessitem de alívio sintomático imediato “resgate”, no paciente em STEP 3</p> <p>STEP 3 – Asma Persistente Moderada: uso diário de Corticoide inalatório de baixa dose + β2-agonista de longa duração (LABA)</p> <p>Em situações que necessitem de alívio sintomático imediato “resgate” (mantendo o tratamento acima):</p> <p>opção a) Conforme necessidade: Corticoide inalatório de baixa dose + β2-agonista de longa duração (LABA) (preferência pelo formoterol).</p> <p>Além disso, GINA 2023 não recomenda mais o tratamento da asma apenas com SABA isoladamente, sem corticóide inalatório associado, em adultos, adolescentes ou crianças de 6 a 11 anos, deixando erradas as alternativas A,C e D. Isso se mantém no GINA 2024.</p> <p>Ref GINA 2023. GINA Pocket Guide 2023 (ginasthma.org) pag 52. Pag GINA Main Report 2023 Front Cover (ginasthma.org) pag 143;146 ;149</p>
-----	---