



# RECURSO PARA QUESTÃO OBJETIVA

SMS 2022



# RECURSO PARA QUESTÃO

SMS 2022  
OBJETIVA

Especialidade: Clínica Médica  
Número da questão: 03

## Sugestão de recurso:

Prezada banca examinadora,  
Segundo o guideline da sociedade europeia de cardiologia sobre diagnóstico e tratamento de TEP agudo publicado em 2019, o exame de angiotomografia pulmonar apresenta elevada especificidade e sensibilidade, possuindo baixo índice de falsos negativos (0.3 a 0.5% dos casos) no diagnóstico de TEP, principalmente no contexto de pacientes pouco cooperativos e/ou ritmo respiratório que dificulta a realização do exame. Além disso, como consta no algoritmo abaixo, uma angiotomografia negativa em pacientes de moderado/alto risco, como é o caso do paciente da questão, é suficiente para exclusão do diagnóstico. Portanto, solicito anulação da questão devido ausência de item correto.

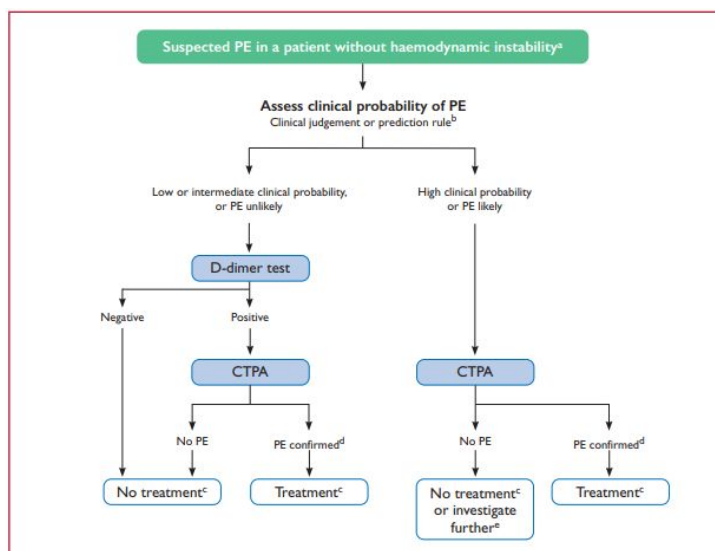


Figure 5 Diagnostic algorithm for patients with suspected pulmonary embolism without haemodynamic instability.  
CTPA = computed tomography pulmonary angiography/angiogram; PE = pulmonary embolism.

## Especialidade: Clínica Médica

Número da questão: 06

### Sugestão de recurso:

Prezada banca,

Conforme estudo de van Boekel MA et al<sup>1</sup>, o fator reumatoide tem sensibilidade de cerca de 75%, ao passo em que o anti-CCP possui sensibilidade que varia entre 40–60%. Já o estudo de Schellekens, G.A et al<sup>2</sup>, traz que, apesar da especificidade elevada (98%), a sensibilidade do anti-CCP é de 48%, enquanto o fator reumatoide tem sensibilidade de 54%. A metanálise de Zhu, Jia-Ning et, al<sup>3</sup>, com 68 estudos (englobando mais de 8 mil pacientes) corrobora os dados anteriores, evidenciando sensibilidade de 53% (mediana de 55%, com desvio padrão de 44-60%) para o anti-CCP1, além de sensibilidade de 51% (mediana de 54%, com desvio padrão de 41-54%) para o anti-CCP2. Ainda nessa metanálise, temos uma sensibilidade do fator reumatoide de 60% (mediana de 65%, com desvio padrão de 25-95%).

Estes são alguns dos inúmeros trabalhos que encontramos que ratificam a sensibilidade semelhante entre anti-CCP e fator reumatoide (ou até maior do último, segundo alguns autores). Desta forma, solicito, respeitosamente, a revisão da proposição A, liberada como gabarito da questão.

### Referências:

1. van Boekel MA, Vossenaar ER, van den Hoogen FH, van Venrooij WJ. Autoantibody systems in rheumatoid arthritis: specificity, sensitivity and diagnostic value. *Arthritis Res.* 2002;4(2):87-93. doi:10.1186/ar395
2. Schellekens, G.A., Visser, H., De Jong, B.A.W., Van Den Hoogen, F.H.J., Hazes, J.M.W., Breedveld, F.C. and Van Venrooij, W.J. (2000), The diagnostic properties of rheumatoid arthritis antibodies recognizing a cyclic citrullinated peptide. *Arthritis & Rheumatism*, 43: 155-163.
3. Zhu, Jia-Ning, Nie, Liu-Yan, Lu, Xiao-Yong and Wu, Hua-Xiang. "Meta-analysis: compared with anti-CCP and rheumatoid factor, could anti-MCV be the next biomarker in the rheumatoid arthritis classification criteria?" *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, vol. 57, no. 11, 2019, pp. 1668-1679. <https://doi.org/10.1515/cclm-2019-016>

## Especialidade: Clínica Médica

Número da questão: 08

### Sugestão de recurso:

Dirijo-me à respeitada Comissão Examinadora da Prova de Residência Médica para apresentar recurso em face do gabarito da questão 8 diante das explicações e justificativas transcritas na sequência:

O enunciado da questão nos descreve um quadro sugestivo de pancreatite aguda. No item considerado resposta para questão é citado que “O paciente apresenta pelo menos dois fatores de risco pelos critérios de Ranson”.

Como podemos observar no Tratado de Cirurgia mais utilizado mundialmente, o Sabiston (20<sup>a</sup>ed) no capítulo 55 que trata sobre pâncreas exócrino, página 1527 os critérios de Ranson são diferentes de acordo com a etiologia.

Quando de etiologia não-biliar temos na apresentação os critérios idade > 55 anos, glicemia > 200mg/dL, leucograma > 16.000 células/mm<sup>3</sup>, DHL > 350 IU/L, AST > 250 IU/L. Após 48h da admissão os critérios são queda no hematócrito > 10%, cálcio sérico < 8mg/dL, excesso de bases > 4mEq/L, nível de ureia nitrogenada no sangue > 5mg/dL, necessidade de fluidos > 6L, PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg.

Se etiologia biliar os critérios são na apresentação idade > 70 anos, glicemia > 220mg/dL, leucograma > 18.000 células/mm<sup>3</sup>, DHL > 400 IU/L, AST > 250 IU/L. Após 48h da admissão queda de hematócrito >10%, cálcio sérico < 8mg/dL, excesso de bases > 5mEq/dL, nível de ureia nitrogenada no sangue > 2mg/dL, necessidade de fluidos > 4L.

Com essa questão não podemos identificar a etiologia. Epidemiologicamente a principal causa seria biliar. Com isso não teríamos nenhum critério positivo. Se considerássemos de causa não biliar teríamos um critério positivo, o de idade > 55 anos.

O que pode ter gerado confusão é a descrição de AST 3 vezes o limite superior da normalidade. O fato é que a referência normalmente varia de 30 a 40. Se considerássemos 40, 3 vezes seria 120. O que ainda não entraria nos critérios de Ranson.

Confiante na anulação da questão 8, pela inexistência de alternativa que atenda ao enunciado, o que revela o desvelo dessa Comissão, agradeço,

**Especialidade: Cirurgia**  
**Número da questão: 17**

**Sugestão de recurso:**

Prezada Comissão examinadora,

Venho por meio desta solicitar a anulação da questão de número 17, pois a mesma possui duas alternativas corretas (letra B e letra D). A banca considerou apenas a letra B, no entanto, em geral não necessitamos de algum exame de imagem (seja radiografia ou FAST) para confirmar se existe ar, sangue ou ambos no tórax do paciente. O exame físico com ausência de murmúrio vesicular, e alterações no timpanismo podem sugerir fortemente o diagnóstico, mas não o confirmam completamente.

Respeitosamente!

**Especialidade: Cirurgia**  
**Número da questão: 18**

**Sugestão de recurso:**

Prezada Comissão examinadora,

Venho por meio desta solicitar a anulação da questão de número 18, pois a mesma possui duas alternativas corretas (letra A e letra D). A banca considerou apenas a letra A, no entanto, a inflamação crônica pela litíase gera um tecido fibrocicatricial que causa a estenose da via biliar. Realmente é de difícil diagnóstico pré operatório, sendo feito em menos de 50% dos casos.

<https://relatosdocbc.org.br/detalhes/37/sindrome-de-mirizzi-a-associada-a-fistula-colecistogastrica>

Respeitosamente!

**Especialidade: Cirurgia**  
**Número da questão: 20**

**Sugestão de recurso:**

Prezada Comissão examinadora,

Dirijo-me à respeitada Comissão Examinadora da Prova de Residência Médica para apresentar recurso em face do gabarito da questão 20. diante das explicações e justificativas transcritas na sequência:

O enunciado da questão solicita que analisemos afirmativas acerca da anatomia vascular abdominal. No item considerado resposta para questão (letra C) é citado que “A artéria epigástrica inferior é ramo da artéria femoral, pois possui sua origem inferior ao ligamento inguinal”.

No entanto, é sabido que a artéria epigástrica inferior tem origem na artéria ilíaca externa, logo acima do ligamento inguinal. Segue um artigo de revisão das variações anatômicas da artéria epigástrica inferior, publicado recentemente. Em 95% dos cadáveres analisados, a origem da epigástrica inferior foi na porção distal da artéria ilíaca externa.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022021000300688&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022021000300688&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Dessa forma, a questão não apresenta alternativas corretas. Solicito, então, anulação da mesma.

Respeitosamente!