

EDITAL TEMFC Nº 25

Respostas aos recursos da prova escrita de outubro de 2018

Resumo executivo:

Analisados 195 recursos referentes a 51 questões. Anuladas as questões 8, 25, 48 e 60. Alterado o gabarito da questão 63 para B ou D.

Questão 1

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	2
Anulação	1
Total	3

Argumentação:

- 1) Não está preconizado a avaliação das funções renais e tireoidiana sempre que houver mudança da dose e sim só na avaliação inicial”. Baseado em literatura fora do edital.
- 2) A afirmativa de letra B relata que as funções renal e tireoidiana devem ser avaliadas sempre que houver mudança de dose do lítio, porém também devem ser antes de se iniciar a terapêutica medicamentosa e em intervalos regulares (de 3 a 6 meses). Nesse caso a informação estaria incompleta. Além disso, gostaria de questionar o fato do paciente apresentar epigastralgia e náuseas há 1 mês, mesmo fazendo uso do lítio de longa data, o que não corrobora com o fato de a alternativa C não estar certa, pois nesse caso não haveria relação entre esse quadro de dispepsia e o uso do lítio. Por isso, entro com recurso para dizer que encontro 2 alternativas corretas nessa questão – B e C.” Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Gustavo Gusso, PG 1891.
- 3) Na análise da pergunta se temos em conta o explícito na bula do Carbonato de Lítio 300 mg publicada pela ANVISA aonde explicitam e cito: “...carbonato de lítio deve ser administrado com muita precaução, incluindo dosagens séricas frequentes e ajuste de doses abaixo das habituais...”. Baseado em literatura fora do edital.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. A questão está embasada no Tratado de Medicina de Família e Comunidade, que especifica:

“O lítio é um dos poucos psicofármacos cujo uso é direcionado pela dosagem do nível sérico. Por ter uma janela terapêutica estreita (níveis terapêuticos próximos dos tóxicos), é indispensável que a litemia seja dosada após a introdução da medicação, a cada ajuste de dose e em intervalos regulares (de 3 a 6 meses). A coleta de exames deve ser feita após um período mínimo de cinco dias do uso da dose atual e deve preferencialmente incluir avaliação da função renal (ureia e creatinina). Também é recomendado acompanhar a função tireoidiana sempre que houver mudança de dose. Tanto para garantir o efeito terapêutico, como para evitar intoxicações, a litemia-alvo deve estar entre 0,6 e 1,2 mEq/L. Os efeitos colaterais mais comuns do carbonato de lítio incluem sintomas gastrintestinais (diarreia, dispepsia, náuseas, vômitos), ganho de peso, acne, perda de cabelo, tremor, incoordenação motora e sedação. A eliminação

dessa medicação é quase exclusivamente renal, portanto o acompanhamento da função renal é indispensável devido ao risco de intoxicação e insuficiência renal” (Tratado de Medicina de Família e Comunidade, página 1891). Assim, as funções renal e tireoidiana devem ser avaliadas quando houver mudança de dose, embora a função renal possa ser avaliada com maior frequência.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 2

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	0
Total	1

Argumentação:

1) O PACIENTE APRESENTA UM QUADRO DE TRANSTORNO BIPOLAR. ELE NÃO TEM SINAIS DE ALERTA. ACHA QUE TOMAR MUITOS MEDICAMENTOS.O TRANSTORNO PSQUIÁTRICO LEVA A UM QUADRO DE DISPEPSIA. ASSIM, SABE-SE QUE OS ANTIÁCIDOS NÃO SÃO EFICAZES NO MANEJO DA DISPEPSIA FUNCIONAL.DESTA FORMA, NESSE CASO, DEVE-SE FAZER AS ORIENTAÇÕES ALIMENTARES E NÃO SOLICITAR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E NÃO PRESCREVER OMEPRAZOL. ASSIM, O CONTEÚDO DA LETRA C ESTÁ CORRETO. MEDICINA AMBULATORIAL ---TERCEIRA EDIÇÃO---(B.B.DUNCAN, MARIA I. SCHMIDT, ELSA R. J. GIUGLIANI)---CAPÍTULO 130---PÁG=1186

Parecer:

O candidato pede para considerar a letra C correta, que já é a resposta correta, conforme o gabarito publicado.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 3

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	8
Anulação	0
Total	8

Argumentação:

- 1) Princípio da MFC: a MFC é influenciada pela comunidade. Tratado de MFC - pág 242 - II Princípio.
- 2) Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade de Gusso, na seção 1 do capítulo 1, página 1 e 10 relata inúmeras vezes que o Médico de Família e Comunidade

é um clínico qualificado. Também refere que o Médico de Família e Comunidade é recurso de uma população definida. Tendo em vista a bibliografia citada a questão deveria considerar essas 2 respostas.

3) Quando o paciente diz "eu quero saber a sua opinião" (sobre a necessidade de endoscopia), também há a interpretação do princípio da MFC explicitado na alternativa A (o MFC é um clínico qualificado), pois o paciente quer a opinião do seu profissional de referência, com a capacidade de unir a abordagem centrada naquela pessoa (que ele conhece de forma detalhada), com as melhores evidências científicas disponíveis (pensando inclusive em P4).

4) O médico de família e comunidade incorpora na sua prática IV princípios fundamentais, dentre eles: I. O médico de família e comunidade (MFC) é um profissional qualificado; II. A medicina de família e comunidade é influenciada pela comunidade (letra B); III. O MFC é recurso de uma população definida (letra C); IV. A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do MFC. Desta forma, podemos considerar as alternativas B e C para o caso em questão. Todos os princípios são igualmente importantes para a prática clínica."

5) Na análise da pergunta se tivemos em conta a capacidade de raciocínio clínico que deve ter Médico de Família e Comunidade que garanta "ser um clínico qualificado" – resposta A- para o tratamento do paciente.

6) No item apresentado como resposta, foi exposto que o princípio da Medicina de Família e Comunidade presente na fala do paciente é que o médico de família é um recurso de uma população definida, porém a fala do paciente não exclui o princípio de que o médico de família e comunidade é um clínico qualificado, conforme resposta apresentada na alternativa A. A fala do paciente se refere a uma insegurança própria com relação ao exame de endoscopia digestiva e sobre a necessidade do compartilhamento da decisão entre o médico e o paciente, por este ser quem o acompanha e conhece sua patologia de base. Conforme a fonte bibliográfica "Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática". Especificamente na página 5, o seguinte trecho corrobora com a alternativa A: "O médico de família e comunidade precisa desenvolver um entendimento da experiência da pessoa sobre a doença, particularmente suas ideias, sentimentos e expectativas sobre o que está acontecendo com ela, e identificar que pode haver impacto da doença na sua vida pessoal, familiar, profissional e social." E também o seguinte trecho presente na página 6 onde diz: O médico de família e comunidade também deve ser competente para trabalhar com pessoas buscando alcançar um plano comum a ambos (médico e pessoa) na definição de problemas, objetivos de tratamento e responsabilidades na implementação do cuidado. Conforme trechos expostos acima e considerando que o tratado de Medicina de Família e Comunidade se encontra no rol de bibliografias recomendadas, solicito a verificação do item e a inclusão do item A como resposta para a questão.

7) Princípio I: médico de família é um clínico qualificado e, portanto, conhece profundamente os problemas de saúde mais frequentes. É esperado que um paciente busque uma segunda opinião de quem confia pela sua qualificação.

8) Nessa pergunta pode ser aceita a resposta A porque nesse caso o paciente não só veio porque o profissional é seu médico, também ele quer saber sua opinião, o que pode ser interpretado como que o paciente confia na sua opinião. Na conversa entre médico e paciente para perceber que o paciente tem tido acompanhamento anterior com o mesmo e na sua avaliação o paciente tem uma experiência sobre a preparação científica do médico, o que lhe faz confiar no que ele tem para lhe aconselhar.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. No caso podemos observar vários princípios da Medicina de Família, mas a questão pergunta sobre especificamente a qual dos princípios da Medicina de Família e Comunidade se refere a determinada frase do caso: "... ontem eu fui no hospital por

causa de uma dor no estômago e me mandaram fazer uma endoscopia. E aí eu vim aqui porque o Dr. é meu médico e eu quero saber a sua opinião." A questão está embasada no Tratado de Medicina de Família e comunidade, página 5, onde está descrito: "Ser recurso de uma população definida é princípio manifestado como: 'Fui atendido na emergência ontem à noite, mas vim aqui para saber sua opinião sobre o que aconteceu e o que me orientaram fazer, afinal você é meu médico, e quero saber sua opinião'".

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 5

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	2
Anulação	0
Total	0

Argumentação:

- 1) A literatura não estabelece sequência cronológica para realização das ações, sendo aceitável utilizar como abordagem inicial o resumo das opções como descrito na alternativa B. PÁGINA 825 - GUSSO, Gustavo DF; LOPES, José MC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222 p.
- 2) Acredito que alternativa B seja até mais completa para auxiliar na decisão compartilhada. A alternativa C também é correta o que me trouxe dúvida, porém descrever melhor as opções facilita a compreensão por parte do paciente. Página 121 do capítulo 13 do Tratado de Medicina de Família do Gustavo Gusso, onde aborda como o médico faz para fazer um projeto em comum para manejar os problemas.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. A questão está embasada no Tratado de Medicina de Família e Comunidade, página 825, Quadro 93.1, que coloca a sequência de passos para o processo de decisão compartilhada.

A letra B está incorreta porque não se inicia o processo de decisão compartilhada resumindo as opções de tratamento. A literatura recomenda que o resumo das opções seja feito após a definição do problema, levantamento de percepções, entendimento do ponto de vista do paciente e transmissão de confiança e descrição das opções de tratamento, conforme a tabela abaixo:

PASSOS PARA A TOMADA DE DECISÕES COMPARTILHADAS COM A PESSOA

- Definir o problema: o profissional deve especificar o problema que requer uma decisão, levando em consideração as suas percepções e as da pessoa.
- Transmitir confiança: deixar claro que os profissionais podem não ter uma mesma opinião sobre qual opção de tratamento é a melhor.
- Resumir as opções: descrever uma ou mais opções de tratamento e, se relevante, a consequência de não tratar.
- Verificar o entendimento: certificar-se do entendimento da pessoa sobre as opções.
- Explorar as concepções: evocar as preocupações da pessoa e as expectativas sobre a condição clínica, as possíveis opções de tratamento e as suas consequências.
- Investigar a aceitação da pessoa: conferir se ela aceita o processo de decisão compartilhada e identifica seu papel na interação.
- Envolver a pessoa: comprometê-la no processo de decisão.

- Protelar, se necessário: rever as necessidades e as preferências da pessoa, incluindo a opinião da família.
- Rever os acordos: examinar cuidadosamente as decisões.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 7

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	5
Considerar mais de uma alternativa correta	11
Anulação	0
Total	16

Argumentação:

- 1) A paciente já teria indicação de PROFILAXIA. (Pagina 1798 Tratado). Não há supremacia dos AINES sobre Dipirona, Paracetamol, ou AAS (Pagina 1786). A única menção que o tratado faz dos derivados de ERGOT é que não teria efeito se iniciado tardiamente (Pagina 1786). Entretanto não temos essa informação na questão. E os derivados também fazem parte do tratamento de Crise Aguda Enxaqueca o que mostra a falha no tratamento de resgate, indicando mais uma vez o tratamento profilático. MELHOR RESPOSTA C.
- 2) A terapia profilática pode ser indicada caso seja preferência do paciente conforme tabela 75.7 do livro Medicina Ambulatorial. Na alternativa "C" da questão 7, propõe decisão compartilhada com a paciente.
- 3) Durante a anamnese não foram considerados os fatores desencadeantes das crises de enxaquecas. É conhecido que em muitos casos existem alguns fatores que podem ser identificados com o preenchimento do diário da dor. Neste diário serão registrados além do dia, intensidade e duração da dor, fatores como alimentos ingeridos, quantidade e qualidade do sono, fatores estressantes psíquicos e atividade física.
- 4) De acordo com a classificação de cefaleias da International Headache Society, os principais tipos de migrânea são a sem aura e a com aura. A primeira é conhecida como a enxaqueca comum, em que a dor costuma apresentar duração, características e fenômenos associados típicos, porém não é acompanhada de sintomas ou sinais neurológicos focais transitórios, como ocorre na migrânea com aura. "No tratamento farmacológico, deve ser levado em consideração a eficácia, os efeitos adversos, a terapêutica prévia e as contraindicações, assim como a intensidade e frequência das crises, a presença de sintomas e sinais associados e o tempo necessário para que o medicamento atinja a eficácia máxima. Acompanhamento e profilaxia. Naqueles casos em que se identificar que a migrânea é recorrente e leva a prejuízos na qualidade de vida das pessoas, deve-se pensar em fazer o acompanhamento ambulatorial, com consultas agendadas periodicamente, e iniciar a profilaxia das crises. Para isso, podem ser utilizadas drogas como o propranolol (40mg) ou amitriptilina (25mg), conforme avaliação médica.
- 5) Com relação à abordagem da enxaqueca, no caso proposto deve-se iniciar terapia profilática para prevenção de novas crises, uma vez que preenche os critérios para tal (falência da medicação de resgate). A letra "c", portanto, também está correta.
- 6) Concordo com a mudança do gabarito para alternativa C. A paciente em questão relata pontos importantes que corroboram com o início de medicação profilática para as crises de enxaqueca: grau de incapacidade importante (mesmo tendo poucas crises), pois são crises de dor que são muito fortes, duram um dia inteiro, vêm com muito enjoô, pioram com a luz, e não aliviam com medicação de resgate, no caso a ergotamina, que a paciente

escolhe como medicação de alívio. Em caso de falência, a paciente tem que procurar a UPA para medicação EV (dipirona), o que também confere um grau de relevância importante para as suas crises.

7) A alternativa C também está correta. Tendo em vista que uma das opções de início da terapia profilática na enxaqueca, segundo tabela do livro de DUNCAN et al, 4ª ed., página 752, é a PREFERÊNCIA DO PACIENTE (tópico 5 da tabela), e a alternativa da questão dá a entender uma opção de conduta do médico com decisão compartilhada da paciente ("o médico poderia iniciar terapia profilática para prevenção de novas crises, compartilhando a decisão dentre as opções de medicamentos disponíveis"), a paciente tem a OPÇÃO de escolher a terapia profilática ou não, baseando-se em sua própria experiência das crises. O grau de incapacidade (mesmo se forem poucas crises) também influencia nesta decisão. Portanto, o médico pode indicar a profilaxia com base no desejo da paciente, que necessariamente teria de ser informada dessa opção, tornando a alternativa C também correta."

8) A alternativa C (profilaxia) também seria um possibilidade de conduta para o caso, se considerarmos as crises como incapacitantes (duram um dia todo, com muita náusea, necessitando procurar pronto-atendimento para medicação endovenosa), e/ou falência da medicação de resgate (refratariedade após uso de ergotamina, medicação de segunda linha para crises moderadas a graves de cefaléia enxaquosa).

9) Na página 751 a ergotamina É citada como uma terapia abortiva indicada para casos de intensidade moderada a forte e os aines para leves a moderados (quadro 75.5). A paciente em questão cita crises fortes que a levam buscar serviço de pronto atendimento para alívio. Se tratando de crise forte, a terapia abortiva mais recomendado não seria aine, e sim triptanos e ergotamina. Na questão não fica muito claro se o uso da ergotamina está sendo feito da forma correta, pois a paciente dizer que usa quando está com dor tem 2 interpretações: (1.) No dia que sente dor, ou seja, não todos os dias/sempre, ou (2.) Já inicia quando a dor está instalada, o que faz com que a medicação não atinja a sua melhor eficácia. Diante do fato de que o Aine (A) não é a melhor opção para crise forte, opioides São desencorajados (B) e a ergotamina não é ideal depois que a dor já está instalada (D), ficamos com a opção da interpretação 2 citada acima para encontrarmos uma opção correta dentro da bibliografia. Na página 752, quadro 75.7 temos as indicações para a terapia profilática. A indicação número 4 diz: quando a terapia abortiva utilizada é ineficaz. Portanto, se a ergotamina é ineficaz pode-se iniciar a terapia profilática. Estando correta a opção C.

10) Conforme o diálogo médico-paciente, a paciente apresenta enxaqueca há anos, com piora no último ano. Refere melhora da dor aguda com ergotamina ou dipirona, porém as dores recidivam. O adequado para esse quadro crônico, seria iniciar um tratamento profilático para evitar as crises, compartilhando essa decisão com a paciente (letra c). A questão é evitar as crises, pois quando elas surgem, a própria paciente refere melhora com ergotamina ou dipirona, concluindo-se que não há necessidade de medicação nova para tal e sim de algum medicamento para evitar que elas se desencadeiem (medicação profilática).

McWHINNEY, Ian R.; FREEMAN, Thomas R. Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWHINNEY. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2017, 536 p
Capítulo 12. Cefaléia.

11) De acordo com Duncan, a profilaxia é um dos mais importantes aspectos do manejo da enxaqueca, ao diminuir a frequência das crises e melhorar a resposta do paciente a terapia abortiva, além de evitar a exposição do paciente ao uso excessivo de medicamentos.

12) Considerando no Diálogo – Vídeo 2 ,Cena 1 " PACIENTE: É ... as crises são geralmente de 1 dia, só um lado da cabeça. É ... vem com muito enjoo e piora com a luz. Pra enxaqueca eu tomo quando tô com dor ...eu tomo esse remédio aqui ó ... MFC: Ah, tá. A ergotamina. Tá certo. PACIENTE: Isso! Ai quando não melhora vou na UPA ... aí eu tomo dipirona na veia ... aí melhora. Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade "Tratamento farmacológico: Medicações para redução da frequência das

crises .Seguindo recomendações recentes para o tratamento profilático das migrêneas, as indicações de profilaxia devem levar em conta vários critérios: Grau de incapacidade importante (mesmo se forem poucas crises); Falência da medicação de resgate. Conforme o relato da paciente preencheria os dois critérios acima citados para iniciar profilaxia.

13) A letra c também, está correta visto que na abordagem da enxaqueca o compartilhamento da decisão dentre as opções de medicamentos disponíveis ajuda na terapia.deve-se esclarecer o pacientwe com migrânea a respeito de sua condição e das possibilidades terapêuticas(vide pág=1170).

14) A alternativa C também está correta, visto que as crises vêm piorando de intensidade (... " Eu tive 3 crises fortes nos últimos 6 meses (...) ... quando não melhora vou ao UPA... aí eu tomo dipirona na veia..

15) Mudança do gabarito para item C. Dos critérios para indicação de profilaxia das crises, a paciente apresenta falência da medicação de resgate, grau de incapacidade importante (mesmo se forem poucas crises), havendo necessidade de socorro em pronto atendimento, sendo assim recomendado tratamento farmacológico para redução da frequência das crises.

16) Tratamento farmacologico profilatico de enxaqueca pode ser feito mesmo se foram poucas crises se tiver grau de incapacidade importante,conforme apresentado no caso da questão.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. A questão está embasada no livro Livro Medicina Ambulatorial (Duncan) e no Tratado de Medicina de Família e comunidade. A alternativa A está correta segundo Duncan descreve na página 750: Usar triptanos ou ergotamina em pacientes com quadros mais graves de migraenea e naqueles cuja dor de cabeça responde mal aos anti-inflamatorios não esteroides (AINEs) ou analgésicos. A dipirona e o paracetamol são efetivos para o tratamento da dor, assim como os AINEs, incluindo aspirina, ibuprofeno, naproxeno, cetoprofeno e diclofenaco, representando todos uma boa alternativa de manejo. Os AINEs sao efetivos no alivio agudo da migraenea, promovendo alivio dos sintomas (NNT=6 a 10 para resolução da dor em duas horas). A alternativa B está incorreta porque segundo Duncan "Os opioides promovem alivio da dor, mas são associados a uso excessivo e dependência, sendo, de maneira geral, desencorajados em APS. Devem ser considerados, porém, nos pacientes com migraenea infrequente e incapacitante, mas com contraindicações para o tratamento específico (p. ex.,doença cardiovascular). A alternativa C está incorreta porque a paciente não cumpre os critérios abaixo de indicação de início da terapia profilática na migraenea, pois a paciente do caso não apresentava migrânea recorrente (apenas 3 crises nos últimos 6 meses) e não relatou de forma clara prejuízos na qualidade de vida, apenas mencionou que procurava a UPA quando a dor não melhorava com ergotamina, sem especificar a frequência com que isto ocorria. Além disso a paciente não estava fazendo o tratamento adequado das crises e a melhor conduta seria adequar o tratamento antes de iniciar profilaxia. Indicações de profilaxia segundo Livro Medicina Ambulatorial (Duncan), página 757, TABELA 75.7:

1. A migraenea interfere significativamente no dia a dia do paciente, apesar das terapias abortivas.
2. Crises frequentes (>1 vez/semana).
- 3 . Uso excessivo de medicamentos (em razão de crises frequentes, incapacitantes ou de longa duração).
- 4 . As medicações utilizadas na terapia abortiva são efetivas, contraindicadas ou causam efeitos adversos intoleráveis.
5. Preferência do paciente.
6. Presença de condições incomuns de migraenea (potencialmente graves, migraenea hemiplégica, basilar, com aura prolongada)

Seguindo recomendações recentes para o tratamento profilático das migrêneas, as indicações de profilaxia devem levar em conta vários critérios (Tratado de Medicina de Família e comunidade, página 1784):

- Frequência de três ou mais crises ao mês;
- Grau de incapacidade importante (mesmo se forem poucas crises);
- Falência da medicação de resgate;
- Subtipos especiais de enxaqueca: basilar, com aura prolongada, auras frequentes e atípicas e infarto enxaquecoso;
- Ineficácia da profilaxia não farmacológica quando esta tiver sido a opção inicial da pessoa.

A alternativa C considera ainda o compartilhamento da decisão quanto as opções de medicamentos disponíveis para profilaxia e não quanto ao início da terapia profilática em si. Além do mais, a paciente relatou que não gosta de tomar medicamentos.

A alternativa D está incorreta porque, segundo Duncan, o fármaco ergotamina "...deve ser usado no início dos sintomas prodromicos, para que tenha o máximo de benefício, podendo ser usadas doses adicionais após 30 e 60 minutos." Esta alternativa propõe um uso mais tardio de ergotamina, o que reduzira sua eficácia.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 8

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	4
Total	4

Argumentação:

1) A alternativa B conclui que (TODAS) as mulheres com histerectomia total por doença benigna não se beneficiam desse exame (rastreamento de câncer de colo). Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, as mulheres que não se beneficiam do rastreamento são (APENAS) aquelas "submetidas a histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau (...) desde que apresentem exames anteriores normais". Portanto, a alternativa B está incorreta, pois inclui em sua afirmação as mulheres cuja histerectomia total se deu por doenças benignas, mas não diferencia aquelas que tiveram lesões cervicais de alto grau ou exames alterados previamente. A questão não tem alternativa correta.

2) divergência entre o conteúdo da questão identificada como correta (histerectomia total por doença benigna não se beneficia do exame de rastreamento) do que consta na diretriz (estão excluídas do rastreamento apenas aquelas que apresentam exames anteriores normais).

3) A resposta B para estar correta depende de um porém: " desde que apresentem exames anteriores normais

Os candidatos se basearam na referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2 ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016 (p. 37), segundo parágrafo.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Conforme argumentação apresentada, as mulheres com histerectomia total por doença benigna não precisam mais realizar exame preventivo para câncer de colo uterino desde que não tenham apresentado anteriormente lesão intraepitelial de alto grau e tenham exames preventivos prévios normais.

Tendo em vista o descrito acima, a banca decide pela anulação da questão.

Questão 9

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	1
Considerar mais de uma alternativa correta	2
Anulação	4
Total	7

Argumentação:

- 1) Divergência entre o conteúdo descrito no item considerado correto (encaminhar para colposcopia e biópsia) e o que consta na diretriz (presença de achados anormais menores à colposcopia (NIC I --> lesão de baixo grau) dispensa biópsia). Diretrizes Brasileiras para rastreamento do cancer de colo de utero 2016, pagina 48, último parágrafo.
- 2) Letra B da questão 9 dada como gabarito, não condiz com as diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer de colo uterino, ou seja, exames citopatológicos negativos em dois momentos não exige encaminhamento para colposcopia e biópsia. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2 ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016, 114 p.
- 3) biópsia somente será realizada se a colposcopia tiver achado anormal, caso contrário, deverá repetir o exame em 6 e 12 meses. Diretrizes Brasileiras para rastreamento de câncer do colo do útero INCA 2016, tabela da página 75.
- 4) Na análise da pergunta se tivemos em conta o explicito no Caderno de atenção básica No 29: Rastreamento, aonde explica nas páginas 70 e 71 no Quadro 9.3 e cito: "...Resultado: Lesão intra-epitelial de baixo grau. Grau de suspeição: Menor. Conduta: Repetição da citologia em seis meses" "Atipias de Significado Indeterminado em células escamosas –aonde- não se pode afastar lesão de alto grau, o grau de suspeição é: Maior. Conduta: Encaminhamento para colposcopia" Pelo que o inciso (B) aparece com a conduta –Colposcopia e biopsia- no caderno da Prova.
- 5) Candidato repetiu a mesma descrição do candidato anterior. Pede para considerar o inciso (D) como resposta correta.
- 6) Deve se encaminhar para colposcopia se + biópsia ,se - repetir com 6 m e 12 m. Diretrizes Brasileiras para rastreamento do cancer de colo de utero 2016.
- 7) No item apresentado como resposta, foram apresentados que resultados de exames citopatológico colo do útero com lesão intraepitelial de baixo grau em dois exames consecutivos em 6 meses devem ser encaminhados para colposcopia e biópsia. Nessa afirmação fica entendido que necessariamente a paciente deverá ser submetida a biopsia. Porém cabe ressaltar, no entanto, que conforme a fonte bibliográfica "Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero." Especificamente na página 71, o seguinte trecho contraria a solução dada pela banca examinadora: "À colposcopia, se presentes achados anormais no colo do útero, deve-se realizar a biópsia. Presente NIC II/III ou câncer, deve-se seguir conduta específica. Caso presente NIC I, a paciente deverá

ser mantida em seguimento citológico. Quando presentes achados anormais menores, a biópsia poderá ser dispensada, considerando-se outros fatores como idade menor do que 30 anos, rastreamento prévio negativo e ausência de história de doença cervical pré-invasiva (NIC II/III).” Conforme trecho exposto acima e considerando que a diretriz se encontra no rol de bibliografias recomendadas, solicito a anulação do item.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. O fluxograma das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, 2016, traz toda a sequência de acompanhamento de lesões intraepiteliais de baixo grau. Certamente, dependendo da avaliação durante a colposcopia e da necessidade de biópsia, o seguimento pode ser diferente. No entanto, a colposcopia e a biópsia são procedimentos realizados em conjunto, ou seja, quando se encaminha uma mulher para colposcopia o objetivo é justamente avaliar a realização da biópsia. Não se faz de forma independente solicitação direta de biópsia de colo uterino na presença de lesão intraepitelial de baixo grau. Ambos procedimentos, colposcopia e biópsia, são realizados no mesmo momento, embora a biópsia dependa dos achados encontrados na colposcopia. O livro medicina ambulatorial, no capítulo 53, cita: “Se a lesão for inicial, a biópsia é dirigida pela colposcopia”. Portanto, considera-se a alternativa B correta. A alternativa D está incorreta porque segundo o Tratado de Medicina de Família e comunidade, página 1079: “Para um resultado ASC-US ou células escamosas atípicas de significado indeterminado, a recomendação na mulher com 30 anos ou mais será a repetição do CP em um intervalo de seis meses”. Esta recomendação está condizente com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero e o Medicina Ambulatorial.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 10

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	2
Considerar mais de uma alternativa correta	3
Anulação	0
Total	5

Argumentação:

1) Dentre as opções oferecidas, a letra D seria a mais correta, pois as outras afirmativas não abordam a forma da médica COMUNICAR O RESULTADO. A letra C, gabarito oficial, abordar a forma da médica ter uma contra-referência de como a paciente entendeu o seu diagnóstico, mas não a forma da médica comunicar o diagnóstico à paciente. Já a letra D, coloca que a médica tem que explicar, de forma clara (ou seja, tem que usar de uma linguagem que a paciente entenda), sobre a gravidade do diagnóstico e prognóstico.” Ref: Prova

2) No próprio diálogo com a paciente, esta já demonstrou interesse em saber, não apenas em termos tão técnicos, como explicado pela médica, sobre o seu diagnóstico e prognóstico, no momento em que ela diz: -"Como assim, doutora?", tanto que quando a médica disse para a paciente não se preocupar, esta ainda continuou com fâscies de espanto e dúvida. A médica deveria inicialmente explicar de uma maneira simples e clara, e não tão técnica, sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, ainda mais em se tratando de uma pessoa que, pelo histórico, não é tão zelosa assim com sua saúde (mais de 5 anos sem fazer Colpocitologia Oncótica, 36 anos).” Ref: "Dar más

notícias às pessoas é tão difícil que frequentemente somos tentados a fugir da tarefa. Tememos ser francos demais, tememos as perguntas que possam ser feitas e sobretudo as emoções que possam ser desencadeadas. (...) É algo com que frequentemente se tem de lutar." (livro: Manual de Medicina de Família e Comunidade Mc Whinney/Thomas R. Freeman, pág. 194-195 - 4ª edição).

3) A paciente em questão apresentou um diagnóstico de lesão intraepitelial de ALTO GRAU (NIC 3). O gabarito informado como sendo a letra C, abre espaço para que o paciente pergunte questões não tão relevantes para a terapêutica e adesão ao seu tratamento. Já que estamos falando de uma lesão de alto grau, não podemos perder a oportunidade durante a consulta para enfatizar os benefícios e a importância da adesão terapêutica conforme referido na LETRA B da questão. O paciente considerando a letra C, poderá se negar a pedir informações muito relevantes, que caso não solicitadas poderão causar potencial iatrogênico com risco de morte. . Letra C, paciente poderia apenas perguntar: "Dr meu caso tem tratamento? se sim, volto outro momento para saber mais informações'. Podendo nunca mais voltar. Resposta correta letra B." Ref: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2 ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016, 114 p. [disponível na internet:

http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigeo.pdf

4) Na análise da pergunta tivemos em conta a gravidade do resultado do exame da paciente "NIC 3" pelo que achamos importante comunicar de forma clara sobre a gravidade e o prognóstico vendo que a comunicação da Dra incluiu palavras técnicas que a paciente não conseguiu compreender na totalidade. Sem referência bibliográfica.

5) A cena 2 do vídeo 2 mostra a paciente, uma profissional do sexo, em uma consulta de retorno com sua MFC para ter conhecimento do resultado do seu exame de colpocitologia. Após explicação da MFC absolutamente incompreensível por parte da paciente, a MFC lhe pergunta à paciente se tem alguma dúvida. A imagem a seguir mostra de forma evidente que a paciente permanece com total falta de compreensão da explicação dada pela profissional. Neste caso, levando em consideração o nível sociocultural da paciente, a MFC deve **EXPLICAR DE FORMA CLARA SOBRE A GRAVIDADE DO DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO** (alternativa D) para então perguntar se ainda há alguma dúvida a respeito do exposto e o que mais a paciente deseja saber sobre o seu diagnóstico e prognóstico. Antes de perguntar o que esta paciente deseja saber sobre a doença, notando que a mesma tem total desconhecimento da condição, ela precisa ser informada de forma clara e compreensível o resultado do seu exame e o que ela tem, com linguagem adequada ao seu nível de compreensão.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. A questão pergunta sobre a abordagem inicial e está embasada no Livro Medicina Ambulatorial (Duncan), página 77 e 78 – Comunicando más notícias: "Antes de dar a notícia, abordar o que o paciente deseja saber sobre o seu diagnóstico e prognóstico: algumas pessoas desejam apenas saber se sua situação é grave, outras desejam saber detalhes da evolução; há quem deseje saber se a doença pode ser fatal e quem deseje saber quanto tempo de vida ainda pode esperar; certos indivíduos querem saber detalhes da evolução e todas as possíveis complicações, e outros só querem saber genericamente o que pode acontecer."

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 11

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	0
Total	1

Argumentação:

1) Segundo Duncan¹, pág 1258, “As artropatias inflamatórias costumam resultar em rigidez matinal prolongada, maior que uma hora”, sendo correta a afirmação da alternativa D. O Tratado de Medicina de Família e Comunidade², pág 1667 tabela 193.3, classifica repouso com tratamento provavelmente danoso em casos de lombalgia, afirmando que “Deve ser o mais breve possível e a maioria dos casos necessita de no máximo 3 dias, sendo que o danoso prolongamento pode ser deletério”.

Parecer:

O candidato pede para considerar a letra D correta, que já é a resposta correta publicada no gabarito da prova.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 12

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	2
Total	3

Argumentação:

1) A alternativa C conclui que a incapacidade de fazer resistência no teste de Jobe sugere ruptura COMPLETA do tendão supraespinhoso. Porém, o Tratado de Medicina de Família e Comunidade afirma: “a ruptura de tendões no ombro pode ser completa ou parcial. Em ambos os casos, os sintomas marcantes são a redução da força e a limitação dos movimentos. A distinção entre a ruptura parcial e a ruptura total se dá pelo grau de redução de força e de limitação, e pode ser bastante difícil de se fazer com base apenas no exame físico”. Portanto, o adjetivo “completa” da alternativa está restringindo o sentido da frase, e desconsiderando os casos de ruptura INCOMPLETA que também são sugeridos pela incapacidade de realização do teste de Jobe, já que a diferenciação é muito difícil apenas pelo exame físico. Portanto, a alternativa C também está incorreta, e a questão não tem resposta. GUSSO, Gustavo D. F.; LOPES, José M. C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012 (p.1698).

2) Queixas de diminuição da amplitude de movimentos é sugestivo de ruptura de estruturas do manguito rotador. O item A da questão 12 menciona alteração da amplitude dos movimentos (limitação da rotação interna e de elevação do ombro). Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Gustavo Gusso) página 1697, tabela 196.1

- 3) Na letra C, averiguação da descrição “ruptura COMPLETA” – literatura fora do edital

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados. A questão está embasada no Livro Medicina Ambulatorial (Duncan) e Tratado de Medicina de Família e comunidade. A alternativa A está incorreta porque “limitação de rotação interna e de elevação do ombro sugerem ombro congelado (capsulite adesiva)”. A alternativa D está correta porque “o teste de Jobe, ou da lata vazia (FIGURA 124.3), é realizado com o paciente de pé, com os braços em abdução de 90 graus e flexão de 30 graus, palmas da mão para fora. O teste é considerado positivo quando o paciente não consegue fazer a resistência, sugerindo presença de ruptura completa do supraespinhoso”, segundo Duncan página 1269. Apesar de a distinção entre a ruptura parcial e a ruptura total ser difícil pelo exame físico, isso não torna a alternativa D da questão incorreta.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 14

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	3
Considerar mais de uma alternativa correta	7
Anulação	0
Total	10

Argumentação:

- 1) A médica usa a estratégia da NARRATIVA: Realizar análises, síntese registros que permitam reavaliar e reinterpretar, conjuntamente com a pessoa, a sua trajetória de recurso às consultas no seu contexto de saúde e de vida, sem culpá-la nem fazer juízos de valor. RESPOSTA CORRETA: A. Tratado de medicina de família e comunidade pag 149
- 2) Alternativa "C" da questão 14, recomenda explorar o contexto psicossocial do paciente. No livro indicado Entrevista clínica habilidades de comunicação para profissionais de saúde, sugere utilizar o pacote psicossocial para pacientes com dores crônicas e hiperassíduo, exatamente como o paciente João do vídeo 3, que "vem toda semana pedindo atestado" e tem "dor nas costas de sempre".
- 3) No enunciado da questão fala: "Das estratégias UTILIZADAS PELA MÉDICA, a que se recomenda para pacientes que consultam frequentemente é:". De acordo com o vídeo, a estratégia que a médica utilizou na consulta foi de iniciar a consulta, fazendo um resumo pelas consultas anteriores (Letra A). A médica no vídeo não abordou a identificação de medos e preocupações do paciente (letra D - resposta oficial). Sem referência bibliográfica.
- 4) O paciente da Questão proposta está sofrendo no trabalho no qual ele se sente pressionado. Dessa forma ele somatiza seus sentimentos através de sintomas referidos, conseguindo assim se manter longe do local e da situação que o faz se sentir mal. Segundo a bibliografia proposta a intervenção psicossocial é válida nesse caso. " qualquer intervenção com as pessoas que consultam com frequencia deve dar resposta a complexidade biomedica e biopsicossocial que envolve seus

problemas..." Medicina da família e comunidade Gustavo Gusso e Jose Mauro Ceratti Lopes página 148.

5) Das estratégias utilizadas pela médica, também pode ser considerada a exploração do contexto psicossocial do paciente. Foi utilizado o modelo biopsicossocial de engel, ou seja, o modelo clínico centrado na pessoa. Tratado de medicina de família e comunidade, princípios, formação e prática (gustavo gusso, José Mauro Ceratti Lopes), volume 1, página 147

6) Resposta correta é a alternativa "A" e Resposta "D" está errada. A questão se refere "às estratégias utilizadas pela médica" relativas ao vídeo 03 e o gabarito oficial aponta como resposta correta a alternativa "D". Notório que no respectivo vídeo não se pode identificar dentro do diálogo a conduta da médica em "identificar medos e preocupações do paciente". Por outro lado, o alvo central da questão e a estratégia utilizada pela respectiva médica estão relacionados com a prevenção de demandas, que estão corretamente descritos na alternativa "A". Carrió, F. B. Entrevista Clínica: Habilidades de Comunicação para profissionais de Saúde. Edit. Artmed/ SBMFC. 2012. Pag. 21, Quadro 1.3.

7) Sumarizar os registros/sintomas das consultas anteriores para reinterpretar e reavaliar conjuntamente com o paciente (resumir as últimas vindas quando pelo mesmo sintoma) também pode ser uma estratégia utilizada pelo médico no caso de pacientes hiperfrequentadores. Essa estratégia foi utilizada pela médica no caso ("então deixa eu ver se eu entendi essa sua dor ou se mudou alguma coisa desde a última vez que você esteve aqui"), logo no início da consulta (após o paciente dizer que estava de volta pelo mesma dor de sempre), e está descrita na alternativa A. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, volume 1, capítulo 17, páginas 149 e 150.

8) Prezada banca, Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática/ Gustavo Gusso, José Mauro Cerrati Lopes, 2012, no seu volume 1, capítulo 17, na página 149, no quadro 17.2 - Dicas para lidar com as pessoas que frequentemente, indica que sedemos explorar e considerar o paciente no seu contexto e men. Portanto, solicito considerar a alternativa C, como também, resposta correta. o Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática/ Gustavo Gusso, José Mauro Cerrati Lopes, 2012.

9) Existe muita incerteza sobre as possibilidades e a adequação de intervenções para modificar o comportamento de pessoas hiperutilizadas, sobre quais os resultados esperados e como podem ser medidos. Pouco se sabe sobre a influência de cada intervenção específica na evolução do padrão de procura de consultas, e poucas são as provas convincentes dos resultados das intervenções estudadas. As intervenções descritas na literatura têm, por vezes, resultados controversos ou confusos. A maioria dos ensaios clínicos sobre o efeito das intervenções nestas pessoas teve resultados inconclusivos. No entanto, esses estudos foram realizados a curto prazo (um ano) e a sua interpretação é difícil porque a organização dos cuidados de saúde, as definições de pessoas e os métodos são muito variados. Se oferecem dicas nesta bibliografia para lidar com as pessoas que consultam frequentemente nas que se colocam considerações que tem a ver com a conduta utilizada pela médica e que se incluem nas possibilidades de resposta. Nossa opinião é que essa pergunta pode ter várias alternativas de resposta e se presta a confusão nesse caso poderia ser considerada sua anulação ou a aceitação do inciso A porque não fica claro no vídeo que a médica identifique medos e preocupações do paciente. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Gustavo Gusso, volume I, capítulo 17.

10) No capítulo 17 do Tratado de Medicina de Família Gusso, aborda que a grande maioria dos pacientes que consultam frequentemente possuem mais problemas sociais, emocionais, psiquiátricos ...sendo importante explorar o contexto psicossocial do paciente. Mais a frente do capítulo, os autores também relatam para

o médico identificar os medos e preocupações do paciente, porém dentre as alternativas, a alternativa poderia estar contemplada dentro da C, se considerarmos que a partir do fato que quando fazemos uma adequada e profunda anamnese psicossocial podemos identificar medos e preocupações do paciente.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. A questão está embasada no capítulo 3, "Dados de qualidade para bons diagnósticos" do Livro Entrevista Clínica (Borrell). A alternativa A está incorreta porque no livro Entrevista Clínica (Borrell), pág 99 a 101 o autor recomenda "Começar do zero": "O melhor é começar como se estivéssemos vendo o paciente pela primeira vez, com a ideia de esquecer o que sabemos, os preconceitos e os sentimentos de irritação que nos causa. "Não saber" sempre incomoda, mas não saber no contexto de um paciente que teoricamente consultou conosco com frequência nas últimas semanas costuma irritar. *Começar do zero* é um autêntico exercício de humildade!" "Conhecer os pacientes durante anos certamente possui vantagens, mas também pode causar *patologias da familiaridade*. Em primeiro lugar, ver com frequência um paciente não quer dizer que o conhecemos. Talvez todos, ou quase todos, os encontros prévios tenham ocorrido em um plano superficial, sem uma avaliação preventiva nem uma revisão de sistemas. Em segundo lugar, temos uma falsa sensação de segurança, como se o fato de o paciente já ter consultado muitas vezes afastasse as piores hipóteses. Essa falsa segurança aumenta com os pacientes hipocondríacos, nos quais já descartamos reiteradamente um câncer." A alternativa B está incorreta porque a médica não identificou eventuais *triggers* e/ou determinantes que poderiam ajudar a explicar o aumento de procura pela pessoa. Não perguntou se houve algum evento relacionado ao início dos sintomas ou pelo aumento da procura. A alternativa C está incorreta porque a médica não explorou o seu contexto psicossocial em nenhum momento, mesmo quando o paciente começou a falar sobre seu contexto laboral. A alternativa D está correta porque a médica ao perguntar por que o paciente queria tanto fazer o exame, descobriu a preocupação e medo com uma possível hérnia.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 15

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	1
Total	1

Argumentação:

1) Solicito cancelamento da questão pela ambiguidade e contradição lógica na resposta apresentada como correta. "Normalizar " de acordo com o dicionário significa fazer voltar ou voltar ao estado normal, à ordem. Na frase apresentada, na opção C, não existe uma situação anormal. O fato de um atestado laboral estar em vencimento não tem nada de anormal. Também, o fato de um paciente não aceitar o vencimento de um atestado laboral é anormal também. Adicionalmente, carece de qualquer sentido linguístico a frase "Normalizar a situação diante de um paciente que não quer aceitar o fim do atestado...". O que significa normalizar nesse caso? Qual seria a situação normal? Qual seria a anormal? A resposta apresentada não tem significado e portanto

não pode ser usada como correta. Ref: Erro de estrutura lógica da resposta. Candidato não apresentou referência.

Parecer:

O recurso foi analisado, apesar de não ter apresentado referência bibliográfica, apenas opinião pessoal. A questão está embasada em uma das referências indicadas para a prova. No Livro Entrevista Clínica (Borrell), na página 199, onde o autor usa o termo normalizar, especificando que diante de um paciente que não quer aceitar o fim do atestado médico de afastamento do trabalho uma das estratégias recomendadas é "Normalize a situação 'é normal em casos como o seu que ainda sinta dores'". O autor usa esse termo várias vezes no livro, como também na página 175 em "Chaves para confrontar opiniões em um clima de diálogo. Legitimar e normalizar a divergência: Normaliza: "Muitas pessoas pensam isso". Na página 320 define o termo normalizar: Um dos interlocutores admite como normal um comportamento ou sentimento da outra parte. Por exemplo: "depois do falecimento de um familiar, a maioria das pessoas se sente como você".

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 16

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	1
Considerar mais de uma alternativa correta	2
Anulação	0
Total	3

Argumentação:

- 1) O plano de cuidados paliativos deve ser elaborado pelo médico da MFC, após alta domiciliar, em conjunto de cuidados com a pessoa e família, e em conjunto com a equipe de CP. A prioridade, segundo a literatura, deve ser adequada a evitar que ocorram demoras médias de admissão ou excessivamente prolongadas na acessibilidade dos pacientes que possuem mais intenso sofrimento (os que estão em maior sofrimento necessitam de maior prioridade dentre os elegíveis para Cuidados Paliativos). GUSSO, Gustavo DF; LOPES, José MC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222 p - Páginas 814 e 815.
- 2) Segundo a OMS, com última revisão em 2002... cuidados paliativos são aplicados em condições com risco de vida, nos últimos momentos de vida.. até a morte. Em suma, em estágio terminal. Alternativa correta D. Site do INCA.
- 3) Solicito que a alternativa B também seja considerada como correta por 2 motivos: 1o. Se o papel do MFC é o de não permitir que a morte de um paciente de cuidados paliativos ocorra no hospital, pressupõe-se que a Morte e os cuidados deverao ocorrer em ambiente domiciliar. Entendo que as duas questões respondem à pergunta da mesma forma e de maneira complementar. 2o. Segundo o Tratado de MFC, Capítulo 91 sobre Cuidados Paliativos, página 816, " ...é preciso respeitar o direito da pessoa viver os seus últimos momentos sem sofrimento, morrer em casa - se assim o desejar-, rodeada de seus entes queridos, com assistência de seu médico de família e de um religioso. Enfim, da maneira mais digna possível". Se o Tratado está correto, a alternativa C não poderá ser considerada como correta e neste caso a alternativa B seria a que mais se ajusta às recomendações do Gusso. De qualquer

forma se a alternativa C estiver correta, a alternativa B seria complementar e da mesma forma estaria correta.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. A questão está embasada no Tratado de Medicina de Família e comunidade e Livro Medicina Ambulatorial (Duncan). A alternativa A está correta porque segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, página 262: Os serviços de ID estabelecem como prioridade de eleição os seguintes grupos populacionais: Idosos, Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos, Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente. A alternativa B está incorreta porque os cuidados podem ser desenvolvidos tanto em ambiente hospitalar, ambulatorial, domiciliar, e em locais específicos chamados *hospices*, não apenas no domicílio, como está na questão. A alternativa C está incorreta porque “morrer no domicílio deve ser uma escolha da pessoa e de seus familiares, podendo mudarem de ideia a qualquer momento, dependendo do contexto e das circunstâncias, e tendo a garantia de que o médico e sua equipe respeitarão suas decisões”. A alternativa D está incorreta porque Livro Medicina Ambulatorial (Duncan), página 725 explicita que “Os cuidados paliativos são para qualquer paciente que convive ou está em risco de desenvolver uma doença que ameaça a vida, independentemente do diagnóstico, prognóstico ou idade, podendo complementar e até melhorar o tratamento modificador da doença”, não APENAS no estágio terminal, como está na questão.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 17

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	3
Anulação	0
Total	3

Argumentação:

1) Considero que a resposta "C" também está correta pois segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade "as situações de dor com intensidades que variam de moderada a forte são "merecedoras" da prescrição de opioides ", a mesma orientação também é sugerida na escada analgésica proposta pela OMS (observamos que o terceiro degrau propõe o uso de opioides fortes , grupo farmacológico ao qual pertence a Meperidina). Estando por tanto diretamente relacionado ao manejo da analgesia em pacientes oncológicos

2) Na análise da pergunta tivemos em conta o explícito na bula do Sulfato de Morfina pentaidratado pela ANVISA aonde explicitam e cito: "A morfina exerce primariamente seus efeitos sobre o SNC e órgãos com musculatura lisa. Seus efeitos farmacológicos incluem ... depressão respiratória relacionada com a dose". Literatura fora do edital.

3) Para definir tratamento farmacologico e necessario aplicação de escala de dor não é informado nada no enunciado, porem se tratando de paciente oncologico pode

se pensar em dor moderada a forte que são merecedores da prescrição de opioides, descrito por Barros e Ferris.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. A questão está embasada no Livro Medicina Ambulatorial (Duncan), página 725. A alternativa A está incorreta porque “As vias de administração para dor oncológica deve ser sempre que possível por via oral, e só em último caso, pela intramuscular.” A alternativa B está correta porque “Quando ocorre tolerância ao uso de um opioide, pode-se trocar para formulação de liberação controlada ou para outro opioide, o que é denominado rodizio de opioides” (Duncan, página 727). A alternativa C está incorreta porque “Meperidina não é um fármaco recomendado para o tratamento de dor aguda e está contraindicada para o tratamento da dor crônica” (Duncan, página 727). A alternativa D está incorreta porque “O risco de depressão respiratória com uso de morfina com conseqüente encurtamento da vida do paciente em alguns dias é real, mas pequeno, se levarmos em conta os benefícios da medicação; e, se ocorrer, sem dúvida nenhuma, estará em conformidade moral com a busca e manutenção da dignidade humana que é medida amplamente amparada pelo Código de Ética Médica”, segundo Livro Medicina Ambulatorial (Duncan), página 728.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 20

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	2
Considerar mais de uma alternativa correta	5
Anulação	0
Total	7

Argumentação:

1) O médico NÃO ACEITOU o convite, mas referiu que TENTARIA ir. Não há em nenhuma uma parte da literatura alguma referencia que afirme que a atitude de IR AO VELÓRIO OU EVENTO SEMELHANTE, SERIA UMA CONDUTA CORRETA! por parte do médico. A única referencia seria de um estudo que diz "Os informantes também apreciaram os profissionais da saúde que fizeram um contato ativo após o luto, quando muitas vezes se sentem deixados no limbo" o que não se caracteriza na situação do video. QUESTAO CONFUSA SEM RESPOSTA.

2) Não há nenhuma alternativa correta na questão, pois a alternativa considerada como correta pelo gabarito (D) diz que o médico aceitou o convite para participar do funeral (porém no vídeo, ele responde de forma bem vaga, titubeando com "tentarei", deixando dúvida na fala); além da alternativa considerar o comportamento como correto, como se o não aceite do médico fosse uma conduta considerada errada (e não há nenhum consenso sobre a atitude do médico nesses casos, ele pode se sentir confortável ou não em participar dos funerais de pacientes, não há nenhuma obrigação ética ou moral de comparecimento ou não comparecimento em tais casos).

3) Uma abordagem correto do luto nesse caso foi realizada pelo medico assim Como não aprofundar em assuntos que possam trazer mais Tristeza a família no luto recente e aceitar a ir no velorio. O médico na verdade não aceitou completamente a idea de ir ao velório, pois disse que tentaria ir, não dando certeza da sua presença

completamente, pois percebe-se no vídeo que ele ficou incomodado com o convite. Peça que considere a alternativa C Como Uma abordagem correta ao luto.

4) O médico agiu corretamente seja evitando assuntos que possam trazer mais tristeza à família (letra c) quanto aceitando participar do funeral (letra d), conforme tabela 92.2, do capítulo 92=fatores que influenciam no enfrentamento do luto por parte da família. Assim, as letras c e d estão corretas.

5) Considero correta conforme bibliografia referida abaixo, a letra C, pois realmente não havia necessidade de aprofundar o caso no luto recente, pois anteriormente o médico já havia chamado o filho da paciente e feito esclarecimento e indagações. Além disso, na alternativa D considerado o gabarito, o médico falou que tentaria ir e não que iria de fato. Expressando contra-referência caso fosse. Aceitar pedidos de pacientes para ir em funerais causaria contra-referência.

6) A alternativa C também está correta, pois naquele momento o familiar do recém-falecido necessitava de um acolhimento breve por parte do médico(..."Aconteceu o inevitável e vocês fizeram tudo o que tava ao alcance"); em outro momento ele poderia aprofundar assuntos que pudessem trazer mais tristeza à família, caso a família expressasse tal necessidade. Faz parte dos Princípios dos Cuidados Paliativos o acompanhamento da família no seu processo de luto, e não apenas imediatamente após o óbito.

7) Segundo o gabarito a resposta correta é a D mais na nossa consideração pode ser aceita a resposta C porque no vídeo o médico não aprofundou sobre a situação de tristeza que foi expressado pelo paciente em relação à morte da mãe e essa atitude também não está errada. No capítulo morte e luto na atenção primária à saúde do livro não aparece uma justificativa plausível para apoiar essa resposta.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. A questão está embasada no Livro Medicina Ambulatorial (Duncan) Capítulo 9: Abordagem da Morte e do Luto. As alternativas A e C estão incorretas porque "Nas fases iniciais, é importante que o profissional facilite a expressão dos sentimentos e ajude a pessoa e/ou família enlutada a pensar sobre a perda. É fundamental especificar e nomear a perda e a morte, explorar seu significado e dirigir a perda para um contexto social. (Duncan, página 83). A alternativa D está correta pois "Compartilhar seus sentimentos com os colegas de trabalho, participar dos rituais de despedida, como as cerimônias funerárias, ou fazer uma visita domiciliar para a família pode ajudar o profissional a elaborar o seu próprio luto." (Duncan, página 85). O médico disse que tentaria ir no funeral ao invés de dizer que não iria.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 22

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	1
Total	1

Argumentação:

1) O gabarito informado como sendo a letra C, refere que não se deve prescrever loratadina como anti histamínico, porém na bibliografia referida para o título, esta mesma medicação é indicada como forma de tratamento não havendo descrição de contra indicação nesse material.

Parecer:

Lucas tem 1 ano e 3 meses e loratadina só é recomendada a partir dos 2 anos de idade (Medicina Ambulatorial, Capítulo 168, Tabela 168.3).

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 23

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	1
Total	2

Argumentação:

1) Nos quadros leves as manifestações são inespecíficas: anorexia, irritabilidade, distúrbios do sono, vômitos ocasionais, náuseas, diarreia. “Manchas de pele” e “ranger de dentes” são relacionados popularmente com parasitoses intestinais, sem no entanto, haver confirmação científica. Refere literatura fora do edital.

2) A questão foi formulada inadequadamente. Ela inicia referindo sobre a abordagem de parasitoses intestinais na APS e NÃO referente ao Caso Clínico. Prurido anal é um sintoma característico da parasitose intestinal como refere Gusso em seu tratado, porém prurido vulvar pode ser outras manifestações de outras patologias tanto em crianças como em adultos.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. A questão está embasada no Duncan e Tratado de Medicina de Família e Comunidade. A alternativa A está incorreta justamente pelo motivo que o candidato descreve, por ser apenas uma associação popular e sem registro na literatura do concurso sobre essa relação. A alternativa B está correta porque segundo Duncan página 1528 “Prurido anal e Vulvar - Queixa frequente na oxiúriase, principalmente noturno decorrente da migração das fêmeas para a região anal e PROTOZOÁRIOS vulvar, onde podem ser visualizadas”. As questões avaliam o conhecimento dos temas dos casos apresentados em vídeo, não precisam obrigatoriamente sempre se referir ao caso específico.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 25

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	1
Total	2

Argumentação:

1) letra D. Considerando a bibliografia sugerida e a análise da questão, a letra D também é correta. Referências: 1.McWHINNEY,IanR; FREEMAN, Thomas R. Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWHINNEY.4 ed. Porto Alegre: ARTMED,2017,536 p. 2.STEWART, Moira et al. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico.3 ed. Porto Alegre: ARTMED,2017,416 p. 3.GUSSO,Gustavo DF;LOPES, José MC, organizadores.Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012,2222p. 4. DUNCANBB; SCHMIDT MI;GIUGLIANIERJ;DUNCANMS;GIUGLIANIC, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.4 ed. Porto Alegre: Artmed,2013.

2) O termo correto é PORNOPREVENÇÃO, e não POMOPREVENÇÃO como está escrito na questão, que é uma palavra inexistente no vocabulário. GUSSO, Gustavo DF; LOPES, José MC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222. PÁGINA 215.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. A questão está embasada no Tratado de Medicina de Família e Comunidade. A letra D está incorreta, porque a demora permitida implica na "utilização do tempo como instrumento de trabalho desde que o médico esteja convencido de que não está diante de uma urgência e que tenha uma ideia formada sobre o tempo que lhe é permitido esperar sem risco para o paciente" (página 164). Na questão fala que é quando o médico tem dúvida sobre a urgência. O termo correto na alternativa C realmente é pornoprevenção.

Tendo em vista o descrito acima, a banca decide pela anulação da questão.

Questão 26

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	1
Considerar mais de uma alternativa correta	8
Anulação	0
Total	9

Argumentação:

1) A médica teve uma atitude empática e cordial na fase exploratória. Deixou a paciente exteriorizar seus sentimentos, tocou nas mãos da paciente e a confortou após o episódio de choro. Sendo assim a letra C também está correta. Entrevista Clínica - Habilidades de comunicação para profissionais da saúde página 34.

2) Concordo que o gabarito possui 2 respostas corretas: alternativas B e D. Durante o atendimento à paciente, a médica usa de várias características da escuta ativa. Demonstra interesse na pessoa e nos seus problemas, faz contato visual, sorri e acena

com a cabeça, deixa a paciente falar sobre suas queixas sem interrompê-la, ouvindo mas direcionando a consulta para o que deseja e precisa fazer, conforme a definição de escuta ativa como forma de habilidade de comunicação durante a consulta. TRATADO DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE - Gustavo Gusso, pg 122.

3) A MFC usou de empatia, dando atenção à queixa, conduzindo adequadamente a consulta. Tratado de MFC (Gustavo Gusso) - pág 130, último parágrafo; pág 131, 1º e 2º parágrafos; quadros 14.8 e 14.9

4) A médica também reagiu empaticamente ao choro da mãe, manifestado através do contato físico (pegou na mão da mãe) e através de palavras como: não chore, não fique assim, logo as coisas vão melhorar! Bruce B. Duncan Medicina Ambulatorial 2013, página 122 Relacionamento médico- pessoa.

5) LETRA "D" Também é correta segundo Carrió. CARRIÓ, Francisco Borrel. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2012, (PÁGINAS PARA CONSULTA 49 E 50).

6) Letra C também está correta, pois a médica reagiu de forma empática ao choro da mãe ao consolá-la com palavras e ao toque. Visto no Vídeo. VÍDEO 5 CENA 2 quando a médica reage ao choro empaticamente com palavras e ao tocar a mão da paciente, demonstrando entendê-la. Sem referência bibliográfica.

7) A médica realizou a escuta atenta e demonstrando genuíno interesse à queixa da mãe, permitindo que explanasse sobre sua dificuldade de acesso, sem realizar interrupções e sem realizar perguntas iniciais que direcionassem o diálogo, incentivando que a mãe continue sua fala a seu modo através de pergunta aberta para ("me fale um pouco mais então sobre essas manchas...), sendo correta a alternativa D - realizou escuta ativa. GUSSO, Gustavo DF; LOPES, José MC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222 p. --> PÁGINA 78

8) Não concordo com o gabarito que afirma que a médica respondeu a um juízo de valor de maneira adequada pois não precisaria reponder a juízos de valores pessoais mantendo a contenção emocional adequada em uma atuação madura de médico de família. A alternativa D que contempla que a profissional realizou escuta ativa é mais coerente pois identifica-se no vídeo 5 que a profissional tentou buscar outras demandas e queixas fora a questão principal, como pode ser visto em "teve alguma mudança recente na sua casa?" Não apresentou todas as condutas adequadas porém manteve uma escuta ativa. Pagina 131 do capítulo 14 do Tratado de Medicina de Família do Gustavo Gusso.

9) No vídeo mostrado a médica em questão mostra empatia com a paciente ao tocar-lhe a mão e lhe falar palavras de apoio. No livro Tratado de Medicina de Família e Comunidade , página 116 aborda a necessidade de empatia que pode ser imediata e recíproca em um primeiro encontro. No mesmo livro, seção V página 478 diz " Referências definem empatia como um mecanismo cognitivo e comportamental , submetendo a emoção ressentida ao controle da consciência. Portanto a resposta C pode ser considerada correta também. Tratado de Medicina de Família e Comunidade páginas 116 e 478.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. A questão está embasada no Livro Entrevista Clínica (Borrell) e Tratado de Medicina de Família e Comunidade. A alternativa B está correta porque no Livro Entrevista Clínica (Borrell), página 163 recomenda que: Diante de um juízo de valor sobre você, responda com rapidez e sem irritação com um juízo oposto ("Está enganado, não sou tão jovem assim, já sou doutora/tenho muita experiência com a sua doença"). A letra C está incorreta porque a médica foi simpática, mas não empática. Tentou animar a paciente, mas reprimiu o choro ("não chore, não fique assim!") e não deu abertura para entrar no assunto e facilitar as emoções da paciente. Recomenda-se

nesses momentos deixar chorar e escutar. A médica não deu nenhuma resposta empática verbal demonstrando que entendia como a paciente estava se sentindo em nenhum momento quando ela começou a chorar. A alternativa D está incorreta porque quando a paciente fala do cansaço e do marido desempregado, a médica não entra na história, não explora, não escuta quando a mãe começa a se abrir e falar dos seus sentimentos, já muda de assunto. Isso não é praticar escuta ativa. “A escuta ativa é mais do que um ato; é uma atitude que se assume e que tem por objetivo permitir e facilitar a expressão verbal e não verbal. Representa um importante instrumento da abordagem centrada na pessoa. A escuta ativa deve estar baseada no interesse genuíno pelo outro, na empatia e no acolhimento real do que está sendo dito ou expressado” (Tratado de Medicina de Família, página 78). Além disso, “Um dos recursos é utilizar a escuta ativa, primeiro demonstrando que estamos interessados na pessoa e seus problemas” (Tratado de Medicina de Família e comunidade, página 122).

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 27

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	5
Anulação	2
Total	8

Argumentação:

1) A letra c, também, está correta, pois não está especificando se é anticoncepcional hormonal combinado de alta ou baixa dosagem e em que período da amamentação foi introduzido. Sendo assim, como descrito no primeiro parágrafo da página 353, mulheres que estão amamentando, preferencialmente, devem usar medroxiprogesterona injetável, minipílula e métodos de barreira. Os anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem podem ser utilizados durante a amamentação, depois de já bem instalada, pois há relatos de diminuição na produção láctea. desta forma, devem ser contra-indicados, já que existem outros métodos a serem empregados.

2) Letra "c" também é correta

3) Os anticoncepcionais hormonais combinados, que contêm estrogênio e progesterona (pílulas combinadas e injetável mensal), não devem ser usados em lactantes, pois interferem na qualidade e na quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

4) Fundamentação para anulação: Após pesquisa realizada com relação à avaliação da puérpera no caso, o Ministério da Saúde, em seu CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA - ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, edição nº 32, página 277 (http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32_prenatal.pdf), refere que anticoncepcionais combinados não devem ser utilizados em lactantes, pois interferem na qualidade e quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê, o que torna correta a resposta C. Diante do exposto requer a anulação da questão 27 que considerou a alternativa (D)

como a correta, ou alternativamente que altere o gabarito passando a considerar a alternativa C como sendo a resposta mais correta.

5) Tratado de Medicina de Família e Comunidade - O contraceptivo oral combinado prejudica a amamentação e é C3 até 42 dias após o parto. Medicina Ambulatorial - Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências - Contraceptivo Hormonal Oral Combinado: Risco significativo de diminuição da produção de leite se iniciado até seis meses pós-parto. Logo, a alternativa "C" também está correta.

6) os contraceptivos que contém estrogênio são contraindicados até o 42 dia do parto (C3) e o uso de medicamentos na mãe como o estrogênio reduz a produção de leite afetando a amamentação

7) A questão possui duas alternativas corretas, confundindo assim o candidato. Livro Duncan quando se refere aos efeitos dos diferentes métodos anticoncepcionais no aleitamento materno: no item sobre ao contraceptivo hormonal combinando: Risco significativo de diminuição da produção do leite se iniciado até seis meses pós-parto. Melhor evitar durante a amamentação; o efeito com formas injetáveis não tem como ser interrompido imediatamente. Diante do exposto as alternativas C e D estão corretas.

8) De acordo com o quadro 116.4 - página 1007 do tratado de Medicina de Família os contraceptivos hormonais combinados entre 6 semanas e 6 meses após o parto não é recomendado para mulheres em aleitamento materno exclusivo a menos que outros métodos não sejam aceitáveis ou disponíveis. Contudo a resposta C coloca os anticoncepcionais hormonais combinados contraindicado e com evidências que afetava amamentação devido à presença de estrogênio na sua formulação afetando a lactação.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. Embora o Tratado de Medicina de Família e Comunidade cite que não se deve recomendar esse método para mulheres que estejam amamentando exclusivamente entre 6 semanas e 6 meses após o parto, também coloca que pode ser usado caso não haja outra opção aceitável disponível e ainda comenta que **as evidências são insuficientes** para demonstrar se o uso de anticoncepcionais orais combinados afeta a amamentação. Além disso, no livro Medicina Ambulatorial (Duncan et al), tabela 38.1, p. 368, o uso deste método para mulheres amamentando com 6 semanais ou mais no pós-parto é considerado nos critérios de elegibilidade como 2 (as vantagens do uso do método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado). O Medicina Ambulatorial cita ainda que existe risco de diminuir a produção de leite até 6 meses pós-parto na tabela 38.6, p. 381. No entanto este risco é hipotético. Na mesma página ele cita: "uma revisão sobre contracepção durante a lactação **concluiu que as evidências são inadequadas** [grifo nosso] para se fazer recomendações com relação aos contraceptivos hormonais em mulheres que estão amamentando". Portanto, a alternativa C está incorreta. A alternativa D está correta segundo o Tratado de Família e Comunidade, página 1007: "O uso de contraceptivos à base de progestogênio não afeta a amamentação nem o crescimento infantil".

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 29

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	4
Anulação	2
Total	6

Argumentação:

1) Alternativa "D" da questão 29, sugere aplicar o genograma para identificar todos os sistemas envolvidos e relacionados com a pessoa e com a família em questão. No livro Medicina Centrada na Pessoa - Transformando o método clínico, apresenta o genograma como ajuda na simplificação de uma estrutura familiar complexa, pois mostra relacionamentos e padrões familiares. A forma como a família lidou com situações anteriores influenciará a maneira como irá superar o impacto da experiência da doença nos papéis, regras, padrões de comunicação e estruturas da família, podendo ser utilizado em trocas de ciclo familiares (no caso, início do ciclo família com filhos jovens), podemos com essa ferramenta entender quais são as tarefas de desenvolvimento para cada indivíduo e para a família como um todo? Como a sogra da paciente em questão influencia e atua na família e qual o papel da nova mãe nas escolhas da casa. Capítulo 4 na parte "A PESSOA E O CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA" - livro Medicina Centrada na Pessoa - Transformando o método clínico. (Não há numeração de páginas na minha edição).

2) A paciente está no puerpério de seu primeiro filho e manifesta pouco apoio do marido, está com cefaleia provavelmente tensional, com preocupação pelo pouco ganho de peso do bebê e com dificuldade para amamentar. Esta família está em fase de adaptação a nova situação de ter o primeiro filho recém nascido, fato que muda a sua dinâmica interna. Por tanto, a entrevista com os familiares, em especial com a participação do marido para conversar sobre a fase de ciclo de vida, dar a possibilidade para que os dois, esposa e marido falem sobre seus sentimentos é uma estratégia que pode ser usada (resposta b). Além disso, a paciente tem sim risco de depressão, mas não há nada que faça pensar em abuso de álcool como colocado na opção A. Tratado de Medicina de Família e comunidade V. 1 página 223-225.

3) Não há menção na história que algum familiar seja dependente de álcool e droga nem mesmo mostram sinais de depressão. Capítulo 26 do tratado de MFC.

4) Questão não formulada corretamente. A questão se refere a família do caso clínico, como abordar essa família nesse caso específico. Há necessidade de realizar uma entrevista familiar, pois o casal está passando por um ciclo de vida novo. Em nenhum momento o caso clínico se referiu ao abuso de álcool, pelo contrário, demonstra que o marido está empregado e a esposa com ajuda da sogra. Em nenhum momento citou sobre alguma dependência ao álcool ou história previa de uso. Prevenir uma possível depressão pós parto, investigar o ciclo vital e tratar com orientações ao casal. Gusso - Tratado de Medicina de Família e Comunidade página 223

5) O genograma é um instrumento de informação sobre a família e sua dinâmica. Pode ser explorado na busca de conflitos e recursos familiares. Baseado nele o médico poderá contribuir melhor para a resolução dos conflitos que estavam visíveis durante a consulta. Portanto considerar o item D como verdadeiro também. Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Gustavo Gusso) página 227.

6) LETRA C. Aplicar o ecomapa para entender o histórico familiar e as relações entre os membros da família. Pela análise do vídeo, foi nítido a avaliação que a puérpera apresentada estresse emocional. A força e a qualidade das relações demonstram estar comprometidas. Torna-se necessário para a melhor terapêutica da paciente esta análise, se está recebendo suporte adequado em relação a família.

DUNCANBB;SCHMIDTMI;GIUGLIANIERJ;DUNCANMS;GIUGLIANIC,organizadores.
Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.4
ed.PortoAlegre: Artmed,2013

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. A questão está embasada no Livro Medicina Ambulatorial (Duncan). A alternativa A está correta porque “É essencial lembrar que vários transtornos psicológicos dos adultos aparecem nesse período, sendo o mais prevalente a depressão na mulher, que muitas vezes se associa a depressão do parceiro. E também nesse período que se pode trabalhar preventivamente o risco de abuso de álcool, sobremaneira no homem” (Duncan, página 91). A alternativa B está incorreta porque a entrevista familiar deve ser um convite para ajudar no diálogo e não para dizer como devem agir. A alternativa C e D estão incorretas porque os conceitos de ecomapa e genograma estão trocados. “Ecomapa é um outro instrumento de avaliação familiar, uma representação gráfica, que identifica todos os sistemas envolvidos e relacionados com a pessoa, com a família em questão. Esse mapa é uma forma de registro de rede social, do momento a que se refere o informante na consulta e o meio onde vivem” e não ao histórico, como está na alternativa C. Na alternativa D está incorreta porque o genograma não busca identificar todos os sistemas envolvidos, isso é o ecomapa que faz. O genograma procura entender as relações familiares e o histórico familiar (Duncan, página 88).

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 31

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	1
Total	1

Argumentação:

O exemplo do referido texto é sobre o princípio da prevenção quaternária que, segundo DUNCAN BB et all, “visa evitar a aplicação excessiva de exames diagnósticos e a iatrogenia em pacientes que se sentem doentes, mas de fato não têm doença que justifique seus sintomas e preocupações”(1). Como no caso, o médico evita o encaminhamento desnecessário ao especialista e a realização desnecessária de exames de imagem. Já a prevenção terciária, segundo o mesmo autor: “promove a reabilitação e a prevenção de complicações em indivíduos já doentes”. Logo, nenhuma das respostas alternativas fornecidas representa exemplo de prevenção quaternária. A alternativa C, informada no gabarito oficial como a correta, correspondendo à prevenção terciária, segundo Duncan et al.

Parecer:

O comando da questão é claro e pede:

“Sobre o caso acima, analise as proposições abaixo e assinale a alternativa em que o mesmo princípio essencial da Atenção Primária é demonstrado.”

Os princípios essenciais da APS são quatro, a destacar: acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação de cuidado. A prevenção quaternária (foco da argumentação do recurso) não é um princípio essencial da Atenção Primária.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222 p. 1081-1091

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 32

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	0
Total	1

Argumentação:

1) "Na análise da pergunta entende-se como a base essencial da Medicina de Família e Comunidade o fato de "compreender a vida familiar e comunitária... revela dimensões emocionais, ambientais e sociais envolvidas no problema" que não seriam possíveis mediante a estaticidade da sala de consultas. A compreensão do ser social e seus problemas passa, ineludivelmente, pela compreensão do seu entorno no processo de saúde-doença." – **considerar mais de uma alternativa correta.** Sem referência bibliográfica.

Parecer:

Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 33

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	2
Total	3

Argumentação:

1) "A territorialização adquire múltiplos sentidos, o que pode ser verificado pela participação de geógrafos e de estudos intersetoriais da área de uma unidade de saúde da família. Territorialização integra o planejamento estratégico situacional, ferramenta básica da vigilância em saúde, que tem como perspectiva a possibilidade de dar subsídio a uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade, indivisível e produzida social e historicamente pelo homem, e que tenha interatividade na formulação de ações políticas visando ao desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. Desenvolve sistemas locais de saúde, permite identificar riscos, a partir destes permite intervir com ações de promoção. As respostas da questão não foram o suficientes transparentes em relação a territorialização. " – **Gusso, pg 242 – anulação**

2) "LETRA "D" É CORRESPONDENTE À TERRITORIALIZAÇÃO. LETRA "A" CORRESPONDE À CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (SCORE DE RISCO FAMILIAR) COMO COELHO SAVASSI POR EXEMPLO." - **DUNCAN Capítulo: "A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde" – anulação**

3) "Na análise da pergunta vemos o exposto por vários artigos científicos sobre o processo organizacional da Atenção Primária aonde cita sobre os objetivos da territorialização: "...é também uma técnica de planejamento utilizada para se delimitar as áreas de atuação das unidades de atenção primária à saúde, notadamente das UBS e Equipes Saúde da Família." - <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:D6MntuFeOUqJ:www.ser.ufr.br/index.php/hygeia/article/download/19501/12458+&cd=4&hl=es&ct=clnk&gl=br> – **considerar mais de uma alternativa correta**

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital.

O processo de territorialização permite que as necessidades e os problemas dos grupos sejam definidos, possibilitando o estabelecimento de ações mais apropriadas e resolutivas. Os dados do processo de territorialização auxiliam no planejamento de ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde no território (distrator A correto / distrator B incorreto).

A territorialização não é apenas adscrição da população ou divisão em área e microárea, mas também condição para obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e de saúde da população e meio pelo qual se podem compreender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômico, social e cultural), produzindo-se dados mais fidedignos que reproduza a realidade social (distrator D incorreto).

Tratado de Medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v Capítulo 28 Territorialização. página 241-247

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento dos recursos e manutenção do gabarito.

Questão 34

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	1
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	1
Total	3

Argumentação:

1) "Prevenção primária é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade)." – **CAB, n. 29, Volume II Página 14 – alteração do gabarito**

2) "além da prevenção de danos, também se deve utilizar da estratégia de prevenção primária em pessoas em boa saúde (educação em saúde, por exemplo). Portanto,

considerar também o item A como verdadeiro.” – **Gusso, pg 207 – considerar mais uma alternativa correta.**

3) “Considerando que a paciente está saudável, a prevenção a ser realizada é a PRIMÁRIA, ou seja, eliminar os fatores de risco da doença em questão. Não pode ser a prevenção quaternária (gabarito) porque esta seria para evitar iatrogenia, o que não é o caso da questão, a paciente está claramente saudável e sem necessidade de intervenções médicas potencialmente iatrogênicas.” – **Duncan, pg 64 - anulação**

Parecer:

Todos os recursos foram analisados.

O distrator D está correto pois discutir a solicitação de ultrassonografia de tireoide para Amélia envolve prevenção quaternária - “ação feita para identificar um paciente ou população em risco de medicalização, para protegê-los de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis” (**Gusso, pg 208**).

Ainda que a prevenção primária possa ser aplicada a todas pessoas saudáveis, a questão é direcionada ao tipo de prevenção a ser aplicada a uma pessoa com demanda de solicitação de ultrassonografia de tireoide sem indicação clínica clara. Ou seja, prevenção quaternária.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 35

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	1
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	1
Total	2

Argumentação:

1) "subjeto (S) compreendem as queixas dos pacientes e outras informações fornecidas pelos pacientes, parentes ou acompanhantes. Não deve conter terminologia medica como por exemplo: Febre intermitente, coriza Hialina e Dispneia." - **telessaude.saude.ms.gov.br, pg 8 – anulação**

2) “O termo IVAS é genérico e vago demais para ser utilizado como problema nesta avaliação a partir dos dados do Subjetivo e Objetivo descritos: trata-se de um resfriado comum (nasofaringite aguda: coriza, febre baixa e tosse), não há nenhum sinal ou sintoma sugestivo de otite/laringite/faringoamigdalite/broncopneumonia ou qualquer outro quadro do grupo das infecções de vias aéreas superiores. Portanto, a alternativa B estaria correta, e não a A.” – **Gusso, pg 350 – alteração de gabarito**

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital.

O termo Infecção de vias aéreas superiores é um termo amplamente utilizado, inclusive presente na CID-10, com o código J06 (infecção aguda de vias aéreas superiores). Diferentemente de termos como hemopatia, processo respiratório ou desconforto, citados em **Gusso, pg 350**.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 36

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	1
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	3
Total	4

Argumentação:

Alteração de gabarito:

1) Alternativa correta LETRA D. Paciente estava com a hipertensão descompensada usando 75mg de captopril e 25mg de hidroclorotiazida, como iria compensar com apenas um comprimido de enalapril de 20mg sendo também um inibidor da enzima conversora da angiotensina. Paciente estava tendo má adesão ao diurético que poderá ser descontinuado, mas aumentando a dose do captopril em duas tomadas.

Anulação:

1) Segundo o tratado de medicina de família a comunidade: Para pacientes acima de 55 anos que se encontrem no Estágio II HAS: IECA + BAIXA DOSE DE DIURETICOS. Não há indicação de suspender medicação como considerada na resposta!! No caso da paciente em questão como a pressão já vinha mantendo valores altos a conduta seria chegar ao valor máximo o IECA 100 mg/dia e associar o diurético em baixa dose. A paciente teria indicação de usar glifage xr para diminuir os efeitos colaterais e não pelo mal controle pois a glicada está dentro dos valores aceitáveis para idade. NAO HA NENHUMA QUESTAO COM ESTAS RESPOSTAS. Tratado de medicina de família e comunidade pag 1287

2) A decisão de iniciar uma medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança do estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgão alvo, história familiar e idade. O tratamento da HAS requer associações de dois ou mais anti-hipertensivos de acordo com o método clínico centrado no paciente. Caderno de atenção Básica (Hipertensão arterial sistêmica) 2014 Pagina 58 Ministério da saúde.

3) De acordo com a bula do Enalapril a dose inicial da medicação para quem tem Clearance de Creatinina entre 30-80 (lembrando que o caso apresenta idosa de 74 anos com creatinina 0,8, então provavelmente o caso da paciente da questão) a dose inicial indicada seria 5-10mg/dia contudo pelos achados da questão não é possível cálculo de clearance de creatinina é assim estimar a dose inicial adequada. Bula da medicação enalapril

Parecer:

O objetivo da questão era avaliar quais as modificações possíveis na terapêutica para melhorar a adesão da Sra. Joana. Neste sentido, quando possível, deve-se prescrever somente um medicamento, de forma a evitar a polifarmácia (Gusso; Lopes, Quadro 93.2, p. 825). Para prevenir a não adesão, deve-se utilizar o esquema de tratamento mais simples possível. Uma revisão sistemática de estudos sobre adesão confirmou que o número de doses diárias prescritas está inversamente relacionado com a adesão. Prescrições simples, com doses menos frequentes, resultam em melhor adesão (Duncan, p. 134). Se o médico desconhece a não adesão do paciente, poderá atribuir, equivocadamente, o resultado insuficiente a uma dosagem inadequada, à falha do esquema terapêutico (...). Qualquer uma dessas conclusões pode levar o médico a agir de modo inapropriado. Assim, os medicamentos podem ser trocados ou ter sua dose aumentada de forma equivocada (Duncan, p.134). Um dos principais fatores que levam

a não adesão ao tratamento é o aparecimento de efeitos adversos dos medicamentos prescritos (Duncan, tabela 15.2, p. 134). Quanto ao uso de captopril, Joana estava tomando em geral 50 mg, já que costumava esquecer a dose do almoço. Além disto, fazia uso de 25 mg de manhã com o café e de 25 mg à noite com a janta. Entretanto, captopril pode interagir com a alimentação, diminuindo sua biodisponibilidade e consequentemente sua eficácia (Duncan, tabela 96.8). Assim, a troca de captopril por enalapril pode diminuir a quantidade de tomadas e de comprimidos diários, além de que enalapril não interage com alimentos. Como hidroclorotiazida estava causando efeitos adversos em Joana, poderia se tentar deixar a prescrição mais simples, suspendendo hidroclorotiazida. O uso de enalapril 20 mg pela manhã seria uma possibilidade, visando aumentar o efeito do inibidor conversor de angiotensina com uma dose maior que poderia contribuir para o controle da hipertensão e para facilitar a adesão. Quanto a metformina, a troca por 500 mg de ação prolongada tende a melhorar os efeitos adversos gastrointestinais e com isso melhorar a adesão. A preferência por essa apresentação é porque ela também está disponível gratuitamente no Programa Farmácia Popular do governo, evitando que o custo possa vir a dificultar a adesão. Metformina de liberação lenta (XR) está associada à discreta menor incidência de náuseas e suspensão do tratamento por efeitos gastrintestinais (Duncan, tabela 93.9, p. 913). Os efeitos adversos de metformina são frequentes, mas diminuem com o tempo e são minimizados com o aumento lento e gradual das doses subsequentes ou com apresentações de ação prolongada (Gusso; Lopes, p. 1439 e 1440). Recursos baseados em literatura que não consta na bibliografia do concurso não serão aceitos, conforme edital.

Ozório, J.C.C.; Subtil, C.; Arantes, P.B.S. Prescrevendo na atenção primária à saúde. In: Gusso, G.; Lopes, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 1, cap. 93, p. 823-827

Chazan, A.C.S; Winck, K. Diabetes tipo 1 e 2. In: Gusso, G.; Lopes, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 2, cap. 162, p. 1435-1443

Béria, J.U.; Béria, P.L. Prescrição de medicamentos e adesão aos tratamentos. In: Duncan, B.B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 15, p. 130-137

Weinert, L.S. et al. Diabetes melito: diagnóstico e tratamento. In: Duncan, B.B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 93, p. 905-919

Foppa, M. Duncan, M.S. Insuficiência cardíaca. In: Duncan, B.B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 96, p. 945-957

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 39

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	2
Considerar mais de uma alternativa correta	3
Anulação	0
Total	5

Argumentação:

Alteração de gabarito:

- 1) Atípias de Significado Indeterminado Escamosas, repetir em 6 meses o exame citológico. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 29 - Rastreamento pagina 70
- 2) O quadro 9.3 da pág 70 do Caderno de Atenção Primária 29 - Rastreamento orienta que diante do resultado de atípias de significado indeterminado em células escamosas, provavelmente não neoplásica, a conduta é repetir a citologia em 6 meses. A Paciente do caso clínico da questão havia feito o exame há 3 meses. Logo, a alternativa correta é a D - repetir a citologia em 3 meses. Caderno de Atenção Primária 29 - RASTREAMENTO

Considerar mais de uma alternativa correta:

- 1) Segundo o diagnóstico (ASC-US), considerando que o exame havia sido feito há 3 meses no momento da consulta, poderíamos repetir o exames preventivo em 3 meses (após 6 meses no total) estando correta também a (Resposta D). Caderno de Atenção primária nº 29 (Rastreamento) página 70/71
- 2) Na análise da pergunta se temos em conta o explicito no Caderno de atenção básica No 29: Rastreamento, aonde explica nas páginas 71 e cito: "Atípias de Significado Indeterminado Em células escamosas Provavelmente não neoplásica O grau de suspeição é: Menor Conduta: Repetição da citologia em seis meses". Embora só aparece a opção de 3 e 9 meses, escolheu-se a opção de 3 meses pelo fato de nos adiantar ao desenvolvimento da lesão do colo de útero visando a atividade preventiva como fator fundamental no caso exposto. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf
- 3) Ascus/ repetir citologia oncológica 6 meses. Protocolos da prefeitura de sp

Parecer:

Um dos recursos se baseou em literatura que não consta na bibliografia do concurso não sendo aceito, conforme edital. O quadro 9.3 do Caderno de Atenção Primária (CAB) n. 29, sobre rastreamento, realmente indica repetir o exame em 6 meses em caso de células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US). No entanto, o texto logo acima desta tabela cita "para mais informações, consultar o Caderno de Atenção Básica, número 13 – Controle dos cânceres do colo do útero e de mama". Ao consultar tal documento, também do Ministério da Saúde, pode-se perceber que a informação do quadro 9.3 está incompleta e não condizente com as recomendações atuais, conforme abaixo:

Quadro 3 – Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal

Resultados			Grau de suspeição	Conduta
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição da citologia em 6 meses (≥ 30 anos) ou 12 meses (< 30 anos)
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia

Fonte: Caderno de Atenção Básica n. 13

Tal recomendação de seguimento está de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, do Ministério da Saúde e do Inca, de 2016, com o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Figura 124.5, p. 1078, e com o Medicina Ambulatorial (Duncan), Capítulo 53, Tabela 53.8. Todas estas referências indicam que em casos de ASC-US deve-se repetir o exame preventivo em 6 meses se a mulher tiver 30 anos ou mais e em 12 meses se tiver menos de 30 anos. Como a mulher do enunciado estava com 28 anos, tendo realizado o último exame há 3 meses, então deveria repeti-lo em 9 meses, ou seja, 12 meses após o exame prévio que mostrou ASC-US (alternativa C). Desta forma, como se percebe equívoco e contradição na recomendação da referência citada nos argumentos dos candidatos e como se espera que estejam atualizados conforme as recomendações atuais de rastreio de câncer de colo de útero, mantém-se como correta a alternativa C.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. Cadernos de Atenção Primária, n. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2 ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016, 114 p.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 40

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	1
Considerar mais de uma alternativa correta	5
Anulação	0
Total	6

Argumentação:

Alteração de gabarito:

1) A correta seria a alternativa A. "Alocação de prioridades. Considerando os objetivos definidos do serviço de atendimento, as necessidades da população atendida e as demandas geradas, será necessário estabelecer prioridades, já que não será possível fazer tudo." Manual de Medicina de Família e Comunidade de Mc Whinney, página 421

Considerar mais de uma alternativa correta:

1) Dentro das características básicas da agenda na APS está não setorizar ou verticalizar, quer disser, não separar períodos para programas específicos. O aconselhável é definir um horário para consultas do dia e outro para consultas agendadas. A situação descrita na USF de alto número de gestantes e crianças menores de um ano pode ser atendida, priorizando essa população tanto para as consultas do dia como para as agendadas, garantindo o acesso ao cuidado contínuo de sua saúde, como consta na opção B. Tratado de medicina de família e comunidade v. 1 página 162-163

2) Por que acolher a demanda espontânea na atenção básica? Por algumas razões. A primeira delas é porque, a despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços. A segunda razão é que os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos se satisfeitos na atenção básica, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. Vejamos alguns exemplos de situações não programadas que podem ser acolhidas na atenção básica: usuário com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ou dor ao urinar; alguém que está com insônia há uma semana; criança com febre; mulher com sangramento genital, entre outros. Essas situações revelam que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento), também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Como um usuário poderia decidir o dia e hora em que ficaria gripado ou teria dor de cabeça? Seria possível prevenir todos os casos de ansiedade e dor muscular? É evidente que não. O que não quer dizer que, diante desses casos, o modo de atuar seja somente do tipo queixa-conduta. Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços. Outra razão é que, muitas vezes, esses momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. São momentos em que se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de atenção básica quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam. O fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento. Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de

acompanhamento agendado. Perde-se legitimidade perante eles uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização. Constrói-se a imagem na sociedade de que “a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver saudável; se estiver doente, tem é que ir a um pronto-atendimento ou hospital”. Dessa concepção até se pensar na UBS como um serviço de menor relevância e de qualidade inferior é “um pulo”. Além disso, ao atender à demanda espontânea, as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou com situações novas que requerem invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço. Por exemplo, como lidar com o usuário que só procura a unidade quando está se sentindo muito mal? O que fazer com a senhora “poliqueixosa” que aparece todo dia na unidade? Diante de algum usuário que apresenta vários problemas de saúde, por onde começar? Como atender à demanda espontânea adequadamente e, ao mesmo tempo, não prejudicar o atendimento programado e não sobrecarregar os profissionais? Para essas questões, não há receitas ou fórmulas suficientes. O que se recomenda é que essas situações sejam objeto de conversa, decisão, experimentação e análise pelos trabalhadores das equipes, aproveitando as ferramentas e experiências já existentes. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I Páginas 20 a 21 1ª edição 1ª reimpressão Brasília – DF 2013

3) Na análise da pergunta salientamos que tanto o inciso A como o inciso D são pontos a ter em conta no processo organizacional da agenda do médico da equipe multidisciplinar, aonde o atendimento aos grupos populacionais não interfere na abordagem individual nem na abordagem familiar dos processos saúde-doença

4) A alternativa A também está correta. Segundo DUNCAN et al., é necessária uma organização adequada da agenda, que permita sistematizar o cuidado continuado de acordo com as necessidades e estratificação de risco de cada pessoa. E relata que já foram descritos relatos de grupos com idosos frágeis, gestantes, bem como com pessoas com diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, câncer, asma, depressão, dor crônica, fibromialgia e obesidade. A alternativa afirma a necessidade de se reservar espaços para atendimentos de demanda espontânea e outros momentos para grupos populacionais (aqui não fica claro se diz respeito ao atendimento individual a pessoas pertencentes a estes grupos ou à realização de atendimentos em grupo). Mesmo assim, este atendimento contemplando os grupos, de acordo com a realidade local e as necessidades da comunidade, como pontua DUNCAN et al, é muito importante para ampliar o acesso, fortalecer a adesão ao tratamento, apoiar o autocuidado e a mudança de hábitos, aumentar a satisfação da equipe e dos pacientes e melhorar desfechos clínicos. Portanto, a alternativa A também deve ser considerada correta. DUNCAN B. B.; SCHMIDT M. I.; GIUGLIANI E.R. J.; DUNCAN M. S.; GIUGLIANI C., organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013 (p. 897-899).

5) Desde que haja atendimento eficaz do atendimento de demanda espontânea, de acordo com as necessidades da população em questão, mantendo um equilíbrio entre demanda espontânea e consultas agendadas, o fato de organizar espaços para atendimento programado para gestantes e crianças menores de 1 ano, além de organizar o agendamento de consultas para o cuidado continuado de portadores de doenças crônicas como hipertensos e diabéticos, não irá acarretar em negligência de doenças agudas graves. DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. --> PÁGINA 898

Parecer:

Quanto menos seleção de grupos populacionais, mais qualificada é a atenção prestada. Trata-se de uma unidade de saúde com pressão assistencial muito grande e neste caso recomenda-se proteger espaços na agenda para atendimento apenas de dois grupos:

gestantes e crianças menores de 1 ano (Gusso; Lopes, p. 162). Na atenção primária, os profissionais vêm tanto pacientes antigos com problemas antigos, como pacientes antigos com problemas novos e, mais raramente pacientes novos com problemas novos. O objetivo é resolver a demanda de forma mais rápida e custo-efetiva possível, atendendo por exemplo uma consulta solicitada no mesmo dia por uma suposta descompensação do diabetes. Ao contrário do que muitas vezes se alega, a reposta rápida às demandas não é exclusividade de prontos atendimentos que não trabalham longitudinalmente nem de forma coordenada (Gusso; Lopes, p. 162). Como demonstra Rose, usando o exemplo do colesterol, como a maior parte da população tem colesterol normal, a maior proporção de pessoas que tiveram infarto agudo do miocárdio (IAM) também tem colesterol normal, ou seja, esta não é uma condição sine qua non. Assim, priorizar pessoas com hipertensão, diabetes e/ou dislipidemia numa realidade com alta pressão assistencial pode dificultar o acesso de pessoas com IAM relacionado a outros fatores de risco e com colesterol normal. Portanto, em realidades como a apontada no enunciado, deve-se reservar espaços na agenda para gestante e crianças menores de 1 ano e organizar o acesso dos demais conforme critérios de risco, facilitando o acesso.

Gusso, G; Neto, P.P. Gestão da clínica. In: Gusso, G.; Lopes, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 1, cap. 19, p. 159-166

Duncan, MS; Goldraich, MA; Chueri, PS. Cuidados longitudinais e integrais a pessoas com condições crônicas. In: Duncan, BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 92, p. 892-904

ROSE, Geoffrey. Estratégias da Medicina Preventiva. Porto Alegre: ARTMED, 2010, 192 p.

McWHINNEY, Ian R; FREEMAN, Thomas R. Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWHINNEY. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2017, 536 p.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 42

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	1
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	2
Total	3

Argumentação:

1) “A colocação da frase previamente hígado no enunciado da questão já sugestiona que o paciente não têm doença crônica e não faz uso de remédio. Qual o sentido de questionar isso na anamnese? Então a questão não teria resposta “A resposta D é também correta, disse que a médica ignorou os riscos advindos do uso da droga e exatamente não fez anamnese sobre o uso da cocaína, mesmo sendo relatado que não era a primeira vez no vídeo nem aborda sobre a droga quando o paciente foi espontâneamente relatando que usou droga prejudicando sei trabalho. A orientação é abordagem sobre a cocaína e mesmo com redução de danos feita na entrevista a médica não faz pergunta nenhuma sobre uso ou frequência ou repercusão na saúde do

dependente. Por isso deve se considerar correta também a D." Embasado em referência fora do edital." - **Duncan, página 1888. Lá fala de questionar sobre os sintomas, evolução, instalação e também do uso prévio de medicação, mas o enunciado te sugestiona que não há doença crônica e que o mesmo não usa medicação – anulação**

2) "No enunciado da questão, já se afirma que o paciente é previamente hígido, logo, considera-se que já foi questionado antes se ele tem doenças crônicas ou utiliza medicamentos de forma contínua. Se a alternativa D é a correta, não deveria estar no enunciado "previamente hígido". - **Não é nem necessária bibliografia para argumentação, a questão é que foi mal formulada em se pensando na alternativa D – alteração de gabarito**

3) "No enunciado traz a informação clara de que o paciente "Fernando, 28 anos, PREVIAMENTE HÍGIDO, com queixa de fraqueza há cerca de 1 mês"... não havendo, portanto, alternativa correta.

A) Errada. Sinais de alerta não sempre indicam encaminhamentos a outro nível de atenção;

B) Errada. Não se deve iniciar uma investigação diagnóstica por solicitação de exames complementares;

C) Errada. Ferropenia ou anemia são condições em que se deve levar em conta nos diagnósticos diferenciais das inúmeras causas de fraqueza, para a qual não há evidência de benefício comprovado com o tratamento empírico com ferro elementar.

D) Errada. Dado que o paciente é descrito no enunciado como "previamente hígido", não há a obrigatoriedade de questionar sua história pessoal de doenças crônicas e tratamentos com medicação de uso contínuo. Tal informação já é conhecida. A relação médico-paciente na MFC permite o conhecimento do estado de saúde dos seus pacientes devido à longitudinalidade, além do que a consulta da questão somente mostra que não é a primeira consulta de Fernando na UBS, tendo em vista que explicita que é previamente hígido. " – **Gusso, pg 117, 169 e 343 - anulação**

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital. Os recursos se baseiam na interpretação do enunciado. Hígido é um adjetivo que se refere à saúde; salutar; que desfruta de boa saúde; que se encontra sadio; saudável. Estar saudável, no conceito de saúde atual, não significa necessariamente não ter nenhuma doença. Pode se referir a não ter queixas prévias. Fernando poderia ter rinite alérgica e estar em tratamento com anti-histamínico, com a doença controlada e sentindo-se saudável, sem sintomas previamente ao início da fraqueza. Uma pessoa hígida pode, por exemplo, ser tabagista, o que também pode ser visto como um problema de saúde.

Dunca BB et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013

Gusso, G; Lopes, JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 43

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	1
Total	1

Argumentação:

1) “para exacerbação leve/moderada parcialmente controlada CONSIDERAR subir uma etapa caso a revisão da técnica e as medidas comportamentais não bastem e o retorno é na MESMA semana. O item considerado correto relata que o tratamento de base DEVE ser ajustado e que o retorno é EM 1 semana” – **Gusso, pg 1180 figura 135.4 - anulação**

Parecer:

É possível afirmar que Moana apresenta asma parcialmente controlada e que a crise é leve/moderada, de acordo com **Duncan, pg 1011**. Em **Gusso, pg 1180**, há menção de que crise moderada deve ser reavaliada em menos de 1 semana. No entanto, segundo **Duncan, pg 1011**, crise leve pode ser reavaliada em uma semana e moderada em menos tempo, ambos se possível. Neste caso, não é incorreto solicitar reavaliação em uma semana.

Além disso, é considerado no distrator D (correto) o ajuste do tratamento de base, o que não está em desacordo com “considerar a necessidade de uso regular de corticoide inalatório” (**Gusso, pg 1180**).

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 44

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	0
Total	1

Argumentação:

1) “Por que acolher a demanda espontânea na atenção básica? Por algumas razões. A primeira delas é porque, a despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços. A segunda razão é que os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhido se satisfeitos na atenção básica,

inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras(conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. Vejamos alguns exemplos de situações não programadas que podem ser acolhidas na atenção básica: usuário com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ou dor ao urinar; alguém que está com insônia há uma semana; criança com febre; mulher com sangramento genital, entre outros. Essas situações revelam que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento), também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Como um usuário poderia decidir o dia e hora em que ficaria gripado ou teria dor de cabeça? Seria possível prevenir todos os casos de ansiedade e dor muscular? É evidente que não. O que não quer dizer que, diante desses casos, o modo de atuar seja somente do tipo queixa-conduta. Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços. Outra razão é que, muitas vezes, esses momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. São momentos em que se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de atenção básica quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam. O fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento. Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Perde-se legitimidade perante eles uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização. Constrói-se a imagem na sociedade de que "a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver saudável; se estiver doente, tem é que ir a um pronto-atendimento ou hospital". Dessa concepção até se pensar na UBS como um serviço de menor relevância e de qualidade inferior é "um pulo". Além disso, ao atender à demanda espontânea, as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou com situações novas que requerem invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço. Por exemplo, como lidar com o usuário que só procura a unidade quando está se sentindo muito mal? O que fazer com a senhora "poliqueixosa" que aparece todo dia na unidade? Diante de algum usuário que apresenta vários problemas de saúde, por onde começar? Como atender à demanda espontânea adequadamente e, ao mesmo tempo, não prejudicar o atendimento programado e não sobrecarregar os profissionais? Para essas questões, não há receitas ou fórmulas suficientes. O que se recomenda é que essas situações sejam objeto de conversa, decisão, experimentação e análise pelos trabalhadores das equipes, aproveitando as ferramentas e experiências já existentes." – **CAB 28 Vol. 1 – considerar mais de uma alternativa correta**

Parecer:

Recurso não tem relação com a questão.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 45

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	1
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	0
Total	2

Argumentação:

1) “Na análise da questão 45 achamos que a solicitação de colonoscopia afasta o diagnóstico diferencial de algum processo neo proliferativo (pólipos, câncer) no reto e sigmoide, anatomia responsável pelo sintoma exposto pela paciente de sensação de esvaziamento incompleto.” – **sem referência bibliográfica - considerar mais de uma alternativa correta**

2) “Considerando o argumentado no Tratado de Medicina de Família e Comunidade , na figura 156.1 fluxograma para abordagem da constipação , em pacientes qual o sintoma é persistente ou piora deve-se "Revisar fatores de risco e causas secundárias. Considerar referenciamento a uma equipe multiprofissional ou especialista focal para investigação de trato gastrointestinal, indicação de exames e possível indicação de biofeedback." – **Gusso pgs 1376-1377 - alteração de gabarito**

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital.

De acordo com a Figura 156.1 (**Gusso**) devem ser “revisados fatores de risco e causas secundárias e ser considerado referenciamento a uma equipe multiprofissional ou especialista focal para investigação de trato gastrointestinal, indicação de exames e possível indicação de biofeedback” se não houver melhora após uso de laxante formador de bolo (psyllium), o que reforça que a alternativa correta é A.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 46

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	0
Total	1

Argumentação:

1) “Fissura anal: o uso de analgésicos orais e tópicos deve ser a primeira alternativa a ser pensada. A dor é um sintoma degradante e não pode ser negligenciada (Declaração Universal dos Direitos Humanos). Portanto a conduta mais adequada é priorizar o tratamento da dor como consta no item A” – **Gusso, pg 1388 – considerar mais de uma alternativa correta**

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Pelo tempo de evolução (duração maior que 4 a 8 semanas), sintomas e exame físico (fissura e plicoma sentinela) trata-se de quadro de fissura anal crônica. Segundo **Gusso, (pg 1388)** como a fissura anal crônica está relacionada a hipertonia do esfíncter anal deve-se fazer uso tópico de diltiazem 2% ou isossorbida 0,2% afim de relaxar o esfíncter anal. O encaminhamento ao proctologista está indicado caso haja persistência dos sintomas após tratamento.

Além disso, mesmo para tratamento de fissura aguda o uso de analgésico e anestésico tópico é recomendado por tempo superior a 7 dias (**Gusso, pg 1388**).

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 48

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	1
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	7
Total	9

Argumentação:

Alteração de gabarito:

1) Calendário de vacinação de 2018 - triplice viral uma dose com 12 meses, tetra uma dose com 18 meses. A criança Júlia tem 4 anos, portanto a vacina de tetra foi há 30 meses. De acordo com o informe da Campanha polio e Sarampo de agosto de 2018, Criança com esquema vacinal completo (tríplice viral o tetra viral), sendo a última dose feita há 30 dias ou mais, deve: ** Administrar dose de tríplice viral (dose "D") na campanha. - Portanto, resposta correta é "A", Júlia esta com vacina em dia, mas deve tomar um reforço de tetraviral. Visto que a recomendação é recente e questão solicita a resposta conforme a campanha de vacinação contra poliomielite e sarampo de agosto de 2018, utilizo como biografia o informe desta. Página 18 do INFORME TÉCNICO CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE E CONTRA O SARAMPO. de 04/07/2018. Vide link: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/06/Informe-Campanha-Polio-e-Sarampo-04-07-2018-final-CGPNI.pdf>

Considerar mais de uma alternativa correta:

2) Vacinar com scr na campanha agosto 2018 independente do estado vacinal anterior. Protocolo da suvis sp.

Anulação:

1) Essa questao com gabarito letra B afirma que a usuária de 4 anos nao necessitava tomar nenhuma reforço vacinal, porem, como amplamente divulgado no Brasil todo, todas as crianças maiores de 12 meses e menores de 4 anos 11 meses e 29 dias deveriam receber um reforco da triplice viral independente do seu esquema vacinal estar completo. Com base na vigilancia em saude das quais as campanhas vacinais fazem parte, solicito anulacao desta questao. Tratado de Medicina de familia e comunidade, Gusso, Gustavo e Lopes, jose mauro ceratti 2012. Pagina 320. " garantir a integralidade da atenção pela realização de ações de promoção da saude, de prevencao de agravos e curativas e pela realização das ações programaticas e de vigilância em saude."

2) Conforme portal do ministério da saúde, durante a campanha de vacinação contra poliomielite e sarampo, TODAS as crianças de UM ANO A MENORES DE 5 ANOS,

deveriam se vacinar, INDEPENDENTE DA SITUAÇÃO VACINAL. Em relação ao sarampo, todas as crianças receberiam uma dose da vacina TRÍPLICE viral, independente da situação vacinal, desde que não tenham sido vacinadas nos últimos trinta dias. Portanto, não há resposta correta. Teria que ser: JÚLIA ESTÁ COM A VACINA EM DIA, MAS DEVE TOMAR UM REFORÇO DE TRIVIRAL.
<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43976-segunda-e-dia-de-vacina-contrapolio-e-sarampo>

3) Conforme a orientação do Informe Técnico da Campanha Nacional contra a Poliomielite e o Sarampo de 2018, a criança de 4 anos abordada na questão deveria receber a dose "D" da tríplice viral, uma vez que se tratou de uma Campanha indiscriminada. Portanto, o gabarito oficial não pode ser considerado correto. A alternativa "C" não pode ser aceita por não se tratar de uma "atualização do esquema" e sim, uma dose "extra", de Campanha. A alternativa "A" indica a vacina tetraviral. Há a indicação para uma dose de vacina para varicela nessa faixa etária, segundo o PNI, no entanto, não estava disponível na Campanha abordada na questão. Considerando o disposto, sugiro a anulação da questão. Uma vez que a Campanha de Vacinação de 2018, abordada na referida questão, não se encontra na bibliografia recomendada, sugiro a adoção das Publicações do Ministério da Saúde como referência.

A conduta a ser adotada na Campanha Nacional contra o Sarampo de 2018 pode ser conferida nas páginas "17 e 18" do INFORME TÉCNICO CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE E CONTRA O SARAMPO, do Ministério da Saúde, 2018, disponível em:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/06/Informe-Campanha-Polio-e-Sarampo-04-07-2018-final-CGPNI.pdf>

O calendário nacional de vacinação de 2018 está disponível em:
portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/11/Calendario-de-Vacinacao-2018.pdf

4) Criança de 4 anos de idade em agosto de 2018 época da campanha, tem a recomendação de uso das vacinas pólio e tríplice viral, além de já estar na época de tomar a segunda dose da varicela. Calendário vacinal 2018 e recomendações do ministério da saúde quanto a campanha de vacinação contra a poliomielite e o sarampo.

5) Solicitação de anulação sem citar bibliografia do edital, pois se trata de uma questão fora dos protocolos habituais por se tratar de campanha de vacinação onde cada uma delas após discussão com o comitê técnico assessor em imunizações/CTAI especifica público alvo e metas de acordo com a situação epidemiológica das doenças. A criança citada está com a situação vacinal em dia, porém na campanha de pólio e sarampo 2018, o ministério da saúde afim de evitar a reemergência de sarampo no país criou um plano de ação orientando que todas as crianças de 1 a 4anos e 11 meses fossem vacinas. Essas orientação estão no portal do ministério da saúde (segue o link <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43914-mais-de-11-milhoes-de-criancas-devem-receber-vacina-contraa-poliomielite-e-sarampo>)

Segue alguns trechos: " Neste ano, a campanha será feita de forma INDISCRIMINADA para manter a cobertura homogênea de vacinação " e mais " todas as crianças de 1 ano a menores de 5 devem se vacinar" e para finalizar " em relação ao sarampo, todas as crianças receberão uma dose da vacina triplice viral, INDEPENDENTE DA SUA SITUAÇÃO VACINAL, desde que não tenha sido vacinada nos últimos 30 dias" Há também o informe técnico detalhado no site do MS, mas não foi possível anexa-lo Diante disso a resposta correta seria orienta-la a realizar a dose de triplice viral na campanha. Essa resposta não consta entre as opções.
<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43914-mais-de-11-milhoes-de-criancas-devem-receber-vacina-contraa-poliomielite-e-sarampo>

6) O PNI, na Campanha Nacional de Imunizações 2018 preconizou que TODAS as crianças a partir de 1 ano a menores de 5 anos INDISCRIMINADAMENTE fossem vacinas contra o Sarampo, recebendo uma dose da Tríplex Viral, independente da

situação vacinal. Julia, com 4 anos, portanto deverá ser vacinada. <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43914-mais-de-11-milhoes-de-criancas-devem-receber-vacina-contr-a-poliomielite-e-sarampo>

7) A criança em questão deveria receber uma dose de tríplice viral, mesmo estando com as vacinas em dia, conforme informe técnico do Ministério da Saúde “INFORME TÉCNICO CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE E CONTRA O SARAMPO” – Brasília/2018 (disponível em <https://sbim.org.br/images/files/informe-campanha-polio-e-sarampo-03072018-final-cgpni.pdf>), pág 4: “Ressalta-se que a campanha contra o sarampo será realizada de forma indiscriminada em todas as 27 Unidades Federadas e seus respectivos municípios”; pág 11 “Objetivo: Vacinar indiscriminadamente contra poliomielite e sarampo as crianças de um a quatro anos de idade, contribuindo para a redução do risco de reintrodução do poliovírus selvagem, sarampo e rubéola.”; pág 17-18 “Situação: Criança com esquema vacinal completo (tríplice viral o tetra viral), sendo a última dose feita há 30 dias ou mais. Conduta: Administrar dose de tríplice viral (dose “D”) na campanha.” “INFORME TÉCNICO CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE E CONTRA O SARAMPO” – Brasília/2018 (disponível em <https://sbim.org.br/images/files/informe-campanha-polio-e-sarampo-03072018-final-cgpni.pdf>), página 4. *Sendo que a questão refere-se especificamente à campanha de vacinação de 2018, não é possível utilizar a bibliografia do concurso como referência.

Parecer:

Júlia está com o esquema vacinal completo contra sarampo, que atualmente consiste de uma dose de triviral aos 12 meses e uma de tetraviral com 15 meses. Uma dose da vacina contra sarampo promove 95% de imunidade e duas doses, 99%. Os países que interromperam a circulação do vírus introduziram uma segunda dose de vacina nos esquemas nacionais de imunização (Duncan, p. 1387). Portanto, não haveria necessidade de dose adicional de reforço. No entanto, como mencionado nos argumentos, durante a campanha foi recomendado que se aplicasse uma dose adicional de tríplice viral para todas as crianças entre 1 ano e 4 anos e 11 meses, independentemente da situação vacinal, desde que já não tivessem sido vacinadas nos últimos 30 dias. Como a campanha trata-se de assunto não abordado na bibliografia do edital, neste caso optou-se por aceitar a argumentação dos candidatos.

Morimoto, A.; Stevens, A. Imunização e vacinas. In: Gusso, G.; Lopes, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 1, cap. 62, p. 533-545

Cunha, J.; Krebs, L.S. Imunizações. In: Duncan, B.B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 132, p. 1364-1384

Toscano, C.M. Doenças febris exantemáticas. In: Duncan, B.B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 133, p. 1384-1397

Tendo em vista o descrito acima, a banca decide pela anulação da questão.

Questão 49

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	1
Total	1

Argumentação:

1) “Agitação psicomotora, "mesmo sem agressividade, pode gerar angústia intensa, o que eleva o risco de atos impulsivos.” – **Gusso pg 2050, tabela 235.1 - anulação**

Parecer:

Todos os recursos foram analisados.

O argumento em questão não torna o distrator B incorreto. Ainda que esteja escrito que “agitação psicomotora mesmo sem agressividade, pode gerar angústia intensa, o que eleva o risco de atos impulsivos”, de acordo com **Duncan, pg 1133**, não é necessário internar todos os pacientes em fase aguda, a não ser que estejam presentes riscos importantes como condutas auto agressivas (automutilações, suicídio) ou heteroagressivas (homicídios). O tratamento da fase aguda pode ser ambulatorial, com aumento das doses da medicação usada, observações clínicas mais frequentes (diárias, sempre que possível) e instruções claras para os demais membros da equipe de APS e familiares.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 50

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	2
Total	2

Argumentação:

Anulação:

1) O principal sintoma da paciente no caso clínico é sua vertigem, perda do equilíbrio e dificuldade de caminhar. Ocorrendo o mesmo episódio anteriormente. A mesma apresenta nistagmo quando realizada manobra de Dix Hallpike, com nistagmo vertical, sinais e sintomas descritos por Gusso na página 1794 para descrever Vertigem Paroxística Periférica Benigna cujo tratamento poderia ser realizado pela manobra de Epley. O caso clínico não foi direcionado a sintomas cardiovasculares. E um dos sintomas principais do Acidente Vascular Cerebelar é a parestesia ou anestesia, arritmias que se desconfie um possível deslocamento de trombos para o cérebro, sopro carotídeo, limitação de algum movimento de mãos ou avaliar a força muscular, hipertonia piramidal, também chamada de espasticidade ou alteração dos reflexos profundos. Mesmo tendo um quadro de hipertensão arterial que foi o único dado relatado a conduta inicial seria outra e não realizar a manobra de Dix Hallpike como foi a conduta no caso clínico. Gusso - Tratado de Medicina de Família e Comunidade - página 1881

2) Não foi realizado a A escala pré-hospitalar de acidentes vasculares de Cincinnati é uma escala de avaliação médica utilizada para diagnosticar a presença de um acidente vascular cerebral (AVC): primeiro comando: falar para o paciente sorrir, mostrando os dentes. Resposta inadequada assimetria facial. segundo comando: falar para o paciente levantar os braços para frente por 10 segundos. Resposta inadequada queda de um dos braços evidenciando fraqueza muscular. terceiro comando: falar para o paciente falar uma frase simples. Resposta inadequada: dificuldade ou incapacidade de falar. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf
Pagina: 5

Parecer:

Cefaleia (principalmente occipital) de início súbito é sugestiva de infarto ou hemorragia cerebelar. Nistagmo vertical é indicativo de doença cerebelar ou do tronco cerebral e quando a causa é central, a latência e a fatigabilidade estão ausentes. Tais achados são sinais de alerta (Tratado, p. 1794). Recursos baseados em literatura que não consta na bibliografia do concurso não serão aceitos, conforme edital.

Carvalho, C.M.; Maia, M. Tontura e vertigem. In: Gusso, G.; Lopes, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 2, cap. 206, p. 1789-1798.

Lavinsky, J.; Lavinsky-Wolff, M.; Lavinsky, L. Scalco, D. L. Vertigens e tonturas. In: Duncan, B.B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 76, p. 767-777.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 51

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	2
Total	3

Argumentação:

Considerar mais de uma alternativa correta:

1) Critérios necessários para diagnóstico de DP

– bradicinesia (e pelo menos um dos seguintes sintomas abaixo)

– rigidez muscular

– tremor de repouso (4-6 Hz) avaliado clinicamente

– instabilidade postural não causada por distúrbios visuais, vestibulares, cerebelares ou proprioceptivos

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Parkinson. Portaria SAS/MS no 228, de 10 de maio de 2010. (Republicada em 27.08.10)

Anulação:

1) Disfunção erétil e comprometimento cognitivo leve não estão entre os critérios de suporte positivo para doença de parkinson e mais o comprometimento cognitivo no início da doença não fala a favor do diagnóstico de doença de Parkinson. Medicina ambulatorial do Duncan, página 1487

2) A alternativa C está incorreta. Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, os transtornos neurocognitivos e neuropsiquiátricos aumentam a

possibilidade de doença de Parkinson quando surgem após um ano dos sintomas motores. Quando ocorrem antes de um ano do surgimento dos sintomas motores, como seria o caso do senhor Roberto se tivesse os sinais e sintomas da alternativa C (ele apresenta tremor nas mãos há QUASE um ano e já teria comprometimento cognitivo leve) devem fazer pensar em demência (micro)vascular, demência de Levy ou outras causas demenciais de parkinsonismo atípico. Portanto, a alternativa C também está incorreta e a questão não tem resposta certa, devendo ser anulada. GUSSO, Gustavo D. F.; LOPES, José M. C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012 (p.1847).

Parecer:

O tremor, a rigidez muscular e a bradicinesia são assimétricos na Doença de Parkinson. Quando o tremor e a rigidez são simétricos, deve-se considerar parkinsonismo iatrogênico, causado pelo uso de medicamentos. A presença de depressão do tipo apática, disfunção executiva sem demência (comprometimento cognitivo leve), agitação do sono, ou disfunção erétil até três anos antes do início do quadro motor sugere fortemente a possibilidade de tratar-se de doença de Parkinson (Tratado, p. 1847). Recursos baseados em literatura que não consta na bibliografia do concurso não serão aceitos, conforme edital.

Fontão, P.C.N.; Cruz, M.R.; Roman, R. Tremor e síndrome parkinsonianas. In: Gusso, G.; Lopes, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 2, cap. 212, p. 1845-1852.

Schestatsky, P.; Rieder, C.R.M. Doença de Parkinson. In: Duncan, B.B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 70, p. 672-681.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 53

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	5
Anulação	1
Total	6

Argumentação:

1) "Letra C (todos exames que devem ser solicitados no início e controle anual-exatamente como no tratado)

Resposta B incompleta: Segundo o tratado ""Pessoas negras ou com mais de 55 anos respondem melhor aos diuréticos E antagonistas dos canais de cálcio""

Melhor resposta letra C , letra B pode ser considerada correta mas esta incompleta. " -

Gusso pg 1284 - considerar mais de uma alternativa correta

2) "No caso da paciente tanto a resposta B e a C estão corretas. As pessoas negras maiores de 55 anos respondem melhor a diuréticos e antagonistas dos canais de cálcio, além disso, os exames complementares a serem solicitados na primeira consulta e de forma anual são glicemia de jejum, colesterol total, HDL, Triglicerídios, creatinina, exame qualitativo de urina e eletrocardiograma em repouso" – **Gusso, 1282 a 1284 - considerar mais de uma alternativa correta**

3) A LETRA "C" TAMBÉM DEVE SER CONSIDERADA COMO VERDADEIRA. FALA SOBRE OS EXAMES PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE HIPERTENSO. TODAS

AS OPÇÕES CONTIDAS NA ASSERTIVA SÃO VERDADEIRAS, E EM MOMENTO ALGUM FALA QUE "APENAS" ESTES EXAMES DEVEM SER CONSIDERADOS. RESPOSTA VERDADEIRA. OPÇÃO "C" CORRETA. – **Gusso pg 1283 - considerar mais de uma alternativa correta**

4) “Não há nenhuma alternativa correta na questão, pois a considerada correta pelo gabarito (B), diz que A MELHOR opção inicial seria o uso de diuréticos tiazídicos. Mas na paciente em questão (negra, acima de 55 anos), os antagonistas dos canais de cálcio também seriam uma opção inicial igualmente adequada.” – **Gusso, 1284 e 1285 - anulação**

5) " Avaliação laboratorial

Rotina complementar mínima para pessoa com HAS

Eletrocardiograma; Dosagem de glicose; Dosagem de colesterol total; Dosagem de colesterol HDL; Dosagem de triglicerídeos; Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5); Dosagem de creatinina; Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1); Dosagem de potássio; Fundoscopia." - **CAB 37 pg 46 - considerar mais de uma alternativa correta**

6) “O Tratado de Medicina de Família e Comunidade¹, em caso de hipertensão arterial não complicada, recomenda a solicitação, na primeira consulta, dos exames complementares citados na alternativa C, com exceção da uréia e do sódio, que no entanto são exames aceitáveis e justificáveis, pois podem auxiliar na avaliação de causas de hipertensão secundária, sendo que são recomendados em outras literaturas confiáveis: a dosagem rotineira de sódio é recomendada no guideline do NICE de Hipertensão em Adultos², e a Sociedade Brasileira de Cardiologia³ e o Telessaúde/RS(4) recomendam a dosagem de uréia para rastreamento de doença renal parenquimatosa. – 1- **GUSSO, pg 1283. 2- NICE Guideline “Hypertension in adults: diagnosis and management (CG127)” disponível: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109454941637> --> PÁGINA 13. 3- 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83. Disponível: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf --> PÁGINA 67 QUADRO 1. 4- Protocolos de encaminhamento para nefrologia adulto. TelessaúdeRS/UFRGS 2015 Porto Alegre – RS. Disponível: https://www.ufrgs.br/tsrs/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_nefrologia_TSRS_20160324.pdf. --> PÁGINA 11 QUADRO 4. " - **considerar mais de uma alternativa correta****

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital.

Ureia e sódio não são indicados como exames para avaliação inicial de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (Gusso, 1283; Duncan, 622; CAB 37).

Embora esteja escrito que pessoas negras ou com mais de 55 anos respondem melhor aos diuréticos e antagonistas dos canais de cálcio (Gusso, pg 1284), a Figura 145.2 (Gusso, pg 1287) indica iniciar com diuréticos em baixa dose e considerar antagonistas dos canais de cálcio.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 57

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	0
Total	1

Argumentação:

Paciente em uso de dose baixa de glibenclamida (5mg), sendo aceitável aumentar a dose do medicamento antes de iniciar a terceira linha de tratamento farmacológico, além de ser essencial checar a adesão ao tratamento não farmacológico da paciente em questão antes de iniciar insulinoterapia, já que afirma não estar praticando atividade física e estar evitando açúcar e doces, sem menção a cuidados com ingestão de carboidratos e gordura saturada. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, pág 1439 – quadro 162.3: Dose recomendada de glibenclamida 2,5-20mg/dia. Medicina Ambulatorial (Duncan), pág 913: Dose recomendada de glibenclamida: dose inicial 2,5mg; dose máxima 20mg/dia

Parecer:

Considerando 1) o quadro clínico da pessoa, com polidipsia, poliúria, boca seca e emagrecimento, 2) valor da hemoglobina glicosilada e glicemia; 3) taxa de filtração glomerular alterada; 4) que apesar de não fazer atividade física, afirmou estar evitando doces; esta pessoa tem indicação de início imediato de insulinoterapia para compensação diabética, podendo ser antes de deitar com NPH. O livro medicina ambulatorial cita que "em alguns pacientes, a insulinoterapia deve ser iniciada logo (...), como nos casos em que o paciente apresenta hiperglicemia importante (>300 mg/dL) associada à perda involuntária de peso".

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 162, Diabetes tipo 1 e 2, p1435-1443

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, Capítulo 93

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 60

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	5
Total	6

Argumentação:

Considerar mais de uma alternativa correta:

1) As respostas "B" e "D" estão corretas. Justificativa: O aumento do risco de câncer de mama e doença tromboembólica tem se confirmado na terapia de reposição hormonal

na menopausa, com redução nas fraturas por osteoporose. GUSSO, Gustavo DF; LOPES, José MC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012. Quadro 95.7.

Anulação:

1) Em três referências diferentes da atenção primária existe a indicação do uso risedronato tanto quanto do alendronato como bifosfonados para prevenção de fraturas vertebrais. Medicina Ambulatorial - 4.ed.: Condutas de Atenção Primária Baseadas Evidências: Indica ambos Alendronato e Risedronato como alternativas de bifosfonados, mostrado na tabelas 121.7 e 121.8. Caderno de atenção básica do Ministério da Saúde ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA (página 65) [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf]. Artigo [<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/645797>] indicado pelo site da SBMFC no link [<http://www.sbmfc.org.br/o-uso-do-bisfosfonato-e-o-risco-de-fratura/>]

2) Na questão, foi indicado que a resposta correta seria letra B na qual foi citado relato de aumento do risco de câncer de esôfago associado ao uso de alendronato, porém no Duncan quarta edição citam apenas dois estudos com apenas 23 pacientes nos EUA e 31 pacientes no Japão que muitos deles ainda possuíam histórico de esôfago de Barrett, logo não podemos simplesmente vincular essa droga ao câncer de esôfago, deveria ter citado que não deve ser usado em pessoas com conhecida doença esofágica. Duncan 4ª edição página 1242. "Houve relato de câncer de esôfago ... conhecida doença esofágica até que esses dados sejam esclarecidos".

3) Na tabela 202.3 (página 1765 do tratado) mostra os fármacos usados mais usados para o tratamento de osteoporose. No momento o medicamento de maior ACESSIBILIDADE na rede pública e com melhor custo-benefício é o alendronato, mas não podemos dizer que SÓ há evidência com uso de bifosfonato e sim que essa medicação tem maior disponibilidade. Tratado de medicina de família e comunidade página 1765

4) Raloxifeno é um derivado benzotiofeno, que age como um Modulador Seletivo do Receptor Estrogênico (SERM). Esse medicamento age na osteoporose, doença caracterizada por redução da massa óssea e alteração da estrutura dos ossos, com aumento do risco de fraturas. Os usos aprovados pela ANVISA são: 1. Prevenção e tratamento da osteoporose em mulheres após a menopausa 2. Redução do risco de câncer de mama em mulheres na pós-menopausa com osteoporose. Ministério da Saúde Consultoria Jurídica/Advocacia Geral da União Nota Técnica atualizada em 01/12/2015 /2015TTA1 Nota Técnica N° 312/2013 (atualizada em 01/12/2015) Princípio Ativo: raloxifeno Nome Comercial: Evista®

5) A alternativa B está incorreta. Primeiramente, o texto da alternativa deixa entrever um duplo sentido devido ao uso do advérbio "só" neste local da frase. Poderíamos interpretar: "na prevenção primária há evidência com o uso APENAS de bifosfonados para redução de fraturas vertebrais", ou "na prevenção primária há evidência com o uso de bifosfonados para redução APENAS de fraturas vertebrais". O advérbio "SÓ" não deixou claro a qual aspecto de restrição ele se referia, pois encontra-se num local da frase que não nos permite concluir seguramente sobre seu sentido. Assim posto, estaria incorreta a colocação que os bifosfonados têm efeito na prevenção primária apenas de fraturas vertebrais, pois segundo DUNCAN et al., o alendronato tem efeito na prevenção primária de fraturas vertebrais e não-vertebrais. E quando interpretamos com base no primeiro sentido proposto acima, a alternativa também está incorreta, já que segundo DUNCAN et al., o raloxifeno e o ranelato de estrôncio também têm benefícios na prevenção primária de fraturas vertebrais, e não apenas os bifosfonados (rodapé da tabela 121.7). Portanto, devido ao duplo sentido da alternativa e ao fato de estar incorreta, a questão não tem resposta e deve ser anulada. DUNCAN B. B.; SCHMIDT M. I.; GIUGLIANI E.R. J.; DUNCAN M. S.; GIUGLIANI C., organizadores. Medicina

Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013 (p.1241-1243).

Parecer:

As informações sobre alendronato estão descritas no Medicina ambulatorial, p. 1241-1243, estando corretas. Os bifosfonados demonstraram eficácia para prevenção secundária de fraturas por osteoporose, mas na prevenção primária só há evidência de redução de fratura vertebral e com alendronato. Quanto ao risco de câncer de esôfago, o enunciado cita que há relatos deste efeito adverso, ou seja, isto não significa que exista bom nível de evidência neste sentido. Raloxifeno reduz o número de fraturas vertebrais de mulheres com osteoporose estabelecida, mas não em outros tipos de fraturas. Ele também foi associado com menor incidência de câncer de mama. Seu benefício de tratamento deve ser analisado levando em conta o risco aumentado de eventos tromboembólicos (Medicina ambulatorial, p. 1243). Os estrogênios se associam com risco de doença cardiovascular, como tromboembolismo, e de câncer de mama (Medicina ambulatorial, p. 1244; Tratado, tabela 202.3, p. 1765). Quanto ao seu benefício na redução de fraturas, não há consenso. O Tratado, na tabela 202.3, baseado em um livro texto e em Diretrizes Clínicas, comenta que reduz o risco de fraturas vertebrais e não vertebrais, incluindo as do colo do fêmur (A). Já o Medicina ambulatorial, na p. 1244, baseado numa meta-análise, cita que há aumento da densidade mineral óssea, mas que não reduz de forma significativa a incidência de fraturas vertebrais (RR 0,66; IC 95% 0,41-1,07) e não vertebrais (RR 0,87; IC 95% 0,71-1,08). Recursos baseados em literatura que não consta na bibliografia do concurso não serão aceitos, conforme edital.

De fato, segundo o Medicina Ambulatorial, na prevenção primária há evidência também para raloxifeno e ranelato de estrôncio. Na possibilidade de se interpretar a alternativa B como havendo evidência na prevenção primária apenas com bifosfonados, esta se tornaria incorreta.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pela anulação da questão.

Questão 61

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	1
Total	2

Argumentação:

1) " Na análise da questão 61 achamos que o fato de ter "uma carnezinha" ... discretamente elevada, hiperemiada, em formato de cunha, que se estende até o limbo são sinais suficientes para começar o tratamento e não progredir a lesão." – **não cita referência bibliográfica - considerar mais de alternativa correta**

2) "Prezada banca, segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática/ Gustavo Gusso, José Mauro Cerrati Lopes, 2012, no seu volume 2, capítulo 172, na página 1508, indica que pterígio maiores de 4 mm, há indicação de tratamento cirúrgico, mas o enunciado da questão não menciona o tamanho da lesão. Portanto solicito a Anulação da Questão." – **Gusso pg 1508 - anulação**

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital.

Trata-se de lesão compatível com pterígeo. A) “O tratamento cirúrgico é indicado quando a sintomatologia é importante...” (*Duncan, 1625*). B) Embora seja diagnóstico diferencial de pterígeo, não é possível afirmar que seja o diagnóstico mais provável. “É condição... geralmente bilateral...” (*Tratado, 1508*) e que também costuma poupar a córnea. C) “O tratamento do pterígeo costuma ser clínico quando pequeno e pouco sintomático e consiste no uso de colírios lubrificantes”. Este caso nem sintomático é. D) Tratamento tópico somente se sintomas, o que não é o caso. “O tratamento deve ser clínico-sintomático com uso de lubrificantes oculares para alívio de sensação de corpo estranho e esteroides tópicos, se inflamados” (*Tratado, 1508*).

Na questão não consta o tamanho da lesão (não há menção de que seja maior que 4 mm). Somado ao fato de ser assintomática, não há indicação de tratamento cirúrgico.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 63

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	2
Anulação	0
Total	2

Argumentação:

1. Concordo que o gabarito possui 2 respostas corretas: alternativas B e D. Na realidade da APS, quando nos deparamos com pacientes que se queixam de zumbido, geralmente a primeira conduta é eliminar doença sistêmica subjacente como fator causal. Primeiramente por serem as análises de rotina mais acessíveis e rápidas no nosso dia a dia e pelo fato da grande demora para realizar uma audiometria (às vezes mais de 1 ano). Nesse caso, a alternativa D corrobora com o fato de termos de eliminar a probabilidade de uma doença sistêmica, que também pode ser infecciosa, como é caso da sífilis, com o pedido de VDRL.

Resposta baseada em: TRATADO DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE - Gustavo Gusso, pg 1484

2. A alternativa D também está correta. Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, o zumbido pode ser um “sinal brando” de uma doença sistêmica subjacente e afirma: “Por isso, especialmente na suspeita clínica, DEVE SE SOLICITAR hemograma completo, estudos da função tireoidiana, perfil lipídico, glicemia e VDRL.” Portanto, além da audiometria, deve se solicitar VDRL (teste não treponêmico para sífilis) em todos os casos, especialmente (e não exclusivamente) nas suspeitas clínicas de doenças sistêmicas, assim como os demais exames descritos acima. Deste modo, a alternativa D também deve ser considerada correta.

Resposta Baseada em: GUSSO, Gustavo D. F.; LOPES, José M. C., organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012 (p.1484).

Parecer:

O exame mandatório para todos os casos de zumbido é a audiometria, como apontado pela alternativa correta da questão. No entanto, o Tratado de Medicina de Família e

Comunidade coloca que outros exames devem ser solicitados, considerando que o zumbido pode ser um sintoma de outras doenças sistêmicas, entre elas a sífilis. Assim, também está correto solicitar teste não treponêmico para sífilis.

GUSSO, Gustavo D. F.; LOPES, José M. C., organizadores.
Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012 (p.1484).

Tendo em vista o descrito acima, a banca decide considerar B e D como corretas.

Questão 69

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	1
Total	1

Argumentação:

1) "Em pesquisa no site: <https://docplayer.com.br/23567576-Professor-de-ginecologia-da-universidade-estacio-de-sa-unesa-rio-de-janeiro-rj-brasil-3.html> - Não é recomendado e é contra-indicação para colocação de DIU em mulheres que aprestam malformações uterinas, anormalidades dos ductos de Muller como útero bicorno, septado ou intensa estenose cervical; miomas submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial devido à dificuldade na inserção e maior risco de expulsão. E para detectar essas possíveis contra-indicações, é necessário e ou sugestivo a realização de ultrassonografia transvaginal, não sendo recomendado a colocação do DIU no momento da consulta. Por todo o exposto, requer a anulação da questão 69 que considerou a letra (A) como a correta." - <https://docplayer.com.br/23567576-Professor-de-ginecologia-da-universidade-estacio-de-sa-unesa-rio-de-janeiro-rj-brasil-3.html> - anulação

Parecer:

Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não serão considerados, conforme edital.

A) "O DIU deve ser inserido de preferência durante a menstruação, quando o canal cervical se encontra mais permeável, a cavidade uterina mais distendida e há menor probabilidade de a mulher está grávida" (Duncan, 378 / Tratado, 698). **B)** Ultrassonografia transvaginal prévia não consta como rotina para colocação do DIU em nenhuma das bibliografias indicadas. **C)** "A ultrassonografia não é rotineiramente indicada após a inserção do DIU, mas deve ser solicitada na eventualidade de suspeita de perfuração uterina ou quando os fios do DIU não forem visíveis na vagina ou no canal cervical no exame especular" (Duncan, 378 / Tratado 699 / CAB, 196). **D)** "Para posicionamento adequado do DIU, a histerometria deve medir 6 a 10 cm" (Duncan, 378). Caso a histerometria seja de 1,0cm, por exemplo, supõe-se que, por algum motivo (alteração anatômica da cavidade, por exemplo) o histerômetro não atingiu o fundo da cavidade uterina e a colocação do DIU não deverá ser feita.

Embora contra-indicada a colocação de DIU em "mulheres que apresentam malformações uterinas, anormalidades dos ductos de Muller como útero bicorno, septado ou intensa estenose cervical; miomas submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial devido à dificuldade na inserção e maior risco de expulsão", não há justificativa para realização de ultrassonografia transvaginal de rotina. A história, exame físico e a própria dificuldade para introdução do DIU são situações que levantam a necessidade de investigação complementar direcionadas aos achados.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 71

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	2
Anulação	5
Total	7

Argumentação:

1. Aleitamento materno exclusivo: Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as prevalências de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém das recomendadas, e o profissional de saúde tem papel fundamental na reversão desse quadro. Mas para isso ele precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a. Uma importante causa de desmame é o choro do bebê. As mães, com frequência, o interpretam como fome ou cólicas. Elas devem ser esclarecidas que existem muitas razões para o choro, incluindo adaptação à vida extrauterina e tensão no ambiente. Na maioria das vezes, os bebês se acalmam se aconchegados ou se colocados no peito, o que reforça a sua necessidade de se sentirem seguros e protegidos. As mães que ficam tensas, frustradas e ansiosas com o choro dos bebês tendem a transmitir esses sentimentos a eles, causando mais choro, podendo instalar-se um ciclo vicioso.

2. No caso clínico mostra um lactente de 15 dias que apresenta cólicas. Segundo Gusso no Capítulo Choro e Cólicas ele diz "O choro e as cólicas são uma situação geralmente benigna que surge entre a 2ª e 3ª semana de vida do recém-nascido e cessa espontaneamente ao fim do 3ª-4ª meses." e termina com "É uma situação muito angustiante para os pais, sendo fundamental ter empatia com eles, orientá-los e tranquilizá-los."

3. RN apenas com 15 dias de vida, sendo que as cólicas iniciam por volta de 3 semanas de vida. Ainda assim tudo bem, já que o quadro clínico sugere realmente cólica do lactente. Até o momento a terapêutica mais adequada e segura nestes quadros são medidas não farmacológicas como massagem tipo chantala, banho morno a noite para relaxar e acalento do bebê, mantendo o aleitamento materno exclusivo, é também comprovado que quando as mães/pais estão mais tranquilos os bebês têm menos cólicas. O uso dos lactobacilos ainda não é uma recomendação do Ministério da Saúde. Não é necessário recomendar esta medicação cara, sem total comprovação e ainda sem recomendação do MS, sem ao menos tentar as medidas não farmacológicas antes. Este é um processo fisiológico e se resolverá por volta do terceiro mês de vida.

4. Na literatura descrita, o uso de probióticos é questionado por alguns autores, pois estando a criança em aleitamento materno exclusivo não é aconselhável a introdução de nenhum chá ou derivados do leite. Além disso, a necessidade de observação médica serve para tranquilizar os pais, a não ser que haja sinais de alerta (não descrito no enunciado da questão).

5. A LETRA A ,TAMBÉM, ESTÁ CORRETA,POIS DEVE-SE REAFIRMAR PARA OS PAIS QUE O BEBÊ ESTÁ BEM E AS CÓLICAS IRÃO DESAPARECER NOS PRIMEIROS MESES DE VIDA.ANALGÉSICOS PODEM SER USADOS DE FORMA EMPÍRICA,NAS DOSES HABITUAIS. ASSIM,DEVEM SER CONSIDERADAS CORRETAS TANTO OS CONTEÚDOS DA LETRA C e D.

6. No item apresentado como resposta, foi afirmado que o uso de probióticos contendo *Lactobacillus reuteri*, se mostrou a terapêutica mais promissora e eficaz no tratamento de cólicas em lactentes. Cabe ressaltar, no entanto, que conforme a fonte bibliográfica “Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.” Especificamente na página 899 o seguinte trecho contraria a solução dada pela banca examinadora: “A sua utilização parece ser eficaz não só no controle das cólicas como também em situações de obstipação ou diarreia, tendo ainda capacidade de resposta imunomoduladora.” Seguido pela seguinte afirmação: “Alguns autores questionam o uso dos probióticos, pois estando a criança em aleitamento exclusivo não é aconselhável a introdução de nenhum chá ou derivados do leite.” No quadro 102.2 TERAPÊUTICAS FARMACOLÓGICAS PARA O TRATAMENTO DE CHORO E CÓLICAS E RESPECTIVO GRAU DE RECOMENDAÇÃO, localizado na página 900, o tratamento farmacológico com *Lactobacillus reuteri* se apresenta com grau de recomendação: B. Ainda na página 900 encontramos a seguinte afirmação: “O mercado está atualmente invadido de mitos sobre as cólicas, existindo inúmeras “fórmulas mágicas” para ajudar os bebês nestas situações. No entanto, a evidência científica não validou nenhuma terapêutica.” Conforme os trechos expostos acima e considerando que o tratado de Medicina de Família e Comunidade se encontra no rol de bibliografias recomendadas, solicito a anulação do item.

7. O choro e as cólicas no recém nascido são situações geralmente benignas, que normalmente se resolve ao fim do 3o ou 4o mes de vida. O Tratado de MFC, na Seção X, afirma que não existe qualquer evidencia científica que comporte a ideia da abordagem farmacológica, existindo sim uma grande limitação. Apesar do *Lactobacillus reuteri* ser a mais promissora, os autores questionam o uso em crianças em aleitamento materno exclusivo.

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não foram considerados.

Cólica em lactentes é um problema bastante comum e benigno, contudo a questão aborda especificamente **o tratamento farmacológico com melhor evidência atual**. Destacamos que não foi objeto da questão abordar a importância de tranquilizar a família e medidas não farmacológicas que, sem dúvida, são o cerne do cuidado de lactentes com cólicas.

O Tratado de Medicina de Família e Comunidade aborda o assunto (tratamento farmacológico) de forma mais ampla que o livro Medicina Ambulatorial (Duncan), trazendo os níveis de evidência em relação ao uso de fármacos no tratamento de cólicas no lactente, assim descritos:

- Simeticona ou Dicitlomina – GR: D

- *Lactobacillus reuteri* – GR: B

O “Duncan”, cita como GR D o uso de analgésicos, antiespasmódicos e supositórios (letra a).

Letra C está incorreta, porque não há comprovação de que o uso de chá ou mel pela mãe influencie na cólica do recém-nascido através da amamentação.

Apesar da consideração de alguns autores que questionam o uso de derivados do leite em crianças em amamentação exclusiva, a questão é clara ao perguntar qual a opção farmacológica com melhor grau de recomendação, o que está claramente descrito no Quadro 102.2 (capítulo 921) do Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Este capítulo, na página 900, cita ao final: "... sendo a mais satisfatória e que apresentou até à data melhores resultados clínicos o uso de probióticos com *Lactobacillus reuteri*".

GUSSO, Gustavo DF; LOPES, José MC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222 p. Páginas 897-901

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013 Página 286-7

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 73

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	1
Anulação	7
Total	8

Argumentação:

1) Apesar de a maioria das massas intratesticulares corresponderem a neoplasias, em geral malignas, e o encaminhamento para o especialista ser imperativo, conforme visto na referência, na realidade da APS não é assim que funciona. Perante forte desconfiança de câncer ao exame objetivo, pedimos exames complementares primeiro (no caso poderia ser um USG de bolsa escrotal) e só depois encaminhamos para referência de oncologia, nesse caso também poderia ser urologia. Além disso, como médicos de família e comunidade, nunca devemos alarmar um paciente quanto à um possível diagnóstico de câncer sem a certeza do diagnóstico.

2) Dado que o exame físico é inespecífico pois no registro foi verificado " discreto edema local, a transiluminação negativa e foi palpado um pequeno nódulo testicular ". Ao falar de " nódulo " não foi descrito a consistência, dado que nos "cistos " podemos palpar " um ou mais nódulos macios no epidídimo " "e transiluminação nem sempre positiva" por outro lado "A hematocele se apresenta de modo similar, embora não tão permeável à transiluminação". Ao não ter confirmação da hipótese diagnóstica dificulta a toma de uma conduta adequada.

3) Na análise da questão 73 pensamos que propondo a realização da tomografia computadorizada, assim como outros exames, para confirmar o diagnóstico é um passo importante para chegar ao oncologista, com caráter urgente, com o maior esclarecimento mediante imagem e evitar a prolongação de uma provável cirurgia ao paciente.

4) Prezada banca, Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática/ Gustavo Gusso, José Mauro Cerrati Lopes, 2012, no seu volume 2, capítulo 112, na página 1057, há dados no exame físico que indicam a conduta do paciente nódulos em região escrotal. O Enunciado da questão, não indicou o tamanho do nódulo, as características a palpação, como regularidade, dor ou indolor a palpação, posição do nódulo em relação ao testículo, ainda que sintomas

constitucionais para poder encaminhá-lo ao oncologista. Portanto solicito anulação da questão por não ter resposta correta.

5) O Tratado de Medicina de Família e Comunidade recomenda a realização de ultrassonografia com doppler para confirmação de suspeita diagnóstica. Considerando que há grande dificuldade atualmente em encaminhá-los aos serviços de oncologia que não apresentem nenhum exame complementar que confirme o diagnóstico ou ao menos fortaleça a suspeição clínica, e considerando ainda que não é um exame de alto custo ou difícil acesso, não seria plausível dentro da conjuntura atual do SUS encaminhá-lo diretamente ao serviço de oncologia sem antes realizar um exame complementar.

6) A translucinação é importante para avaliação de massas escrotais, no hidrocele encontra-se massa não dolorosa cheia de líquido com translucinação positiva, espermatocel e cistos de epidídimo se apresentam como nódulos macios no epidídimo palpados como massa distinta do testículo, massas intratesticulares apresentam-se de consistência endurecida, indolor com translucinação negativa. No enunciado não se faz referência à consistência do nódulo, tampouco se faz referência exata da localização (intratesticular/ intraescrotal) por tanto pode-se pensar em cistos no doloroso onde a conduta seria abstenção terapêutica e acompanhamento.

7) O enunciado da questão não nos fornece dados claros e suficientes para a definição do desfecho do caso. Segundo o Fluxo para Diagnóstico Diferencial de Massas Escrotais do Tratado de MFC, após a individualização da massa das estruturas testiculares devemos definir se a formação encontrada é cística ou sólida (no nosso caso, apesar da translucinação ser sido negativa não se pode descartar totalmente a existência de uma formação cística). No entanto, o enunciado aponta para a existência de uma Massa Sólida. O Fluxograma nos orienta que para a existência de Massas Sólidas não separadas do testículo existem 3 possibilidades diagnósticas: 1. Tumor - encaminhamento para Oncologista 2. Torção Testicular - emergência médica 3. Orquite - medidas de repouso, eventualmente ATB. Diante do exposto, a falta de maiores dados impediu-me de fornecer a correta solução para o caso. O encaminhamento desse paciente para o Oncologista, antes de uma investigação um pouco mais detalhada, não seria a melhor conduta e a opção mais correta dentro das boas práticas da MFC.

8) A massa intratesticular descrita no caso tem alta suspeição de neoplasia, e deve ser encaminhada com urgência; porém o serviço de oncologia de diversos municípios (como o meu) só recebe encaminhamentos com o diagnóstico fechado/biópsia, de forma que a conduta adequada seria referência ao urologista com urgência, ou exame complementar adequado com urgência (ultrassonografia/ biópsia).

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não foram considerados, conforme edital. O enunciado traz o caso de um homem com um nódulo testicular não doloroso e, segundo a bibliografia recomendada, quando há palpação de nódulo sólido testicular, o diagnóstico de câncer de testículo deve ser considerado. Deve-se considerar que um dos erros mais frequentes cometidos é “atrasar o tratamento de uma patologia grave pelo exagero em exames diagnósticos” (GUSSO e LOPES, 2012). O Tratado de Medicina de Família e Comunidade, no caso de massas intratesticulares, recomenda “referenciar ao urologista ou oncologista com urgência”. Já na referência Medicina Ambulatorial, a ecografia apesar de ser citada, não consta como alternativa na questão (DUNCAN, 2013).

GUSSO, Gustavo DF; LOPES, José MC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222 p. Páginas: 1055- 1060

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013 Página 1843.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 75

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	2
Anulação	0
Total	2

Argumentação:

Considerar mais de uma alternativa correta:

1) Não ha na literatura indicação de que a ranitidina seja melhor para gestantes. a categoria de seguridade das duas medicações sao B. Não encontrei nenhum orientação no tratado de medicina de família O unico artigo encontrado sobre a questão levantada remete a seguinte informação: "podemos concluir que após a instituição de mudanças comportamentais, e no caso da persistência dos sintomas, as gestantes portadoras de pirose deverão receber antiácidos como medicamento de primeira escolha. Ressalta-se ainda que estudos recentes demonstram não haver evidência de teratogenicidade com o uso de IBP durante a gestação, o que possibilita seu uso durante a gestação, especialmente nos casos de pacientes com sintomatologia acentuada" Sendo assim tanto a letra C como a D estão corretas.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2036.2005.02654.x>

2) no quadro citado na bibliografia há referencia como sendo o paracetamol analgésico preferencial durante a gestação, já no tópico seguinte, na mesma página citam que omeprazol e ranitidina não parece aumentar o risco de anomalias congênitas, não fazendo distinção de um sobre o outro. Como não é citado uma segurança maior de um do que o outro entende se que podemos optar por qualquer um dos dois. Sendo assim as respostas C e D deveriam ser consideradas corretas. Medicina Ambulatorial:condutas de atenção primária baseada em evidências. Bruce Duncan, 4 edição. Página 1898

Parecer:

Segundo o Tratado (tabela 2, p. 2144) paracetamol e ranitidina tem classificação de risco B, enquanto dipirona e omeprazol são categoria C. O Medicina ambulatorial cita: "omeprazol e ranitidina: com base em estudos experimentais em animais e nos dados disponíveis em humanos, seu uso durante a gestação não parece aumentar o risco de anomalias congênitas". No entanto, não traz a classificação de cada fármaco de forma isolada o que pode levar em consideração outros riscos para o feto. Recursos baseados em literatura que não consta na bibliografia do concurso não serão aceitos, conforme edital.

Sachs, V.E.S.S. Tabela de medicamentos para gestação. In: Gusso, G.; Lopes, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 2, apêndice 4, p. 2143-2147.

Schuler-Faccini, L.; Sanseverino. M.T.V.; Giugliani, C. Medicamentos e outras exposições na gestação e na amamentação. In: Duncan, B.B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 45, p. 441-447.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 76

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	2
Anulação	3
Total	5

Argumentação:

1) questão sem resposta correta. Pelo protocolo do ministério da saúde a conduta seria inicialmente e em caso de internação iniciar com MISOPROSTOL. A conduta expectante pode ser uma opção nessas pacientes.

- Ao optar pelo esvaziamento uterino: Internação da paciente.
- Medidas gerais
- Ovo cego e missed abortion com idade gestacional sonográfica < 12 semanas.
- Misoprostol*
- AMIU ou dilatação do colo e curetagem uterina.
- Missed abortion com idade gestacional sonográfica ≥ 12 semanas.
- Misoprostol* . Contra-indicado em caso de histerotomia prévia.
- Perfusão venosa de ocitocina em solução glicosada na velocidade de 40 mUI/min (20 UI do fármaco em 500 ml de soro glicosado a 5% a 20 gotas/min).
- Esvaziamento da cavidade uterina - AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto.
- Inibição da lactação- Cabergolina: 1mg (2 comprimidos) VO em dose única.
- * Tratamento medicamentoso com misoprostol
- Embora se reconheça a efetividade do misoprostol quando administrado por via oral, sublingual ou retal, as evidências científicas apontam a via vaginal como forma preferencial, aplicando-se os comprimidos nos fundos de saco laterais.
- As doses a serem utilizadas na indução do abortamento dependem da idade gestacional:
 - o Até 12 semanas e 6 dias:
 - Ø 1ª opção: 4 comprimidos de 200 mcg (800 mcg) via vaginal a cada 12 horas (3 doses 0,12 e 24 horas).
 - Ø 2ª opção: 2 comprimidos de 200 mcg (400 mcg) via vaginal a cada 8 horas (3 doses 0,8 e 16 horas).
- Observação: a 1ª opção apresenta maior eficácia, com expulsão do produto da concepção nas 24 horas, podendo, alguns casos, demorar 48 ou 72 horas, sem aumento dos efeitos colaterais.
- o De 13 a 16 semanas e 6 dias: 1 comprimido de 200 mcg, via vaginal, cada 6 horas (4 doses).
- o De 17 semanas e 26 semanas: 1 comprimido de 100 mcg, via vaginal, a cada 6 horas (4 doses).
- Observação: Se necessário, repetir após 24 horas da última dose em ambos os esquemas. Após os dois dias de uso do misoprostol deve-se aguardar 72 horas pelo abortamento. Caso ele não ocorra, podese repetir o mesmo esquema de misoprostol, considerando-se as condições clínicas e a concordância da mulher para manter o tratamento"
- * BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Protocolo misoprostol. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: <www.saude.gov.br/sausedamulher>. Acesso em 08 jan. 2013. IPAS. Ações Afirmativas em Direitos e Saúde. Melhoria da qualidade da assistência à mulher em situação de abortamento. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.aads.org.br/wp/?page_id=97>. Acesso em: 05 nov. 2012.

2) O diagnóstico é abortamento retido, para este caso existem três possíveis tratamentos: expectante, médico e cirúrgico. "a técnica de dilatação e curetagem instituída desde o século 19 tem sido o tratamento recomendado para reduzir complicações como a perda sanguínea e a infecção. Essa prática não tem mudado muito no último século principalmente nos países em desenvolvimento, onde apesar da existência do vácuo aspirador, seu uso é baixo devido ao custo do equipamento". "A conduta ativa farmacológica é a preferida por cerca de 20% das pacientes e na atualidade há forte evidência científica a favor do uso dos análogos das prostaglandinas como método aceitável, efetivo e seguro para conseguir a evacuação uterina nas pacientes que demandam atenção por perda gestacional". O tratamento expectante baseia-se na espera pela eliminação espontânea dos produtos gestacionais retidos no útero e é considerado aceitável e eficaz para aquelas pacientes que optam por uma alternativa à conduta ativa. Sua taxa de sucesso varia entre 80 e 94% para perdas gestacionais incompletas e valores entre 28 e 76% para perdas gestacionais retidas. As três opções devem ser dadas à paciente. Pois não existem evidência suficiente que o tratamento cirúrgico seja mais seguro que os expectante e o médico. Pelos argumentos anteriores tanto a resposta C como D estão corretas, pois dilatação e evacuação uterina são dois métodos do tratamento cirúrgico.

* Camayo FJA, Martins LAB, Cavalli RC. Perda gestacional retida: tratamento baseado em evidência. Revista FEMINA | Janeiro 2011 | vol 39 | nº 1.

* DeCherney A, Nathan L, Laufer N, Roman A. CURRENT Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology, 11e. Chapter 13. Early Pregnancy Risks

3) Durante o primeiro trimestre da gravidez consideram-se métodos aceitáveis a aspiração intrauterina (manual ou elétrica), o abortamento farmacológico e a curetagem uterina. A ordem de escolha para os diferentes métodos depende das condições de cada serviço e da preferência da mulher, além da necessária avaliação do risco-benefício de cada procedimento. Deve-se adotar critérios que considerem e respeitem: 1) a disponibilidade de métodos em cada serviço de saúde; 2) a capacitação, habilidade e rotinas dos serviços de saúde para cada método; 3) as condições clínicas, sociais e psicológicas da mulher.

ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO Norma Técnica Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 4 2ª edição atualizada e ampliada Páginas 33 e 34 MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

4) Apesar de não ter encontrado em nenhuma referência bibliográfica do concurso, concordo que a questão não tenha resposta correta. Primeiramente por tratar-se de uma situação em que a decisão não compete ao MFC e sim ao especialista, além disso, em caso de aborto retido existem 3 condutas: expectante, medicamentosa e cirúrgica, e na questão, uma alternativa acaba invalidando a outra.

Fundamentação Teórica:Abortamento - UNA SUS/Especialização em Saúde da Família, pg. 4

5) Não há resposta correta. O aborto é considerado retido quando ocorreu há mais de 4 semanas. No caso descrito, o USG foi realizado 1 semana após teste de gravidez ter sido positivo. A conduta também pode ser expectante visto que a maioria dos casos evolui para processo de abortamento em até 3 semanas após a interrupção. Portanto não há resposta correta. Na referência bibliográfica não foi encontrado o tema ABORTO ou ABORTAMENTO. Como não encontrei referência nos livros indicados para leitura, retirei o argumento do site do Ministério da Saúde

Parecer:

Os recursos não foram considerados válidos, conforme edital, pois se basearam em literatura fora da referência bibliográfica do concurso. O caso trata-se de um abortamento retido, uma vez que em nenhum momento foi citado dor ou sangramento

via vaginal. No caso, trata-se de um abortamento com menos de 12 semanas (na última consulta, Eunice estava com 8 semanas) e por isso tem indicação de dilatação + curetagem, ou de aspiração intra-uterina ou medicamentoso (nível de evidência B para uso de mifepristona e misoprostol). Deve-se oferecer contracepção eficaz imediata após resolução do quadro pois existe chance de nova gravidez, 15 dias após o abortamento. Alternativas a e b estão incorretas porque não se trata de aborto incompleto. Além disso, a alternativa a) indica início da contracepção no próximo ciclo menstrual. Alternativa c) está incorreta porque não há necessidade, com 8 semanas de gestação, de dilatação + evacuação, procedimento indicado após 14 semanas. Além disso, a alternativa c) indica início da contracepção no próximo ciclo menstrual e não imediatamente. DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Páginas: 453-460

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento dos recursos e manutenção do gabarito.

Questão 77

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	2
Anulação	0
Total	2

Argumentação:

- 1) A alternativa B está correta (mulher com IMC 34,1 - Obesidade) e ela deve ser incentivada a perder peso para melhora dos sintomas.
- 2) Prezada banca: Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática/ Gustavo Gusso, José Mauro Cerrati Lopes, 2012, no seu volume 2, capítulo 125, na página 1083, no Quadro 125.1, a Obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária na mulher. Na página 1087 no Quadro 125.4 Intervenções de estilo de vida, reduzir o peso em indivíduos obesos faz parte da estratégia de tratamento da incontinência urinária. Portanto, solicito a banca para considerar além da alternativa C, a alternativa B como correta

Parecer:

Todos os recursos foram analisados. Trata-se de um caso clássico de incontinência urinária de esforço e não de urgência (o que faz a alternativa b ser incorreta). GUSSO, Gustavo DF; LOPES, José MC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222 p. 1081-1091 e DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013 cap 68, páginas 659-662

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento dos recursos e manutenção do gabarito.

Questão 78

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	1
Total	1

Argumentação:

Bacteriúria é um termo médico para a presença de bactérias em uma cultura de urina não ocasionada por contaminação durante a coleta. O termo bacteriúria significa a presença de bactérias no trato urinário e é detectada através de análises à urina. Quando esta é colhida através do jacto médio urinário e com a devida higiene, o critério de 100.000 ou mais unidades formadoras de colônia por mililitro tem-se mostrado suficientemente satisfatório para diagnosticar uma ITU.

Baseado em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Bacteriuria>

Parecer:

Recursos baseados em opinião pessoal e em literatura fora da referência bibliográfica do concurso não são considerados, conforme edital

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.

Questão 80

Tipo de recurso	Quantidade de recursos
Alteração de gabarito	0
Considerar mais de uma alternativa correta	0
Anulação	2
Total	2

Argumentação:

Anulação:

1) Não há no Anexo 3 (Bibliografia) do Edital qualquer menção a benefício do INSS (LOAS) ou a direitos reservados ao Estatuto do Deficiente Físico. ANEXO 3 do Edital (ausência de indicação das referidas bibliografias para o TEMFC 25)

2) A questão 80 cobra do candidato que o MFC sugira à assistente social do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que devido à condição de saúde uma determinada criança teria direito a benefício de Prestação Continuada, excluindo as hipóteses de Auxílio-Doença, Aposentadoria por Invalidez e Aposentadoria Especial. A questão deve ser anulada, por diversos motivos. O primeiro motivo é que conhecimentos de Direito Previdenciário e Direito da Assistência Social não estão previstos como exigidos no Edital do Concurso. De fato, bem examinando os 36 artigos do Edital do concurso, que visa selecionar médicos, não se vislumbra nenhuma referência à necessidade de conhecimentos jurídicos, ainda mais quando se trata de matéria (Direito Previdenciário e Assistência Social) que mesmo a maioria dos bacharéis em Direito não conhece e não domina. Consultando atentamente as 66 laudas do Currículo Baseado em Competências, citado no anexo 2 do Edital do Concurso e disponível em [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf),

igualmente não se observa referência à necessidade de conhecimentos jurídicos, ainda

mais na área de Direito Previdenciário e Assistência Social. A Lei nº 12.842/13, que dispõe sobre o exercício da Medicina, não prevê como atividade do médico em nenhum dos seus 8 artigos sugerir a percepção de benefício previdenciário ou assistencial, e muito menos distinguir uma espécie de benefício de outras. Trata-se de conhecimento, pois, estranho ao exercício da Medicina, nos termos da lei que regula a profissão do Médico. Mais: o Estatuto da Advocacia (Lei Federal nº 8.906/94) dispõe que são privativas do advogado as atividades de consultoria, assessoria e direção jurídicas (art. 1º, inciso II). Desse modo, segundo a própria Lei não compete ao médico sugerir ao paciente ou a quem quer que seja que existe o direito a receber tal ou qual benefício previdenciário ou assistencial, distinguindo-o de outras espécies, sendo essa atividade de consultoria/assessoria jurídica privativa do advogado. Não bastasse isso, a questão possui um erro crasso de Direito, que foi facilmente constatado por advogado consultado para auxiliar neste recurso. A pergunta como resposta considerada correta tem a seguinte redação: “Além de abordar os sintomas trazidos por Priscila, o MFC sugere que ela converse com o assistente social do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e comente que devido à condição de saúde de Rodrigo, seu filho tem direito à (ao): (B) Benefício de Prestação Continuada”. Ocorre que o Benefício de Prestação Continuada não é pago ou negado a alguém devido a sua condição de saúde. A Lei 8.742/93 assim regula o citado benefício, verbis: “Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. (...) § 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo.” A página do INSS na internet também explica os requisitos do benefício, dizendo: “Tem direito ao BPC o brasileiro, nato ou naturalizado, e as pessoas de nacionalidade portuguesa, desde que, em todos os casos, comprovem residência fixa no Brasil e renda por pessoa do grupo familiar seja inferior a ¼ de salário mínimo vigente e se encaixem em uma das seguintes condições: Para o idoso: idade igual ou superior a 65 anos, para homem ou mulher; Para a pessoa com deficiência: qualquer idade – pessoas que apresentam impedimentos de longo prazo (mínimo de 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.” Quando a questão pede que se comente qual o benefício que Rodrigo tem direito “devido a sua condição de saúde”, incorre em erro de Direito, porque o Benefício de Prestação Continuada é devido não por conta da condição de saúde da pessoa, mas pela condição de saúde concomitantemente com a verificação da vulnerabilidade social, esta entendida como sendo renda por pessoa do grupo familiar seja inferior a ¼ de salário mínimo. Por todo o exposto, requer a anulação da questão 80 que indicou a resposta (B) como correta. Não consta da Bibliografia oficial do concurso a matéria referente a "benefício de prestação continuada"

Parecer:

A temática abordada na questão consta na bibliografia do concurso, conforme referência abaixo. O auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez e a aposentadoria especial são benefícios a que tem direito quem contribui com a previdência social. Já o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um direito concedido a idosos com 65 anos ou mais e a pessoas que possuam uma deficiência que as incapacite para a vida independente e para o trabalho, desde que a renda *per capita* familiar seja inferior a ¼ do salário mínimo vigente (Tratado, p. 654-657), conforme também citado nos argumentos acima. De acordo com o enunciado, trata-se de uma família com 4 pessoas, com renda atual de R\$ 500,00, ou seja, menos de ¼ do salário mínimo vigente para cada integrante da família. O fato do filho ter paralisia cerebral diante deste contexto social lhe dá direito ao BPC.

Daumling, M.S.; Cardoso, L.P. Principais benefícios sociais. In: Gusso, G.; Lopes, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 1, cap. 73, p. 653-659.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda pelo indeferimento do recurso e manutenção do gabarito.