

## TEMFC Nº 28

Respostas aos recursos da prova escrita de 10 de janeiro de 2021

### Resumo executivo:

Recebemos um total de 46 recursos, referentes a 30 questões.

Recursos em desacordo com o edital não foram considerados. Tivemos 8 recursos que não estavam baseados nas referências bibliográficas do concurso e 9 que não indicaram a referência de forma adequada.

Portanto, foram analisados 29 recursos, referentes a 17 questões.

O gabarito da questão de nº 7 foi alterado e consideradas corretas as alternativas A e C.

O gabarito da questão de nº 16 foi alterado e consideradas corretas as alternativas B e C.

Demais recursos indeferidos.

### QUESTÃO 1

#### RECURSOS - Considerar Letra A também correta

Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Segundo o vídeo “José, 60 anos, carpinteiro, realiza acompanhamento com seu médico de família João devido à dispneia progressiva aos esforços habituais há 3 meses. Tosse seca esporádica. Tabagista há 20 anos de uma carteira de cigarro por dia. Sedentário.”</p> <p>Segundo os indicadores fundamentais para a consideração de um diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica, encontramos dispneia progressiva (agrava-se com o passar do tempo), que piora com os exercícios (esforços). Presença de exposição a fumaça do tabaco (paciente é tabagista há 20 anos) e poeiras/fumaça industriais e produtos químicos ocupacionais (José é carpinteiro). A tosse pode ser presente de modo intermitente (esporádica) ou todos os dias.</p> <p>O embasamento do gabarito se refere a espirometria. Mas segundo GUSSO, Pagina 1273 4º parágrafo: ainda existe uma discussão</p>	<p>Tratado de Medicina da Família, Gusso. 2ª edição. Capítulo 152, Página: 1272 Quadro: 152.4</p>

	<p>considerável sobre os melhores critérios diagnósticos. Embora a espirometria seja uma ferramenta diagnóstica, não há consenso sobre qual é o melhor parâmetro espirométrico.</p> <p>Entende-se que não podemos afastar os achados da história do paciente que é sim sugestiva de doença pulmonar obstrutiva crônica seja por contato com a fumaça do tabaco seja por contato prolongado por exposição ocupacional.</p> <p>Logo a alternativa letra A também não estaria errada, podendo ser considerada.</p>	
<p><b>Total de recursos enviados: 01</b></p>		

**Parecer:** A história ocupacional é o dado mais importante para o diagnóstico de doença pulmonar ocupacional, no caso contato com poeira de madeira. As pneumopatias intersticiais cursam geralmente com dispneia progressiva de início recente. A tosse seca é um sintoma comum. O exame físico pode revelar hipocratismo digital e estertores crepitantes à ausculta pulmonar. As DPIs são classificadas em cinco grupos: no primeiro, as de causa conhecida (pneumoconioses, infecções, drogas, relacionadas ao tabaco); no segundo, as idiopáticas, como a pneumonia intersticial usual e a pneumonia intersticial não específica. O diagnóstico é feito por espirometria, exame de imagem e muitas vezes biópsia pulmonar. A espirometria apresenta padrão restritivo. A radiografia simples torácica pode ser normal. (Tratado Cap 153). As causas psicogênicas geralmente se apresentam como episódios súbitos, associados a quadros de ansiedade, pânico ou depressão, em indivíduos sem causas orgânicas evidentes. No entanto, devem ser tratadas como diagnóstico de exclusão, considerando a potencial gravidade das causas citadas. a) Na DPOC a espirometria seria compatível com distúrbio ventilatório obstrutivo. Apesar do paciente ser tabagista, não é a hipótese mais provável considerando o quadro clínico de tosse seca sem expectoração e apenas esporádica, e a espirometria compatível com padrão restritivo. b) A história clínica é compatível com Doença intersticial pulmonar devido à antecedente ocupacional de carpinteiro, em que há inalação de partículas derivadas da madeira e produtos químicos e a espirometria com distúrbio ventilatório restritivo é compatível à essa hipótese diagnóstica. A ausculta de crepitantes também é compatível. Pode não demonstrar alterações intersticiais na radiografia de tórax, apenas na tomografia. O Argumento do candidato se baseia na imprecisão da espirometria citada no Tratado, porém, a espirometria citada já veio laudada como padrão restritivo e foram dados outros elementos que apontavam para o quadro de Doença Intersticial Pulmonar.  
Referência: Tratado Cap 153, Duncan Cap 78.

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

## QUESTÃO 2

### Recurso

Anular a questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p># QUESTÃO 02:</p> <p>No enunciado não foi relatado o tamanho específico do nódulo. O termo "pequeno nódulo" é vago, não permitindo a interpretação adequada, como por exemplo, se o nódulo era maior ou menor do que 8mm, além de não especificar as demais características do nódulo para melhor raciocínio do quadro clínico.</p>	<p>- Referência:</p> <p>GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Orgs.) Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 150: Interpretação de radiografia torácica e espirometria; Capítulo 153: Doenças pulmonares não infecciosas.</p>
02	<p>A questão 02 deve ser anulada, em virtude de não haver alternativa correta, uma vez que não indica o uso do contraste COMO indicado pelo livro, portanto deveria conter nas alternativas a opção de realizar uma Tomografia de tórax COM CONTRASTE, uma vez que é esta a conduta correta diante do caso narrado na questão referida, conforme o livro Tratado MFC 2ª edição (GUSSO), capítulo 153 páginas 3869-3870 e que foi inclusive utilizado no comentário desta banca. Assim vejamos:</p> <p>"A identificação incidental de um nódulo pulmonar solitário (na radiografia ou tomografia de tórax) requer avaliação de acordo com o tamanho, as características da imagem e os fatores de risco para câncer de pulmão, especialmente história de tabagismo, de malignidade e idade maior do que 65 anos. Imagens maiores do que 8 mm, com densidade de vidro fosco, bordas irregulares e que duplicam de tamanho entre um mês e um ano, são sugestivas de malignidade(...). De maneira complementar, a tomografia computadorizada (TC) (com contraste) é capaz de detalhar melhor a anatomia da lesão, o acometimento de linfonodos e as estruturas contíguas, além de ser o exame de escolha nas situações em que</p>	<p>Tratado MFC 2ª edição (GUSSO), capítulo 153 páginas 3869-3870</p>

	<p>permanece a suspeita de câncer, apesar da radiografia normal.”</p> <p>Logo, a alternativa indicada pela banca está incorreta, visto que, conforme exposto, o paciente referido, mesmo realizando uma tomografia computadorizada de tórax, esta não será capaz de COMPLEMENTAR À RADIOGRAFIA DE TÓRAX que fora realizada.</p>	
<p><b>Total de recursos enviados: 01</b></p>		

### Parecer:

A identificação incidental de um nódulo pulmonar solitário (na radiografia ou tomografia de tórax) requer avaliação de acordo com o tamanho, as características da imagem e os fatores de risco para câncer de pulmão, especialmente história de tabagismo, de malignidade e idade maior do que 65 anos. Portanto, pelo descrito seria importante um exame complementar ao Raio X. para detalhar melhor o tipo de nódulo. Imagens maiores do que 8 mm, com densidade de vidro fosco, bordas irregulares e que duplicam de tamanho entre um mês e um ano, são sugestivas de malignidade. Algumas características à radiografia torácica são sugestivas de tipos particulares de câncer de pulmão. Lesões centrais estão mais relacionadas a carcinoma de pequenas células ou epidermoide e são mais sintomáticas. Lesões periféricas são mais típicas de adenocarcinoma. Pode-se identificar, também, adenopatia mediastinal e DP. De maneira complementar, a tomografia computadorizada (TC) (com contraste) é capaz de detalhar melhor a anatomia da lesão, o acometimento de linfonodos e as estruturas contíguas, além de ser o exame de escolha nas situações em que permanece a suspeita de câncer, apesar da radiografia normal. Lembrando que, na assertiva correta, o fato de não citar se é utilizado ou não contraste, não invalida o fato de ser a tomografia o exame de escolha.

Ainda:

A indicação para a solicitação de radiografia era o relato de falta de ar e a investigação clínica e não o rastreamento. O distrator B está errado em função do rastreamento não estar disponível e nem é recomendado no Brasil. Quadro 153.1 | Recomendações para realização de radiografia torácica de acordo com características clínicas (tratado cap 153) A espirometria é o padrão-ouro para avaliação da função pulmonar, portanto foi bem indicada. (Duncan Cap 78).

Referencia: Tratado Cap 153, Duncan Cap 78.

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

### QUESTÃO 3

#### Recursos

Solicita mudança de gabarito		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	A bupropiona é a medicação que faz parte do protocolo de grupos de cessação de tabagismo nas Unidades de saúde, tanto no INCA quanto no tratado do Gusso (página 4555) tem a indicação de bupropiona como medicação de escolha para cessar tabagismo, junto com a terapia de reposição de nicotina e sua correta indicação e aplicação!	Tratado de MFC, Gusso, página 4555.

**Parecer:** O Paciente do caso clínico possui epilepsia, portanto possui contraindicação absoluta para o uso de Bupropiona.

Ainda : Nortriptilina: Antidepressivo tricíclico que promove o bloqueio da recaptação de norepinefrina no SNC, aumentando, assim, os seus níveis na fenda sináptica. A sua ação como medicação antitabagismo ainda não está totalmente esclarecida, mas as evidências sugerem que é independente da sua ação antidepressiva. É considerado medicamento de segunda escolha para cessação do tabagismo.

Bibliografia: Tratado Cap 242, Duncan Cap 60.

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

### QUESTÃO 4

#### Recursos

Solicita mudança de gabarito		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	# QUESTÃO 04: As informações contidas na entrevista não são suficientes para afirmarmos que o paciente encontra-se no estágio de contemplação. Partindo do ponto de vista que o paciente em questão realizou intervenção prévia, apesar de que sem sucesso (pois não foi abordado com	GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Orgs.) Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed.

<p>terapia farmacológica oral, como indicado pelo grau de dependência), mais informações sobre a "rotina tabágica" do paciente deveriam ser elucidadas.</p> <p>Da forma que está descrito o caso clínico, podemos suspeitar que o paciente pudesse estar em fase de preparação.</p>	<p>Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 242: Tabagismo.</p>
---	---

**Parecer:** Considerando que o paciente já iniciou tentativas de tratamento e as técnicas da entrevista motivacional, compreendemos que a assertiva A é incorreta porque não devemos "confrontar" o paciente e tentar convencer sobre o uso de nicotina. Também a assertiva B não cabe mais no atual estágio do paciente, visto já ter tentado outras vezes cessar o tabagismo. No caso da assertiva D que orienta explicar sobre quais são as melhores soluções para cessar o tabagismo, não consideramos correta porque não é o enfoque da entrevista motivacional, que foi a opção hipotética que a médica adotou, além de expor o paciente à opinião médica sobre o melhor tratamento, caindo na armadilha de colocar o paciente em uma posição passiva, não adequada para a estratégia motivacional. Neste caso, deve-se evitar ações prescritivas e que se enfoquem na terapêutica, mas sim encontrar no próprio paciente a força necessária para efetivar a ação de parar de fumar. Na abordagem da entrevista motivacional o enfoque é no esclarecimento sobre o tabagismo e as razões para parar. Conforme gabarito comentado, devemos: ► Acolher o paciente ► Rever em conjunto com o paciente as informações preenchidas ► Avaliar as razões que o mantêm fumando e as razões para deixar de fumar ► Descrever os benefícios fisiológicos imediatos, médios e em longo prazo na cessação do tabagismo ► Com os resultados do questionário da dependência à nicotina e outras informações coletadas, comunicar ao paciente a sua taxa de prevalência de dependência: nicotínica (física) ou psicológica ao objeto cigarro ► Se possível, avaliar nível de monóxido de carbono (CO) – monoximetria ► Avaliar os apoios familiares e sociais na etapa de cessão do tabagismo ► Oferecer material (folheto informativo) sobre as condutas ► Orientar sobre início ou continuidade de atividade física ► Buscar prazer na realização de alguma atividade física ou do cotidiano para preencher o vazio da sensação prazerosa que o tabaco lhe fornecia (p. ex., caminhar, dançar, pedalar, pintar, etc.) ► Atitude do profissional: evitar atitude paternalista, respeitar o desejo do paciente e não ceder à atitude "terrorista" perante ao paciente que não aceita essas mudanças comportamentais oferecidas ► Recomendações para o dia a dia sem o cigarro: beba bastante líquido, especialmente água e em goles pequenos; procure comer alimentos saudáveis e com o mínimo de açúcar, para evitar o ganho de peso nesta fase; pratique exercícios, realize exercícios de respiração profunda, evite situações em que há aumento do estresse Fatores que são armadilhas, ou seja, que prejudicam ou até impedem o engajamento: ● Confrontar a negação: quanto mais confrontar a pessoa com sua situação, mais ela se torna mais resistente e relutante em mudar. ● Assumir o papel de expert: oferecer, com as melhores intenções, respostas e soluções para a pessoa, levando-a a assumir um papel passivo e pouco produtivo para encontrar suas próprias motivações para a mudança. ● Focalização prematura: focar prematuramente o assunto que parece mais importante quando a pessoa quer falar sobre outros assuntos ou por lhe serem mais importantes ou por não estar preparada para abordar o problema. É importante evitar o confronto sobre o que é mais adequado para iniciar a entrevista e começar com as preocupações da pessoa facilita a tarefa: tentar focalizar a questão rapidamente fará com que ela se distancie e fique na defensiva.



Bibliografia: Tratado Cap 242, Duncan Cap 60

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

## QUESTÃO 5

### Recursos

Solicita anulação da questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Como não foi possível visualizar o vídeo relacionado a questão, o único acesso a informação foi a transcrição do mesmo ficando impossibilitado ter acesso as expressões faciais e corporais do paciente durante a consulta. Lendo apenas o que estava transcrito do vídeo deu se a entender que o paciente apresentava disfunção erétil e não ejaculação precoce, fazendo com a questão não tenha nenhuma alternativa correta. Fiz 3 pré testes anteriores, onde foi testado meu computador por 3 vezes não havendo nenhum problema na visualização do vídeo durante o pré-teste. Por tanto, a justificativa dada durante a prova que a impossibilidade de assistir o vídeo foi a incompatibilidade do computador não pode ser imputada a mim a culpa. Não houve igualdade de acesso a todos durante a prova pois, se não houvesse essencialidade do vídeo para responder a questão então todos deveriam ter acesso apenas a transcrição do vídeo. Peço então a anulação da questão	Recurso inválido por não citar bibliografia.

### Parecer:

Baseados nos artigos abaixo do edital e, considerando que o texto escrito continha elementos suficientes para resolução da questão, recomendamos o indeferimento do recurso.

Artigo 10º - A Sociedade Médica não se responsabiliza por quaisquer motivos de ordem técnica dos aparelhos eletrônicos, falhas de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação, procedimento indevido do participante e / ou outros fatores que impossibilitem a transferência de dados. É de responsabilidade exclusiva do participante garantir os requisitos técnicos e de internet durante a realização da prova.

Artigo 59º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso Atual, do site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)), com data de preenchimento até 3 (três) dias após a divulgação do gabarito. Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet, inclusive as instruções de validação do recurso, não cabendo novo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação e Certificação.

## QUESTÃO 7

### Recursos

Solicita alteração do gabarito para corretas A e C		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Segundo o Tratado de Medicina de Família - Seção XVII- Capítulo 177 página 4585</p> <p>“O uso de estatinas requer alguns cuidados: dosagem dos níveis basais de bilirrubina direta, creatinofosfocinase (CPK), também chamada de creatinocinase (CK), e transaminases, devendo ser repetidos na primeira reavaliação ou quando houver aumento de dose. Aquelas pessoas com aumento de CK de 3 a 7 vezes o limite superior da normalidade (LSN) ou com dor muscular devem ser monitoradas cuidadosamente, devendo suspender a medicação se houver aumento progressivo da CK, aumento da CK acima de 10 vezes o LSN ou persistência dos sintomas musculares”</p> <p>O enunciado da questão diz “ ele está tomando sinvastatina e o CPK dele está bem alto!!”A recomendação dada pelo livro de referência é que seja monitorizada cuidadosamente naquelas pessoas com aumento de CK de 3 a 7 vezes o limite superior da normalidade (LSN),</p>	<p>Segundo o Tratado de Medicina de Família - Seção XVII- Capítulo 177 página 4585</p>



	devido suspender a medicação se houver aumento da CK acima de 10 vezes o LSN. Nesse sentido, deve ser considerada a ALTERNATIVA A e a ALTERNATIVA C como resposta.	
02	<p>Na questão 07 da prova de título 28º TEMFC, venho solicitar a alteração de Gabarito para corretas a letra A e a letra C tendo como base a seguinte justificativa, conforme o tratado de medicina de Família e Comunidade 2019 Vol II cap 177 - Dislipidemia. refere que aquelas pessoas com aumento de CPK acima de 3 a 7 vezes o limite superior da normalidade (LSN) ou com dor muscular devem ser monitoradas cuidadosamente, devendo suspender a medicação se houver aumento progressivo da CK, aumento da CK acima de 10 vezes o LSN ou persistência dos sintomas musculares ou com dor muscular devem ser monitorados devendo suspender a medicação, levando em consideração que nos assintomáticos, uma elevação das transaminases isolada e superior a 3 vezes o LSN deve ser confirmada por meio de novo exame, e a etiologia deve ser investigada. Nesses casos, a redução da dose ou a suspensão da estatina deverá ser baseada no julgamento clínico. Levando em consideração o julgamento clínico, observa-se que na questão não foi evidenciado o valor do aumento de CPK assim como se já havia tido ou não acompanhamento prévio dos níveis de cpk; o que dá margem para várias interpretações referente a que valor de cpk e ao próprio acompanhamento do paciente e se foi o primeiro ou segundo exame de acompanhamento que a médica estava referindo no caso clínico, assim como outros dados de história clínica para poder definir a melhor conduta, podendo na questão supracitada ter duas respostas corretas ou seja a letra A, embora esta não mostrou qual exame repetir e o que monitorar e a Letra C.</p>	Segundo o Tratado de Medicina de Família - Seção XVII- Capítulo 177 página 4585

**Parecer:** Considerando o fato de não termos descritos os níveis de CPK do paciente e a literatura citada dar margem para a suspensão imediata da estatina a depender dos valores

do exame, além da argumentação dos candidatos, recomendamos pelo deferimento do recurso.

Bibliografia: Tratado de Medicina de Família - Seção XVII- Capítulo 177 página 4585

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda o deferimento do recurso, modificando o gabarito para corretas as letra A e C.

## QUESTÃO 12

### Recursos

Solicita anulação da questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Questão aponta que a paciente é vegetariana, dessa forma não é correto solicitar que a paciente coma ovo, uma vez que a questão não deixou claro que a paciente seja ovolactovegetariana. Assim como não se deve indicar carne vermelha, frango, derivados de leite e ovo. Dessa forma o gabarito sendo a letra C está incorreto. Se fosse especificado que a paciente é ovolactovegetariana, poderia se indicar ovo em sua dieta.</p> <p>Base bibliográfica: Duncan cap 58: O profissional de saúde deve estar preparado para acolher e respeitar padrões alimentares individuais e os aspectos culturais, religiosos e ideológicos que podem ter impacto sobre as escolhas alimentares. Dietas vegetarianas, bem planejadas, são apropriadas durante todas as fases do curso da vida.</p>	Duncan cap 58

**Parecer:** Considerando que a definição de vegetarianismo pode abranger a não ingestão de ovos e considerando que não encontramos na literatura recomendada a distinção entre as dietas vegetariana e ovolactovegetariana compreendemos que não há comprometimento da questão. Além disso, no próprio enunciado fica claro que a demanda hipoteticamente partiria da paciente em aumentar a dieta de ferro e proteínas. O médico pode ofertar a dieta da assertiva e após a oferta, a paciente teria chance de dialogar sobre demais limitações, sem contudo, prejudicar a compreensão da assertiva como alternativa vegetariana.

Bibliografia: Duncan Cap 58

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

### QUESTÃO 13

Considerar mais de uma alternativa correta		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Analisando a questão 13, tanto enunciado, bem como as alternativas de resposta e, considerando o disposto no tratado de Medicina da Família e Comunidade – 2ª edição – SMBMFC e Artmed, podemos inferir o seguinte:</p> <p>A. Considerando as características do quadro apresentado, paciente jovem, com menos de 35 anos (32 anos), sem histórico familiar de câncer de mama, US com resultado BIRADS II (benigno), pode-se concluir que o diagnóstico mais provável é o de AFBM. Diante disso, a conduta inicial descrita no Tratado em epígrafe, páginas 1116 e 1117: “a orientação verbal é a conduta inicial, ou seja, deve-se esclarecer, de forma precisa, que sua condição é benigna e não há aumento de risco para o desenvolvimento de câncer de mama, com índice de sucesso podendo atingir até 85% nos casos leves. Nas refratárias, à orientação verbal, a conduta medicamentosa deve ser considerada”. E por fim, considerando a possibilidade da paciente não estar segura com as orientações e/ou proposta terapêutica dadas pelo Médico de Família, o passo seguinte seria encaminhá-la para o Especialista para devida orientação e compartilhamento sobre as possibilidades terapêuticas. GRIFO NOSSO. Dessa forma, podemos concluir que a letra A da questão 13 está errada.</p> <p>B. Pelos mesmos motivos apresentados como justificativa para considerar a resposta contida na letra A, a letra B também se encontra errada. A Mamografia não está indicada neste caso;</p>	<p>tratado de Medicina da Família e Comunidade – 2ª edição – SMBMFC e Artmed</p>

	<p>C. Pelos mesmos motivos apresentados como justificativa para considerar a resposta contida na letra A, a letra C também se encontra errada.</p> <p>D. Pelos mesmos motivos apresentados como justificativa para considerar a resposta contida na letra A, a letra D também se encontra errada.</p> <p>Diante disso, conclui-se que a questão 13 NÃO possui alternativa correta, sendo assim necessária a sua anulação.</p>	
<b>Anulação</b>		
<b>Total de recursos enviados: 01</b>		

#### **Parecer:**

A mama pode ser sede de vários tipos de tumores benignos, visto que todos os tecidos que compõem a mama, ou que são adjacentes a ela, podem gerar tumor benigno. Clinicamente, aparece como nódulo com características benignas tanto no exame físico como no complementar. O tratamento consiste no referenciamento ao especialista.

Mulheres com menos de 35 anos de idade: a US é o método de escolha para avaliação das lesões neste grupo etário. Mulheres com 35 anos de idade ou mais: a MMG é o método recomendado. O exame mamográfico pode ser complementado pela US em determinadas situações clínicas. A US complementar não deve ser solicitada nas lesões categorias 2 e 5 (BIRADS®, do inglês Breast Imaging Reporting and Data System)

A Sociedade Brasileira de Mastologia recomenda, desde 1994, após decisão resultante de Reunião de Consenso, a utilização da expressão alteração funcional benigna da mama (AFBM), chamada anteriormente de doença fibromicrocística, displasia mamária e mastopatia fibrocística. A AFBM manifesta-se, clinicamente, por mastalgia, adensamentos e presença de micro ou macrocistos. Considerando as características do quadro, a sua elevada prevalência e a ausência de associação a risco de câncer, o tratamento deve ser orientado de acordo com a classificação do sintoma após a avaliação clínica do caso. A orientação verbal é a conduta inicial, ou seja, deve-se esclarecer, de forma precisa, que a sua condição é benigna e não há aumento de risco para o desenvolvimento de câncer de mama. Muitas vezes, as mulheres possuem um quadro de extrema ansiedade e angústia pela possibilidade daquele sintoma ser uma lesão maligna. Dessa forma, a orientação verbal quanto à origem funcional e sua evolução natural são suficientes para alívio sintomático, e o índice de sucesso pode atingir até 85% nos casos mais leves. É o momento mais importante da atuação do médico de família e comunidade, pois ele poderá evitar consultas a especialistas e fortalecer o vínculo médico-paciente.

Segundo Duncan, se os fibroadenomas forem sintomáticos ou apresentarem crescimento, recomenda-se a exérese em qualquer faixa etária.

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

### **Bibliografia:**

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo 134

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 48

### **QUESTÃO 16**

#### **Recursos**

<b>Alteração de gabarito</b>		
<b>Nº</b>	<b>Argumentação do candidato</b>	<b>Bibliografia utilizada na argumentação</b>
01	<p>Os dados informados pela questão são unicamente da anamnese realizada pelo médico em relação à pessoa atendida com entorse.</p> <p>Nessa pergunta e observando o vídeo (junto com a descrição), foi mencionado dor no pé com duas semanas de duração onde a pessoa atendida relaciona início (“eu estava discutindo com meu marido e saí correndo e virei o pé”). O Médico de Família e Comunidade (MFC) tratou com alguma medicação não mencionada (AINE? Analgésico comum?). Por não apresentar alívio, a pessoa foi na UPA onde fizeram um RX e o médico mencionou um problema no tendão.</p> <p>Como mencionado no gabarito, uma lesão ligamentar de primeiro grau deve ser tratada com AINE oral, preferencialmente, assim como proteção da articulação para evitar novos traumas e repouso relativo. Outras medidas não farmacológicas como aplicação de gelo, contenção compressiva elástica, que restrinja os movimentos, e elevação do membro afetado também poderiam ser adotadas.</p> <p>Em ambos atendimentos realizados (pelo MFC e na UPA), o único tratamento foi algum medicamento que</p>	NÃO ESPECIFICADO



	<p>não funcionou. A outra parte do tratamento que é muito importante foi omitida. Não consta nem um tipo de repouso do membro realizado por parte da paciente, por exemplo. Com isso, podemos interpretar que o tratamento de uma possível lesão de primeiro grau não teria sido prescrito da melhor forma, e por isso poderia-se inferir a persistência da dor por mais de 2 semanas, o que tornaria a pessoa mais suscetível a uma nova lesão bem como agravamento da lesão primária.</p> <p>Corroborando o argumento de que nessa pergunta poderia-se ter, ao menos, duas opções correta, os dados atinentes ao exame físico da articulação e pé afetados não foram citados, o que certamente constituiria um divisor de águas em relação à hipótese diagnóstica mais provável. Ainda, não foram citados dados de outros exames complementares de forma mais objetiva.</p>	
	<p>→Ruptura apenas de feixes esparsos de fibras do ligamento (distensão ligamentar ou lesão de primeiro grau). →Ruptura da parte mais esticada do ligamento, na ocasião do trauma, pela posição em que se encontrava a articulação (ruptura parcial ou lesão de segundo grau). →Ruptura completa dos ligamentos de um lado da articulação (lesão de terceiro grau). A entorse ou distorção de primeiro grau de uma articulação (distensão ligamentar) é acompanhada de lesão de poucos e pequeníssimos vasos, e apenas poucas terminações nervosas são atingidas. ou seja as duas resposta estaria correta, pois na verdade a paciente entrou caminhando no consultório e na verdade queria mesmo o atendimento devido a agressão física , a dor de leão de segundo e terceiro grau seria muito mais intensa e a mesma já teria que estar imobilizada e tratada pelo o especialista. poderia sim ter as lesões ocultas mas pela forma do vídeo continuaria sendo uma lesão de primeiro grau. questao com duas resposta correta. anulada.</p>	<p>NÃO ESPECIFICADO</p>
	<p>QUESTÃO 16:</p> <p>A referida questão deve ser anulada ou admitir-se o item B também com alternativa correta.</p> <p>Em GUSSO Tratado de Medicina de Família, 2ª Ed, Cap. 218, pagina 5637:</p>	<p>Em GUSSO Tratado de Medicina de Família, 2ª Ed, Cap. 218;</p> <p>Em Ducan, capitulo 127</p>





“Conduta Proposta – Lesões ligamentares; Lesão traumática mais frequente no mundo..”, “as entorses do tornozelo, por serem muito comuns, frequentemente são banalizadas tanto por pacientes quanto pelos serviços de saúde.”

Então, pelo raciocínio clínico, devemos pensar nas lesões ligamentares, completa ou de grau 1. Por ora descartemos fratura, pois na questão refere-se um Raio X feito em UPA que nada fala de fratura, mas “de um problema no tendão”. Algo mais que fala a favor de lesão ligamentar.

Na explicação da banca, um dos motivos para se desconsiderar a lesão de primeiro grau seria a dor intensa que o paciente “deveria” estar sentindo. No entanto, esqueceram que, na questão, a paciente não se contentou com atendimento do MFC e em seguida foi procurar a UPA com a dor como provável motivador. Bem como, o atendimento que ocorre na questão se passa pelo menos 2 semanas após o evento.

Segundo o GUSSO Tratado de Medicina de Família, 2ª Ed, Cap. 218, pagina 5637:

“lesões ligamentares agudas do tornozelo pode ser, ao leigo e a primeira vista, muito graves. Não raro, o edema e a dor são muito intensos, a equimose pode ocorrer rapidamente, o paciente fica ansioso e,...”.

Em Ducan, capítulo 127 diz:

“ A entorse ou distorção de primeiro grau de uma articulação (distensão ligamentar é acompanhada de lesão de poucos e pequeníssimos vasos e apenas poucas terminações nervosas são atingidas. Por isso produz dor inicial de curta duração, não acompanhada de aumento de volume ou perda funcional. Apenas algumas horas mais tarde a dor retorna e já há então um discreto aumento de volume e dor localizada a palpação ou ao forçar o movimento que produziu a lesão.”

Este trecho pode também explicar porque após o atendimento do MFC a paciente ainda procurou a UPA. A ansiedade da mesma ao ver que, no momento da consulta na Unidade básica de saúde estava “bem”, mas que horas depois, piora mesmo ao uso da medicação prescrita pelo médico. Em



nenhum momento se fala de perda funcional ou de edema no tornozelo. No vídeo a paciente chega andando e sem claudicação. A paciente nem queixa-se disso. Mas de dor, que aparentemente não é incapacitante.

Bem como, a consulta se passa duas semanas após o evento agudo. Tempo suficiente que, após provável uso de AINES prescrito pelo MFC da questão deva ter melhorado um pouco o aspecto do edema e dor referido, se a paciente fez uso correto das medicações e protegeu o membro contra novas lesões e o manteve em repouso adequado.

Possível tratamento conservador desta lesão em GUSSO Tratado de Medicina de Família, 2ª Ed, Cap. 218, pagina 5639”

“O tratamento inicial de uma lesão traumática fechada do tornozelo ou pé demanda a redução do processo inflamatório agudo. A sigla PRICE (protection, rest, ice, compression, elevation) orienta conduta. O uso de órtese removível para crioterapia ou bota gessada; muletas ou cadeira de rodas para evitar apoio no membro acometido;

Também em GUSSO, Tratado de Medicina de Família, 2ª Ed, capítulo 218, página 5638 referente a “falta de dor” :

“A causa responsável por essa alteração clínica é a perda de fibras aferentes nociceptivas, presentes nos ligamentos e na cápsula articular.”

O trecho acima refere-se a um possível mecanismo fisiopatológicos da dor em pacientes e lesão ligamentar e não sobre um diagnóstico em si. Não podendo ser aceito como embasamento para resposta da questão como colocado pela banca avaliadora, pois foi perguntado especificamente sobre hipótese diagnóstica.

Ainda na mesma página do mesmo livro, temos a seguinte afirmação sobre lesões ligamentares:

“Após alguns dias, o processo inflamatório diminui, e pode-se fazer um exame físico mais fidedigno.”

Ou seja, após 2 semanas, podemos inferir que a dor da paciente deve ter diminuindo um pouco, mas que



a paciente não achou uma melhora significativa ou que achava que não estaria sentindo mais nada aquela altura. Sendo assim a dor por si só não confiável o bastante para ser descartar uma possível lesão ligamentar, já que esta é uma experiência pessoal do paciente e este pode exagerar dizendo que a medicação “não serviu de nada” embora houvesse melhora ou simplesmente sem melhora ou piora.

Uma informação importante da questão é que a paciente, que é leiga, referiu que na UPA, após verem o RX disseram que “estou com um problema no tendão”. Ou seja, algo aparentemente detectável e sugestivo no Raio X, o que provavelmente não ocorreria se fosse apenas Lesão vascular ou neurológica periférica. Bem como sugere uma lesão de ligamento, podendo ser completa ou incompleta.

Ha confusão que se faz é a classificação da lesão referida na questão. ainda em GUSSO Tratado de Medicina de Família, 2ª Ed, Cap. 218, pagina 5637:

“Existem várias classificações distintas para as lesões ligamentares de complexo lateral do tornozelo. Uma delas divide os graus de lesão baseando-se no número de ligamentos envolvidos( grau 1: lesão do ligamento fíbulo-talar anterior; grau 2: lesão dos ligamentos fíbulo-talar anterior e fíbulo-calcaneano; grau 3: lesão dos ligamentos fíbulo-talar anterior, fíbulo-calcaneano e fíbulo-talar posterior); outra classificação divide os graus de lesão baseando-se na gravidade da lesão tecidual (grau 1: estiramento tecidual; grau 2 rotura tecidual parcial; rutura tecidual completa)”

Na alternativa B, não se discrimina quais dessas classificações está sendo utilizada, Mas se considerarmos que seria a segunda classificação, a Letra B e letra C, que é tida como verdadeira podem ser consideradas semelhantes.

Ainda sobre a permanência da dor após 2 semanas, no GUSSO Tratado de Medicina de Família, 2ª Ed, Cap. 218, pagina 5639:

“Analgésicos comuns à base de metamizol (dipirona) e acetaminofeno (paracetamol) são muito utilizados e podem ser associados a opiodes e derivados. Se associados a opioides e derivados. Se a dor não



	<p>aliviar em alguns dias, com a utilização correta das medicações e das orientações prescritas, o paciente deve ser reavaliado para possível lesão oculta que não foi diagnosticada previamente, em especial as lesões vasculares e neurológicas.”</p> <p>Aqui refere-se a um possível diagnóstico diferencial, mas que não invalida a lesão grau 1, até por ser a lesão mais prevalente e a paciente pode ter ambos associados ou ter uma lesão grau 1 que gerou consequências. Nem foi ao menos questionado pelo médico se as tomadas dos medicamentos estavam adequadas, se houve associação com opióides, se houve repouso do membro ou se as orientações necessárias foram feitas seguindo o protocolo PRICE já descrito anteriormente.</p> <p>Ou seja, a dor persistente pode ser causada por sequela de uma lesão da entorse por si só, como abordado no mesmo livro do GUSSO, página 5640:</p> <p>“A sequela de entorse do tornozelo pode ocorrer em até 20 a 40% dos pacientes, podendo apresentar instabilidade crônica com entorses de repetição e dor residual por lesão osteocondral, sobrecarga articular ou tendinosa.</p> <p>Diante de todo o exposto acima solicito anulação questão ou admitir-se o item B também como correto.</p>	
	<p>Questão: Conforme a história de Geni sobre o problema do tornozelo, qual a hipótese diagnóstica mais provável</p> <p>Resposta oficial: Lesões vasculares e neurológicas ocultas.</p> <p>“O entorse ou distorção de primeiro grau de uma articulação (distensão ligamentar) é acompanhada de lesão de poucos e pequeníssimos vasos, e apenas poucas terminações nervosas são atingidas. Por isso, produz dor inicial de curta</p>	<p>Referencia: Medicina Ambulatorial, Duncan, capítulo 127</p>



<p>duração, não acompanhada de aumento de volume nem perda funcional. Apenas algumas horas mais tarde, a dor retorna</p> <p>e já há, então, um discreto aumento de volume e dor localizada à palpação sobre o ligamento ou ao forçar o movimento</p> <p>que produziu a lesão.</p> <p>Como não há solução de continuidade do ligamento, essas medidas são suficientes para levar à cura sem sequelas,</p> <p>no prazo de 2 a 4 semanas. Não há necessidade de imobilização, sendo o tratamento funcional (imobilização que permita</p> <p>função do membro com parte do tratamento — braces) superior em relação à melhora clínica H.18 A elevação do membro</p> <p>e a aplicação de gelo, 15 a 20 minutos 3 a 4 vezes por dia, no</p> <p>primeiro e no segundo dia, diminuem a dor e o edema"</p> <p>Discussão: A paciente queixa de uma lesão compatível com entorse com provável distensão ligamentar ou lesão de primeiro grau. Como dito a cura ocorre sem sequelas, no prazo de 2 a 4 semanas. A paciente em questão realizou rx com descarte de fraturas e apresenta na descrição do caso apenas dor, sendo compatível com uma lesão de primeiro grau.</p>	
<b>Total de recursos enviados: 04</b>	

**Parecer:**

**Os recursos enviados sem bibliografia ou com base exclusivamente em referências bibliográficas diferentes do edital deste concurso foram desconsiderados.**

Em análise aos recursos apresentados e ao gabarito apresentado, esta banca apresenta o seguinte parecer:

A Alternativa a) está incorreta uma vez que foi descartada fratura óssea pela radiologia realizada na UPA à época da lesão.

A Alternativa b) foi considerada incorreta porque espera-se a melhora da dor e do processo inflamatório agudo em poucos dias, com o uso de analgésicos. Contudo, a questão não esclarece se houve orientação e seguimento de medidas não-farmacológicas, conforme consta na bibliografia desta prova.

Segundo Duncan, as rupturas ligamentares podem ser classificadas da seguinte forma:

“ → Ruptura apenas de feixes esparsos de fibras do ligamento (distensão ligamentar ou lesão de primeiro grau).

→ Ruptura da parte mais esticada do ligamento, na ocasião do trauma, pela posição em que se encontrava a articulação (ruptura parcial ou lesão de segundo grau).

→ Ruptura completa dos ligamentos de um lado da articulação (lesão de terceiro grau).

A entorse ou distorção de primeiro grau de uma articulação (distensão ligamentar) é acompanhada de lesão de poucos e pequeníssimos vasos, e apenas poucas terminações nervosas são atingidas. Por isso, produz dor inicial de curta duração, não acompanhada de aumento de volume nem perda funcional. Apenas algumas horas mais tarde, a dor retorna e já há, então, um discreto aumento de volume e dor localizada à palpação sobre o ligamento ou ao forçar o movimento que produziu a lesão.

O tratamento da entorse leve de tornozelo, como na contusão articular, baseia-se na proteção da articulação para evitar novos traumas, no repouso relativo, na aplicação de gelo, na contenção compressiva elástica que restrinja os movimentos e na elevação do membro afetado (em inglês, PRICE – protection, rest, ice, compression, elevation). Como não há solução de continuidade do ligamento, essas medidas são suficientes para levar à cura sem sequelas, no prazo de 2 a 4 semanas (a pessoa em questão ainda está no prazo esperado para melhora do quadro). Não há necessidade de imobilização, sendo o tratamento funcional (imobilização que permita função do membro com parte do tratamento) superior em relação à melhora clínica. A elevação do membro e a aplicação de gelo, 15 a 20 minutos 3 a 4 vezes por dia, no primeiro e no segundo dia, diminuem a dor e o edema.”

Não há clareza se a pessoa seguiu alguma recomendação que protegesse o membro afetado de novas lesões, mantendo ou até mesmo agravando o quadro, o que justificaria a manutenção da dor.



A alternativa c) foi considerado como a correta pelo gabarito oficial com a seguinte argumentação: Caso não haja alívio da dor, (a paciente refere que não houve melhora em duas semanas), a paciente deve ser reavaliada para possível lesão oculta que não foi diagnosticada previamente, em especial lesões vasculares e neurológicas, um dos prováveis diagnósticos neste caso.

A alternativa d) está incorreta porque uma rotura completa dos ligamentos, apesar da gravidade, podem se apresentar sem dor importante, e a paciente relatava que sua dor persistia e procurou o atendimento por causa desta dor.

Esclarece-se que, baseado na bibliografia deste concurso (Duncan, 2013), “na entorse de terceiro grau (ruptura completa de ligamento), todos os feixes do ligamento estão rompidos de forma mais ou menos irregular, e as pontas podem estar dobradas sobre si mesmas, criando uma diástase na fenda articular que não se desfaz mesmo na posição de relaxamento do ligamento. Ocorre dor intensa no momento da lesão e, com frequência, o paciente percebe um ruído de rasgamento. Depois, há alívio da dor porque, estando rompidos os filetes nervosos, cessa a condução de sensibilidade dolorosa e proprioceptiva. A ruptura de vasos maiores, que sempre acompanha a lesão, leva à formação imediata de hematoma e, posteriormente, de sufusões extensas a jusante. Visto que a cápsula está aberta de um lado da articulação, não há derrame articular, como é comum na entorse de segundo grau”.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda o deferimento dos recursos e a adição ao gabarito da alternativa b). Assim, a questão tem duas alternativas corretas (b e c).

### **Bibliografia:**

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo 218. Pág. 5628 a 5661

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 127

### **QUESTÃO 17**

#### **Recursos**

<b>Alteração de gabarito</b>		
<b>Nº</b>	<b>Argumentação do candidato</b>	<b>Bibliografia utilizada na argumentação</b>
01	Pelas informações dadas na questão e pela história só podemos falar que tem tireotoxicose e bócio nodular. Mas não dá para fechar diagnóstico etiológico e instituir	<b>NÃO ESPECIFICADO</b>



	<p>tratamento. Precisa dosar TRAB se der positivo é Graves com nódulo não funcionante. Se der negativo uma cintilografia confirmará se o nódulo é hiperfuncionante. Não se trata nódulo hiperfuncionante com antitireoidiano, logo não podemos instituir o tratamento com antitireoidiano sem essas informações, além de que para iniciar o tratamento com medicação é necessário solicitar alguns exames para avaliar os riscos e contraindicações e na questão não é citado qual medicamento foi utilizado, logo não há gabarito correto, solicito anulação da questão, segue em anexo as justificativas. Grato!</p>	
	<p>A QUESTÃO NAO APRESENTA EM NENHUM MOMENTO SINAIS E SINTOMAS QUE EVIDENCIEM QUADRRO CLÍNICO QUE LEVEM O CANDIDADO A PENSAR EM TIREOTOXICOSE , O QUE POR EXCLUSÃO LEVARIA A PENSAR EM NODULO HIPERFUNCIONANTE. DE ACORDO COM GUSSO 2019 P. 1546,1547 OS SINAIS MAIS COMUNS DE TIREOTOXICOSE SAO HIPERATIVIDADE , PALPITACAO CANSAÇO FRAQUEZA , PERDA PESO COM AMENTO APÉTITE DIARREIA POLIURIA OLIGOMENORREIA PERDA DA LIBIDO , A PACIENTE NO CASO ESTAVA COM DOR NA REGIÃO TORNOZELO, O QUE PODERIA JUSTIFICAR SEU NERVOSISMO ERA O QUADRO DE DOR, O CASO NÃO TROUXE NENHUM DADO DE SINAIS VITAIS PARA PODERMOS PENSAR EM UM QUADRO CLASSICO DE TIREOTOXICOSE, ALÉM DISSO, CONFORME O MESMO AUTOR A CONFIRMAÇÃO DIAGNOSTICA SE FAZ PELA DOSAGEM DE TSH E HT GERALMENTE T4L , O QUE NÃO SE APRESENTOU NO CASO EM QUESTÃO.</p> <p>ASSIM, SOLICITO REVISÃO OU CANCELAMENTO DA QUESTÃO</p>	<p>GUSSO 2019 P. 1546,1547</p>
	<p>QUESTÃO 17:</p> <p>QUESTÃO 17 Conforme a história apresentada, no referente ao diagnóstico e à conduta, escolha a alternativa que contenha um possível raciocínio do médico, frente à avaliação da tireóide da paciente. A - Tireotoxicose, causada por bócio nodular, com hormônio tireoideano elevado, justificando o início do tratamento do hipertireoidismo e encaminhamento para investigação do nódulo. B - Tireotoxicose, causada por bócio nodular, com hormônio tireoideano suprimido, não sendo justificado iniciar tratamento, pois o mesmo</p>	<p>GUSSO Tratado de Medicina de Família, 2ª Ed, Cap. 179, página 4640</p>



depende da investigação do nódulo. C - Nódulo hiperfuncionante, causando hipertireoidismo, justificando tratamento para redução do nódulo em curto prazo e remissão total em longo prazo, com encaminhamento à endocrinologista para acompanhar sua remissão. D - Tireotoxicose, causada por bócio nodular e hormônio tireoideano elevado, justificando tratamento na APS, sem necessidade de encaminhamento para especialista, tendo em vista a prevenção quaternária. LETRA A CONSIDERADA A ALTERNATIVA CORRETA PELO GABARITO OFICIAL

A questão 17 deve ser anulada em virtude de não haver alternativa correta, pois vejamos:

Conforme, GUSSO Tratado de Medicina de Família, 2ª Ed, Cap. 179, página 4640:

Tireotoxicose e hipertireoidismo, na literatura, são termos que “podem” ser empregados como sinônimos, porém, “conceitualmente”, o primeiro se refere ao quadro clínico decorrentes da exposição dos tecidos-alvo ao excesso de hormônios tireoidianos e, o segundo, se refere ao aumento da produção de hormônios pela tireóide. Portanto o autor não trata os termos mencionados como sinônimos.

Ainda conforme Gusso, quadro 179.6 – Sintomas mais comuns nos quadros de tireotoxicose são: irritabilidade/nervosismo, hiperatividade; intolerância ao calor, sudorese excessiva; palpitação; cansaço, fraqueza; perda de peso com aumento do apetite; diarreia; poliúria; oligomenorreia, perda da libido. E, ainda, os sintomas “clássicos” de tireotoxicose são: hiperatividade, perda de peso, sudorese excessiva, irritabilidade e palpitações. Portanto na descrição do vídeo 04 (exibido para as questões de 16 a 20) não há relato de uma descrição “clássica” do quadro de tireotoxicose e nem dos sintomas “mais comuns” dessa condição. Portanto, conforme conceitualmente definido pelo autor, não há que se falar em TIREOTOXICOSE (não há descrição desse quadro sintomático na descrição do vídeo), devendo ser anulada essa questão 17.

Em segundo lugar, ainda conforme GUSSO, página 4651:



	<p>“A dosagem de TSH sanguíneo deve ser realizada em todas as pessoas com nódulo &gt; 1 cm. A grande maioria das pessoas com neoplasia maligna da tireoide é eutiróideia. Nas situações em que há diminuição de TSH, o que sugere hipertireoidismo, ainda que seja subclínico, é necessário solicitar cintilografia de tireoide, preferencialmente com iodo radiativo, para determinar se o nódulo é hiperfuncionante.”</p> <p>Portanto, não há necessidade neste primeiro momento de encaminhar o paciente para especialista, visto que a solicitação de uma CINTILOGRIA DE TIREOIDE é uma conduta cabível ao MFC.</p> <p>Outro ponto a se salientar é que o paciente referido na questão não realizou exames laboratoriais de T3 e T4L, não apresenta o valor do TSH e também não apresenta dados clínicos para inferir TIREOTOXICOSE. Portanto, o mesmo poderia apresentar apenas hipertireoidismo subclínico e, conforme GUSSO Tratado de Medicina de Família. 2ª Ed, Cap. 179, página 4649:</p> <p>“O tratamento do hipertireoidismo subclínico, ainda que controverso, encontra consenso entre os especialistas nas seguintes situações: idosos (&gt; 60-65 anos) ou mulheres na pós-menopausa que não estejam em reposição hormonal ou em uso de bifosfonatos, pacientes com evidência de doença cardíaca (p. ex., fibrilação atrial recente, IC, DAC), indivíduos com osteoporose e pessoas que possuam dosagem de TSH inferior a 0,1 mUI/L.”.</p> <p>Diante do exposto, não é possível achar um raciocínio clínico para o caso em questão, devendo ser anulada.</p>	
	<p>Concordo com a justificativa de necessidade de investigação de malignidade frente a um nódulo tireoideano, porém, diante das informações disponíveis na transcrição do vídeo e no enunciado da questão, não se pode afirmar que trata-se de bócio. A terminologia mais abrangente "nódulo hiperfuncionante" seria mais adequada, podendo corresponder a um bócio uninodular tóxico ou a um adenoma tóxico. A alternativa divulgada como correta, letra "A", além de considerar</p>	<p>Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ª edição, capítulo 179</p>



	<p>bócio nodular, presume tireotoxicose com hormônio tireoideano aumentado. Tendo em vista que não há relato de sinais e sintomas (fora o nódulo supostamente hiperfuncionante pela supressão do TSH) de tireotoxicose no caso clínico e que a levotiroxina (T4 livre) não foi mensurada, não poderiam ser feitas tais afirmações, podendo tratar-se de um hipertireoidismo subclínico com nódulo tireoideano a esclarecer. Ademais, mesmo com o TSH - hormônio hipofisário - suprimido, e mesmo que houvesse sintomas de tireotoxicose, o T4 livre poderia estar dentro dos limites da normalidade. O adenoma tóxico é menos comum do que o bócio nodular tóxico como causa de hipertireoidismo, entretanto, o segundo é mais prevalente em mulheres a partir de 60 anos, e o caso em questão é de uma mulher de 42 anos. Há realmente indicação de encaminhamento à especialidade para estudo do nódulo, com cintilografia e/ou PAAF, e não necessariamente para monitoramento de tratamento medicamentoso para o hipertireoidismo, cuja indicação é controversa diante da indefinição de bócio ou adenoma neste caso. Minha interpretação foi baseada na mesma bibliografia citada no comentário do gabarito, Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ª edição, capítulo 179. Deste modo, sugiro revisão da questão com possibilidade de considerar a alternativa da letra "C" como também correta, ou até mesmo anulação, de acordo com avaliação da banca.</p>	
<b>4 Anulações</b>		
<b>Total de recursos enviados: 04</b>		

#### Parecer:

Trata-se de uma questão de base conceitual. Assim, frente à detecção de um nódulo de tireóide, o desafio encontrado pelo médico de família e comunidade é excluir neoplasia maligna, pois de 5 a 10% dos nódulos de tireóide são carcinomas de tireóide. Desta forma, se faz necessário encaminhamento para investigação do nódulo (por cintilografia de tireoide para estabelecer o diagnóstico diferencial) e verificar a necessidade de se realizar PAAF. O tratamento medicamentoso prescrito tem como objetivo a compensação do hipertireoidismo, até que se tome a conduta definitiva, depois de realizada a investigação do nódulo. Exatamente o que a alternativa a) retrata. Perceba que a expressão “encaminhar” nesse caso não se refere à “referência a um especialista focal”, mas sim ao encaminhamento à realização de exames complementares.

A alternativa b) está errada pois tireotoxicose (ou hipertireoidismo) apresenta-se com TSH suprimido e hormônio tireoidiano elevado, e a alternativa b) é posta com hormônio tireoidiano suprimido; a c) está errada pois o tratamento não tem como objetivo a remissão do nódulo e nem o encaminhamento é para acompanhar esta remissão; já a d) está errada pois nódulo de tireóide necessita de investigação e não haverá como o tratamento do mesmo ficar restrito a APS.

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

### Bibliografia:

Referência: SILVA, S.A; MACIEL, L. M. Z; MAGALHÃES, P.K.R. Problemas de tireoide. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.). Tratado de Medicina de Família. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, v2., 2019. Cap. 179. Pág. 4628 a 4659.

### QUESTÃO 19

#### Recursos

Alteração de gabarito		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Analisando o vídeo de número 4, que orientava a análise da questão 19 da prova, temos os seguintes comentários:</p> <p>Inicialmente que o médico ficou SIM bastante incomodado ao perceber que, DE FATO, a paciente NÃO buscava ajuda para a situação de violência que estava sofrendo. Sem titubear e sem informar à paciente, saiu do consultório e retornou, acompanhado da enfermeira e da Agente Comunitária de Saúde da equipe, com o objetivo de acolherem a paciente e darem início à resolução do problema.</p> <p>No que diz respeito ao sigilo em razão do ofício, de acordo com o Tratado de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC/Artmed, na página 707, temos que: “Em primeiro lugar, é necessário garantir e reforçar a privacidade e o sigilo, incluindo a necessidade, EM ALGUNS CASOS, de que agentes comunitários ou outros profissionais moradores da comunidade sejam</p>	<p>Tratado de Medicina de Família e Comunidade Seção VII, Capítulo 82 (Abordagem à Violência Doméstica).</p> <p>Tratado de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC/Artmed, página 707</p>





poupados do conhecimento de todas as informações relatadas”. GRIFO NOSSO.

Ainda no mesmo tratado, temos que “os casos de violência devem ser julgados, e a atribuição de autoria e a respectiva punição, que é realizada no setor judiciário, podem ser importantes, inclusive nas repercussões do caso para a saúde dos envolvidos”.

Diz que “os riscos envolvidos no caso precisam ser ativamente buscados, como homicídio, suicídio e a agressão a crianças e idosos, deixando claras as responsabilidades de pais, responsáveis, MÉDICOS E SERVIÇOS DE SAÚDE”. GRIFO NOSSO.

Diante de todos esses argumentos, o tratado, referência para a prova de título, ainda na página 707, traz que “é necessário ter tempo, ao menos 15 a 20 minutos, e muitas vezes a abordagem precisará ser dividida em diversas consultas, OU COM OUTROS PROFISSIONAIS DA UNIDADE/EQUIPE (como fez o médico, questionando-se apenas e tão somente que o mesmo não comunicou a paciente que faria tal procedimento) com a qual a pessoa tenha ou forme vínculo”. GRIFO NOSSO.

Feitas essas considerações iniciais, trataremos da questão 19 da prova:

A. Não poderia ser essa a resposta correta porque, inicialmente, caso o médico não a tivesse inquerido a respeito do motivo de estar usando óculos escuros, ela não teria relatado a violência que sofreu, ou vinha sofrendo. Notadamente, a paciente ou não estaria dando a real importância à situação e aos riscos que estava sofrendo ou estava subjugada pelo agressor. Ou seja, a abordagem, necessariamente deve ser imediata e multidisciplinar, além de LEGALMENTE necessária. Nesse contexto, a resposta mais coerente é que a conduta teria sido equivocada porque o médico não se aprofundou no assunto (violência doméstica) e não comunicou devidamente à paciente o que faria (acionar os



recursos necessários e suficientes para que ela fosse protegida pelo Estado).

B. Essa resposta, apesar de ter sido considerada correta pela comissão de prova, **NA REALIDADE NÃO ESTÁ**. A conduta do médico foi sim equivocada, mas não por ele ter abusado da confiança dela, até porque a confiança em relação à informação sobre a violência sofrida não existia. Caso existisse a paciente não teria entrado tentando ocultar a lesão com seus óculos escuros, ou mesmo teria falado sobre diversas outras queixas, que não a violência sofrida. Até o contrário, essa atitude, torna a intervenção necessária com fins a evitar possíveis piores desfechos (morte, por exemplo), **CONFORME DEPREENDE-SE DOS ARGUMENTOS DESTACADOS ACIMA, CONSTANTES NA PÁGINA 707 DO TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – SBMFC/Artmed.**

Quanto ao sigilo, **TODOS** os funcionários da USF são adstritos ao sigilo em razão da função, não podendo ser alegada a quebra de sigilo.

Aliás, segundo Genival Veloso França, em sua obra “Direito Médico”, 15ª edição, 2019, para caracterização de quebra de sigilo, faz-se necessário considerar 3 pontos:

- 1 – Existência de um segredo (OK);
- 2 - Conhecer um segredo em razão de função, ofício, ministério ou profissão (OK);
- 3 – Ausência de justa causa.

Afinal de contas, não existia um motivo justo para autorizar o não cumprimento deste preceito?

Respondo: SIM existia, ainda fazendo uso da inteligência do importante doutrinador Genival Veloso França, na obra anteriormente citada, “o conceito de justa causa confunde-se com a noção do bem e do útil social, quando capazes de legitimar um ato proibido”. Continua, dizendo: “fica entendida a justa causa como o interesse de ordem política ou social que



autorize o não cumprimento do sigilo, mesmo sabendo-se que em tese essa violação corresponde ao constrangimento de uma conquista da liberdade individual... e há que se entender que esse conceito (do sigilo) é relativo, pois o que se protege não é a vontade caprichosa e exclusiva de cada um isoladamente, mas A TUTELA DO BEM COMUM, DOS INTERESSES DE ORDEM PÚBLICA E O EQUILÍBRIO SOCIAL”.

Nesse contexto, a resposta mais coerente é que a conduta teria sido sim equivocada, MAS NÃO POR QUEBRA DE CONFIANÇA (QUE NÃO HAVIA), NEM POR QUEBRA DE SIGILO (PORQUE A QUEBRA É JUSTIFICÁVEL AO JULGAR QUE A PROTEGE DE UM POSSÍVEL DANO MAIOR) e até porque a quebra é NECESSÁRIA, E ATENDE À LEI 13.931/2019, mas porque o médico não se aprofundou no assunto (violência doméstica) e não comunicou devidamente à paciente o que faria (acionar os recursos necessários e suficientes para que ela fosse protegida pelo Estado).

C. Não se pode considerar essa questão como correta, mesmo sendo um caso passível de quebra de sigilo em razão do ofício, porque, mesmo assim, diante da situação, tentar vincular a paciente, de forma que ela não agisse como fez, ocultando seu problema, mas ao contrário, fazer com que a USF seja um “porto seguro para a comunidade”. Nesse sentido, a atitude do médico foi EQUIVOCADA porque ele não se aprofundou no assunto (violência doméstica) e não comunicou devidamente à paciente o que faria (acionar os recursos necessários e suficientes para que ela fosse protegida pelo Estado).

D. ESSA QUESTÃO TEM A RESPOSTA MAIS ADEQUADA JÁ QUE TRADUZ QUE O MÉDICO SIM, EQUIVOCOU-SE, MAS AO NÃO COMPARTILHAR COM A PACIENTE A SUA DECISÃO DE NOTIFICAR A VIOLÊNCIA SOFRIDA POR ELA, ANTES DE ACIONAR A EQUIPE. Fundamentação na página 707 do TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E



	COMUNIDADE SBMFC/Artmed, conforme disposto acima.	
2	<p>A questão B e D falam a mesma coisa de modo diferente</p> <p>Não compartilhar a decisão sobre notificação de violência com paciente antes de notificar a equipe é abuso de confiança e desrespeito do direito sigilo e privacidade</p>	Gusso 2ª edição
3	<p>questão 19: ALÉM DA QUESTÃO D QUE MOSTRA QUE O TRATAMENTO É CORRETO COM BENZONIDAZOL, VERIFICO QUE ALTERNATIVA A TAMBÉM ESTA CORRETA QUE A PRINCIPAL FORMA DE TRANSMISSÃO DA DOENÇA DE CHAGAS É VETORIAL QUE CONDIZ COM O CAPITULO 259 DO LIVRO DE TRATADO DE MEDICINA DA FAMILIA PAGINA 6783 AONDE RELATA QUE A PRATICA DA ESF OPORTUNIZA O DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO DA PRESENÇA DE BARBEIRO E NA PAGINA 6753 AONDE RELATA QUE O PERFIL BÁSICO DA PESSOA INFECTADA EM NOSSO PAIS É DE UM ADULTO DE MEIA IDADE OU ACIMA, POBRE E DE ORIGEM RURAL. OS POUCOS A TRANSMISSÃO VEM SENDO CONTROLADA, PORÉM A ALTERNATIVA NÃO ESTA INCORRETA POR MOSTRAR QUE ESTE MEIO É A PRINCIPAL FORMA DE TRANSMISSÃO. PORÉM DEPENDE DA LOCALIDADE DA REGIÃO.</p> <p>CONSIDERAR ALTERNATIVA 3 A e D</p>	Refêrencia: GUSSO, GUSTAVO; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Famillia e Comunidade; Princípios , Formação e Pratica. Porto Alegre; ARTMED, 2019,pagina 6753 Capítulo 259.



4	<p>-Questão 19</p> <p>Creio que uma ação deriva à outra e as 2 deveriam ser aceitas por tanto. Vejam como ficaria:</p> <p>D - Foi equivocada, pois não compartilhou a decisão sobre a notificação da violência com a paciente, antes de acionar a equipe. (chegando-se a conclusão que:) B - o médico abusou da confiança a ele conferida e não respeitou o direito ao sigilo e à privacidade da paciente.</p>	NÃO ESPECIFICADO
<b>1 MUDANÇA DE GABARITO; 2 ADIÇÃO DE ALTERNATIVA; 1 FUGA AO TEMA</b>		
<b>Total de recursos enviados: 04</b>		

#### **Bibliografia:**

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L. B. Abordagem à violência doméstica. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.). Tratado de Medicina de Família. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, v2., 2019. Cap. 82. Pág. 2132 a 2156.

#### **Parecer:**

Dois candidatos entraram com recursos considerando a alternativa D como correta, um deles solicitando mudança de gabarito e o outro solicita a adição da alternativa D como correta.

Na técnica da conversa na abordagem da pessoa em situação de violência, o sigilo e a privacidade devem ser respeitados, uma vez que o sigilo médico é uma premissa da profissão regida pelo código de ética médica e independe do estabelecimento de vínculo e confiança da pessoa para com o profissional assistente. Em suma, é um DEVER profissional regido por códigos de ética profissional (não só médico, mas de outras profissões). Assim, o ato de compartilhar a decisão de envolver outros membros da equipe no cuidado da pessoa vítima de violência é essencial na abordagem clínica da pessoa em situação de violência. A pessoa deve sentir-se segura em relação a todos que serão envolvidos no seu cuidado e deve saber previamente quem serão as pessoas envolvidas.

Acionar a rede de proteção é fundamental, nestes casos, mas compartilhar a decisão com a vítima é essencial.

A alternativa d) está incorreta porque a notificação de casos de violência é obrigatória e não depende do compartilhamento de decisão com a pessoa ou a equipe. Deve-se entender que notificação é diferente de abordagem compartilhada. Notificação de violência é um registro obrigatório e deve ser feito via SINAN (LEI Nº 13.931, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019: Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher).

Um dos recursos não diz respeito ao tema da questão e por isso foi desconsiderado.

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

## QUESTÃO 24

### Recursos

Solicita mudança de gabarito		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	A questão 24 cita como correta a letra B, onde o médico diante um quadro de relação desprotegida há 2 dias com teste de gravidez rapido negativo deveria fazer anticoncepção de emergencia, uso de miconazol e diu de cobre. Temos que ressaltar que não estando grávida, o melhor metodo para pacientes que não fazem uso regular de pilula combinada é anticoncepcional progestágeno injetável e em se tratando de colpíte fungica, como é o quadro clínico, o uso de nistatina é bem apropriado. Importante ressaltar que o DIU só pode ser inserido depois que a infecção genital for resolvida, pois levaria patógenos para uetro podendo causar endometrite, abscesso, doença inflamatória pélvica. Como a paciente tem relação sem preservativo, é perigoso usar o DIU, pois o fio do Diu é meio de condução das bactérias, preferindo usar em pacientes sem colpites e com relacionamento estável.	<a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-827171#:~:text=H%C3%A1%20uma%20associa%C3%A7%C3%A3o%20entre%20o,usu%C3%A1rias%20de%20DIU%20de%20cobre.">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-827171#:~:text=H%C3%A1%20uma%20associa%C3%A7%C3%A3o%20entre%20o,usu%C3%A1rias%20de%20DIU%20de%20cobre.</a>  <a href="http://www.dst.uff.br/revista17-1-2005/avaliacaomicrobiologica.pdf">http://www.dst.uff.br/revista17-1-2005/avaliacaomicrobiologica.pdf</a>



--	--	--

**Parecer:** O recurso é inválido pois é baseado em referências bibliográficas não mencionadas em nosso edital. Baseados no artigo abaixo do edital recomendamos o indeferimento do recurso.

Artigo 59º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso Atual, do site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)), com data de preenchimento até 3 (três) dias após a divulgação do gabarito. Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet, inclusive as instruções de validação do recurso, não cabendo novo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação e Certificação.

## QUESTÃO 25

### Recursos

Solicita mudança de gabarito		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	As ações preventivas como componente da consulta, devem ser desenvolvidas de forma criativa, não se revestindo de um caráter inquisitivo, portanto a alternativa A também pode ser considerada correta.	Não cita referências bibliográficas

**Parecer:** O recurso é inválido pois o candidato não cita referências bibliográficas conforme estipulado pelo edital. Baseados no artigo abaixo do edital recomendamos o indeferimento do recurso.

Artigo 59º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso Atual, do site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)), com data de preenchimento até 3 (três) dias após a divulgação do gabarito. Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet, inclusive as instruções de validação do recurso, não cabendo novo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação e Certificação.

## QUESTÃO 26

## Recursos

<b>Alteração de gabarito</b>		
<b>Nº</b>	<b>Argumentação do candidato</b>	<b>Bibliografia utilizada na argumentação</b>
01	COMO DESCRITO NO TEXTO, A PACIENTE NÃO OBTEVE DIMINUIÇÃO DE 2 DILUIÇÕES NA TITULAÇÃO E SIM DE APENAS 1 (1:32 1:16 1:16) NOS 3 MESES DE ACOMPANHAMENTO RELATADO, SENDO, COMO O PRÓPRIO GABARITO COMENTADO DESTE (PÁGINA 18) - EM ANEXO -, INDICATIVO DE INSUCESSO NO TRATAMENTO. LOGO, DEVERIA-SE RETRATAR A PACIENTE COM TRATAMENTO COMPLETO - RESPOSTA CORRETA LETRA A.	NÃO ESPECIFICADO
<b>1 MUDANÇA DE GABARITO</b>		
<b>Total de recursos enviados: 01</b>		

## Parecer:

No caso descrito, o intervalo entre a primeira titulação e a última realizada é de 2 meses apenas e não de 3 meses (primeira amostra = início do tratamento; segunda amostra = 30 dias após o início do tratamento; terceira amostra = 60 dias após o início do tratamento). Segundo a bibliografia do concurso, indica-se como sucesso de tratamento a diminuição de 2 diluições em 3 meses e de 3 diluições em 6 meses. Não há, neste caso, como avaliar se houve insucesso no tratamento, ainda. Por isso a alternativa a) está incorreta.

De qualquer forma, segundo o último PCDT publicado pelo ministério da saúde (BRASIL, 2019), apesar de não fazer parte da bibliografia recomendada, vale a seguinte citação de atualização:

“São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde: › Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32); OU › Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16); OU Sífilis adquirida › Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos

O monitoramento mensal das gestantes e da população geral aos três e aos nove meses não tem o intuito de avaliar queda da titulação, mas principalmente descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais.”

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

### Bibliografia:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. Capítulo 140

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 44

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019

### QUESTÃO 27

#### Recursos

Solicita mudança de gabarito		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	O DIU deve ser inserido, se a mulher desejar, durante a sua permanência no hospital. O momento mais indicado para a colocação é logo após a expulsão da placenta. Porém, pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto. Passado este período deve-se aguardar, pelo menos, 4 (quatro) semanas.	GRIMES, D. A; LOPEZ, L. M; SCHULZ, K. F.; VAN VLIET HAAM STANWOOD, N. L. Inserção pós-parto imediato de intra-uterino dispositivos. Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas 2010, Issue 5. Art.N: CD003036.DOI:



	<p>Revisão sistemática realizada nas principais bases de dados examinou 15 artigos relacionados a inserção de DIU de cobre dentro do período pós-parto em comparação com outros intervalos de tempo ou outra comparação de inserção pós-parto. Não foram identificados estudos de DIU com levonorgestrel. A inserção imediata do DIU (dentro de 10 min da dequitação da placenta) era segura quando comparada com a inserção no puerpério mais tardio. A inserção imediata demonstrou taxas de expulsão menores quando comparados com inserção pós-parto tardia. A inserção imediata após o parto cesáreo demonstrou taxas de expulsão mais baixas do que a inserção imediata após o parto vaginal.</p> <p>Outro estudo randomizado, em que foram realizadas a inserção pós-parto imediata e tardia, demonstrou que os insucessos não foram influenciados pelo momento de inserção, nem pela dilatação cervical, tampouco pela distância entre o ápice do DIU e o fundo da cavidade uterina, avaliada por ultrassonografia, não havendo diferença estatisticamente significativa entre as taxas comparadas.</p>	10.1002 / 14651858.CD003036.pub2.
--	---	--------------------------------------

**Parecer:** O recurso é inválido pois é baseado em referências bibliográficas não mencionadas em nosso edital. Baseados no artigo abaixo do edital recomendamos o indeferimento do recurso.

Artigo 59º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso Atual, do site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)), com data de preenchimento até 3 (três) dias após a divulgação do gabarito. Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet, inclusive as instruções de validação do recurso, não cabendo novo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação e Certificação.

### **QUESTÃO 30**

#### **Recursos**

**Solicita mudança de gabarito para B e C corretas**

Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Opinião: O verbo convocar, nos dicionários, é sinônimo de convidar, da mesma forma que é sinônimo de intimar, o que pode ser interpretado com ambivalência. Espera-se de uma prova que avalie o conhecimento das diversas formas de abordagem familiar, conforme bibliografia recomendada tratado de medicina de família e comunidade, capítulo 35. Uma abordagem familiar, trazendo os envolvidos da rede de apoio para ajuda à puépera “Está muito pesado, tudo em cima de mim, doutor...” seria a ação prática mais efetiva no momento. Acredito ser exagerado eliminar essa opção de resposta levando em conta apenas a interpretação de um verbo da língua portuguesa. Considero que as opções de respostas B e C deveriam ser consideradas corretas.</p>	<p>Tratado de Medicina de Família e Comunidade, capítulo 35</p>

**Parecer:**

No caso clínico da questão foram dados elementos que demonstram uma relação fragilizada no relacionamento entre a paciente e seu marido. A entrevista familiar deve ser pautada em uma relação de respeito e empatia. A palavra convocação na assertiva, além do momento em que a paciente vive não indicam a entrevista familiar como alternativa. Além disso o ecomapa é também um instrumento de avaliação familiar, por meio de uma representação gráfica, que identifica todos os sistemas envolvidos e relacionados com a pessoa, com a família em questão e o meio onde vivem. Inicialmente, foi desenvolvido como ferramenta facilitadora do trabalho de assistentes sociais com famílias com problemas, mas é um excelente instrumento que resume uma grande quantidade de informações e facilita a visualização de áreas que podem ser exploradas para melhorar o sistema social de apoio por toda a equipe de saúde. Esse mapa é uma forma de registro de rede social, do momento a que se refere o informante na consulta. Ninho vazio é quando os filhos saem de casa.

Bibliografia: Tratado cap 35 e 41 e Duncan Cap 10.

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

**QUESTÃO 37**

## Recursos

Solicita mudança de gabarito		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Minha resposta foi letra D. Sendo a coriza purulenta (catarro amarelado) e a 4 dias, ao meu ver estaria indicada a antibioticoterapia e tratamento sintomático.	Não colocou referência.

**Parecer:** O recurso é inválido pois o candidato não cita referências bibliográficas conforme estipulado pelo edital. Baseados no artigo abaixo do edital recomendamos o indeferimento do recurso.

Artigo 59º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso Atual, do site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)), com data de preenchimento até 3 (três) dias após a divulgação do gabarito. Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet, inclusive as instruções de validação do recurso, não cabendo novo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação e Certificação.

## QUESTÃO 38

## Recursos

Solicita anulação da questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Segundo Gusso, 2019, "A deficiência de zinco, assim como o uso de algumas medicações ototóxicas (p. ex., ácido acetilsalicílico [AAS], anti-inflamatórios não esteroides [AINEs], aminoglicosídeos), também podem estar relacionadas ao zumbido. Ainda que sejam citadas as medicações como exemplos, o Enalapril também pode causar o efeito ototóxico, como Gusso em seu texto fala em "por exemplo" e não únicas medicações que podem causar o zumbido, sendo assim, não se pode excluir o Enalapril, ainda que seja um	<a href="https://consultaremedios.com.br/maleato-de-enalapril/bula.amp">https://consultaremedios.com.br/maleato-de-enalapril/bula.amp</a>

	<p>efeito mais raro (conforme própria bula do medicamento) Não se pode também desconsiderar o conhecimento médico sobre a farmacologia, ainda que não indicado nas referências bibliográficas do exame para titulação. Segue trecho da bula do fármaco Enalapril "...Outros: impotência, rubor (vermelhidão repentina da pele, principalmente no rosto, pescoço e parte superior do tórax), alteração do paladar, visão embaçada, glossite e zumbido.". Desconsiderar o conhecimento que o médico de família necessita ter sobre medicação de uso amplo é comum nas unidades, premia o profissional que não busca sempre a excelência para seu paciente. <a href="https://consultaremedios.com.br/maleato-de-enalapril/bula.amp">https://consultaremedios.com.br/maleato-de-enalapril/bula.amp</a></p>	
--	--	--

**Parecer:** O recurso é inválido pois é baseado em referências bibliográficas não mencionadas em nosso edital. Baseados no artigo abaixo do edital recomendamos o indeferimento do recurso.

Artigo 59º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso Atual, do site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)), com data de preenchimento até 3 (três) dias após a divulgação do gabarito. Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet, inclusive as instruções de validação do recurso, não cabendo novo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação e Certificação.

## QUESTÃO 46

### Recursos válidos

Anulação		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Trata-se de um caso de uma paciente com HAS e DM2, evoluindo com insuficiência renal estágio 3 b. Segundo Gusso, pag 4611, cap 178, pacientes com clearance de creatinina entre 30-60 ml/min e sem fatores de risco para acidose láctica podem fazer uso de metformina. Pacientes com clearance menor que 30ml/ min, devem suspender o uso de metformina devido</p>	<p>. GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.). Tratado de Medicina de Família. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, v2., 2019. Cap. 147. Pág. 3722.</p> <p>. GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.).</p>





	<p>aumento do potencial de acarretar acidose láctica. Gusso ainda refere , pag 3722, cap. 178, sobre o ajuste de dose de certos medicamentos quando ocorre diminuição da função renal ( gestão da clínica). Certos medicamentos que são excretados principalmente por via renal devem ter ajuste da dose como é o caso de certos antibióticos e dos antidiabéticos orais como a metformina. Assim, como a paciente apresenta um clearance de 32 ml/ min , pode-se manter o uso regular de metformina, no entanto com ajuste da dose ( não sendo necessário ajustar enalapril e nem a glicazida). Há a necessidade de realizar uma nova receita com o ajuste dessas doses. Assim, a alternativa A, para se considerar correta, deveria mencionar: manter os medicamentos com ajuste da dose de metformina , pois a TFG é maior que 30 ( ou seja, não se suspende e nem mantém na mesma dose). As alternativas B,C e D também estão incorretas.</p>	<p>Tratado de Medicina de Família. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, v2., 2019. Cap. 178. Pág. 4611.</p>
02	<p>No próprio capítulo do tratado diz:</p> <p>Valores de TFG de 30 a 59 mL/min precisam alertar sobre outros fatores de risco para acidose láctica antes da prescrição ou da continuidade do uso da metformina.”</p> <p>A conduta correta seria diminuir a dose da metformina, devido alerta sobre os fatores de risco e TFG limítrofe (32). A Sociedade Brasileira de Diabetes também sugere esta recomendação.</p> <p>Portanto, manter metformina sem ajuste da dose seria uma conduta inadequada para o paciente.</p> <p>Considere o recurso de anulação da questão 46 alternativa A, ou então considerar suspender a metformina e manter o Enalapril devido efeito nefroprotetor conforme a alternativa C.</p>	<p>Gusso, cap.178 - Diabetes melito tipos 1 e 2</p>
<b>Total de recursos enviados: 02</b>		

**Parecer:** Metformina deve ser suspensa se a taxa de filtração glomerular (TFG) estiver abaixo de 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>. Entre os erros mais frequentemente cometidos no manejo da doença renal crônica, o Tratado de Medicina de Família e Comunidade cita a suspensão desse fármaco antes de a TFG ficar abaixo desse valor. Como citado em um dos recursos, se a TFG estiver entre 30 e 59, recomenda-se cautela no uso de metformina, observando

a presença de outros fatores de risco para acidose láctica. Ressalta-se que o enunciado não traz outros fatores além do diabetes e da possível doença renal. É preciso considerar que diante da alteração encontrada no valor da creatinina, com TFG menor que 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>, é preciso repetir o exame em 3 meses para confirmar o diagnóstico de doença renal crônica. O Tratado também cita uma revisão de 2017 que mostrou ser possível o uso de metformina com TFG até 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup> sem risco de aumento do ácido láctico. Portanto, não seria necessário inicialmente qualquer alteração na dose deste medicamento, estando correta a alternativa A.

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

### Referências bibliográficas

1. RIBEIRO, Lucas Gaspar; MUNIZ, Milena Seoane Colmenero. Alterações da função renal (Capítulo 147). In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.
2. CHAZAN, Ana Cláudia Santos; TEIXEIRA, Rosimere de Jesus; ROCHA, Cláudia Ramos Marques; WINCK, Kelly. Diabetes melito tipos 1 e 2 (Capítulo 178). In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

### QUESTÃO 47

#### Recursos válidos

Alteração de gabarito		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	O tratamento de escolha para abscessos que não se resolvem espontaneamente e que estejam bem localizados e com flutuação é a drenagem cirúrgica, procedimento simples que deve ser realizado nas unidades de saúde da família ou similares. O referenciamento a outros níveis do sistema deve ser considerado, levando-se em conta a disponibilidade de acesso e de deslocamento a esses níveis, nos seguintes casos: abscessos com mais de 5 cm de diâmetro, pessoas com imunidade comprometida, sinais de infecção sistêmica ou lesões na região da face formada entre a extremidade superior do nariz e os cantos da boca, conhecida como triângulo da morte, devido à sua drenagem venosa intracraniana. Quando não há a possibilidade de referenciamento, todos esses casos devem ser	Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2 <sup>a</sup> edição, 2019, capítulo 91

	<p>tratados de maneira adjuvante com antibioticoterapia antiestafilocócica.</p> <p>Embora a questão não faça menção do tamanho do abscesso em questão, mas apenas do ponto de flutuação (aproximadamente 1 cm) nos é apresentada uma foto como sendo de um abscesso em coxa. Considerando o tamanho aparente do abscesso na imagem e o tamanho fornecido do ponto de flutuação, é perfeitamente possível que o abscesso em questão seja maior ou igual a 5 cm de diâmetro. Como a questão não menciona a possibilidade de referenciamento, este caso deveria ser tratado com antibioticoterapia antiestafilocócica, conforme o parágrafo acima.</p> <p>Considerando o apresentado, solicito a alteração do gabarito para contemplar a alternativa D."</p>	
<p><b>Total de recursos enviados: 01</b></p>		

**Parecer:** O recurso se baseia na suposição sobre o tamanho do abscesso pela observação da foto. No entanto, o enunciado menciona o tamanho de 1 cm de diâmetro do ponto de flutuação e que não há sinais de celulite, o que contrapõem essa interpretação. Além disso, o Medicina Ambulatorial cita que não há evidência de benefício do uso de antibióticos depois da drenagem cirúrgica e que sua utilização se baseia em indicações empíricas.

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

#### **Referências bibliográficas**

1. UMPIERRE, Roberto; CONZATTI, Maiara. Procedimentos em atenção primária à saúde: anestesia locorregional, suturas, inserção de DIU, cantoplastia, lavagem otológica e drenagem de abscesso (Capítulo 91). In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.
2. MAZZINI, Guilherme; SANDLER, Paulo; CAVAZZOLA, Leandro Totti. Infecções não traumáticas de partes moles (Capítulo 182). 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.

#### **QUESTÃO 49**

### Recursos válidos

Anulação		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Solicito a anulação da pergunta 49, inciso A, por não tratar-se de infecção urinária recorrente, segundo: o autor do Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, formação e prática (gusso) 2019 Vol. 1 e 2. Pagina 3677, capítulo 145</p> <p>(ITU recorrente • Dois episódios com, pelo menos, um deles sendo considerado uma pielonefrite ou 3 episódios de cistite. Portanto, em crianças acima dos 6 meses sem quadro atípico ou recorrência, não há necessidade de investigação, embora os americanos recomendarão US de rins e de bexiga (supostamente o mesmo que US de rins e de vias urinárias, mas especificado dessa maneira nas suas diretrizes) para todas as crianças febris com ITU entre os 2 e os 24 meses de vida (C).</p>	<p>Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, formação e prática (gusso) 2019 Vol. 1 e 2. Pagina 3677, capítulo 145</p>
<b>Total de recursos enviados: 01</b>		

**Parecer:** Como o próprio recurso coloca, baseado no Tratado de Medicina de Família e Comunidade, uma das definições de infecção urinária recorrente é a ocorrência de dois episódios, sendo um deles considerado uma pielonefrite. A criança teve uma internação no ano anterior por infecção urinária, o que pode supor uma pielonefrite. Assim, se a urocultura confirmar a suspeita de um novo episódio de infecção urinária, tem-se um quadro recorrente, em que estaria indicado prosseguir investigação com exame de imagem.

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

#### Referências bibliográficas

1. BRANDÃO, José Ricardo de Mello. Infecções do trato urinário em crianças (Capítulo 145). In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

### QUESTÃO 50

#### Recursos válidos

<b>Alteração de gabarito</b>		
<b>Nº</b>	<b>Argumentação do candidato</b>	<b>Bibliografia utilizada na argumentação</b>
01	<p>Segundo a história narrada, podemos suspeitar de Incontinência Urinária de Esforço.</p> <p>Nesses casos, as intervenções no estilo de vida podem ser úteis. Redução grande de peso em mulheres obesas está associado a diminuição significativa na incontinência. Redução moderada de peso também pode resultar em diminuição dos sintomas. Além disso, a questão trata de uma paciente Hipertensa e Diabética. Logo, tais orientações além de poderem promover melhora na incontinência urinária de esforço, também são extremamente úteis para as demais condições da paciente.</p> <p>Diante disso, não considero a alternativa \""D\"" como errada.</p>	<p>GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Orgs.) Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo 142: Incontinência Urinária no Adulto.</p>
<b>Total de recursos enviados: 01</b>		

**Parecer:** Embora a redução de peso possa auxiliar na melhora da incontinência urinária, a questão pede a conduta inicial mais adequada, que consiste na realização de exame ginecológico e solicitação de exame de urina (alternativa A). A presença de uma infecção urinária, por exemplo, pode ser uma causa transitória de perda de urina, a qual tende a melhorar com o tratamento da infecção. No caso de incontinência urinária persistente, outras medidas de tratamento devem ser utilizadas, onde entraria na sequência a avaliação quanto a necessidade de redução de peso e de atividade física. Cabe ressaltar que o enunciado não descreve que Dona Joana é obesa e que ela está com o diabetes e a hipertensão controlados e já realiza atividade física (caberia avaliar a necessidade de intensificar essa atividade depois da avaliação inicial e caso ela mantivesse a incontinência).

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

#### **Referências bibliográficas**

1. PEREIRA, Patrícia Carla Gandin; FRANCO, Camila A. G. dos Santos; PINTARELLI, Vítor Last; BROERING, Felipe Eduardo. Incontinência urinária no adulto (Capítulo 142). In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

#### **QUESTÃO 52**

## Recursos

Solicita mudança do gabarito para incluir assertiva D		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Considerando o Curso de Atualização em Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - Turma 2, que dentre os objetivos divulgados visa “atualizar e preparar o aluno para a prática diária da especialidade bem como para a Prova de Título de Especialista em Medicina e Família e Comunidade”, o gabarito da questão 52 precisa ser reavaliado, ou seja, a letra A não pode ser considerada como a única alternativa correta, devendo também ser considerada a alternativa D como correta. Na aula sobre “Cuidados paliativos na Atenção Primária a Saúde” (Módulo 7), ministrada pelo Dr João Luiz de Souza Hopf, o mesmo refere que “muitas vezes o sofrimento não é apenas físico... opioides são otimizados e paciente ainda sente dor. Não se pode só controlar a dor física e esquecer da dor emocional, espiritual, social, familiar que englobam o termo dor total, publicada pela primeira vez por Dame Cicely Saunders.” Assim, a terapia não-farmacológica envolve o manejo de todas estas vertentes da dor total.</p> <p>A questão não especificou dosagem da codeína que vinha sendo utilizada. Esta medicação pode, por bula, ser administrada de 3/3 horas totalizando até 120 mg/dia, o que caracterizaria a otimização da dose mas não pode afirmar se já vinha sendo feita no caso da paciente. Assim, otimizar a dose da codeína (caso não estivesse otimizada) e associá-la a terapias não-farmacológicas seria uma opção para tratamento da dor da paciente em questão, devendo a alternativa D também ser considerada correta.</p>	Bibliografia não mencionada no edital.

**Parecer:** O recurso é inválido pois é baseado em referências bibliográficas não mencionadas em nosso edital. Baseados no artigo abaixo do edital recomendamos o indeferimento do recurso.



Artigo 59º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso Atual, do site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)), com data de preenchimento até 3 (três) dias após a divulgação do gabarito. Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet, inclusive as instruções de validação do recurso, não cabendo novo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação e Certificação.

### QUESTÃO 63

#### Recursos

Solicita anulação da questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	R/Solicito a anulação da pergunta 63, inciso D, pois leva a confusão pela formulação da pergunta ao referir-se ao medicamento (HIDROXICLOROQUINA) como um antiviral, na classificação deste medicamento é um ANTIMALÁRICO e não especifica o grupo controle que não recebeu hidroxiclороquina (antimalárico) e sim que não recebeu o antiviral.	<p>Registro ANVISA nº 183260297 - sulfato de hidroxiclороquina            Área: MEDICAMENTOS            Registro: 183260297            Produto:sulfato de hidroxiclороquina            Classe Terapêutica: ANTIMALARICOS            Autorização: 1083267            Processo 25351.692715/2018-63</p> <p>Anexo: copia do livro BLACKBOOK, CLINICA MEDICA, 2DA EDICAO E MEDCODE.</p>

**Parecer:** O recurso é inválido pois é baseado em referências bibliográficas não mencionadas em nosso edital. Baseados no artigo abaixo do edital recomendamos o indeferimento do recurso.

Artigo 59º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso Atual, do site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)), com data de preenchimento até 3 (três) dias após a divulgação do gabarito. Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet, inclusive



as instruções de validação do recurso, não cabendo novo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação e Certificação.

### QUESTÃO 65

#### Recursos válidos

Alteração de gabarito		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Paciente da questão apresenta-se estável, boa saturação e há 2 meses apresentava exames descritos como normais (supõem-se que função renal estava normal), Hba1c 7, sem complicações da DM2, com quadro infeccioso agudo, porém além da febre e taquipneia e ausculta sugestiva de pneumonia lobar, não havia sinais de descompensação.</p> <p>Fica duvidosa a questão de internação ou tratamento ambulatorialmente devido:</p> <p>1- Estado febril do paciente, avaliado na consulta, aumenta por si só a frequência respiratória, então, por mais que a paciente possa estar taquipneica pelo quadro de pneumonia, pode esta estar superestimada devido quadro febril (frequência respiratória menor que 30 não pontua, não se sabe qual seria a FR se a paciente estivesse eutérmica)</p> <p>2- Conforme CURB 65 : paciente da questão pontua C: 0 \ U:0\ R 0 OU 1\ B: 0 \ 65 : 1</p> <p>(PONTUA 1 ( NA FIGURA 136.1 - considerar tratamento ambulatorial (Duncan) OU 2 – considerar tratamento hospitalar) . CRP 65 também pode-se pontuar 1.</p> <p>Seguindo esse raciocínio, a paciente poderia estar taquipneica pelo quadro febril e dessa forma diminuiríamos 1 ponto no escore CRP-65 e dessa forma, o tratamento ambulatorial também é uma opção. Sendo assim, a</p>	Duncan (figura 136.1)

	alternativa C também poderia ser considerada correta.	
<b>Total de recursos enviados: 01</b>		

**Parecer:** O recurso pressupõe que a frequência respiratória poderia estar aumentada pela febre, mas o enunciado também descreve a presença de dispneia, o que sugere o contrário. Nesse caso, a tomada de decisão quanto a conduta deve se basear nos dados objetivos fornecidos no enunciado. O CURB-65 costuma não ser adequado no cenário da Atenção Primária à Saúde, pois depende da dosagem de ureia (U), não sendo possível estimar sua pontuação exata no caso descrito. De qualquer forma, considerando a frequência respiratória maior ou igual a 30 e a idade superior a 65 anos, isso daria no mínimo 2 pontos no CURB-65, o que pela Figura 136.1 do Medicina Ambulatorial já sugere considerar tratamento hospitalar. O mesmo se aplica com o uso do CRP-65 (ou CRB-65).

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

#### Referências bibliográficas

1. FERNANDES, Eduardo de Oliveira; TEIXEIRA, Cassiano. Infecções das vias aéreas inferiores (Capítulo 155). In: GUSSO, Gustavo et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
2. TEIXEIRA, Paulo José Zimmermann; BRITO, Renata Ulmann. Infecções do trato respiratório no adulto (Capítulo 136). In: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

### QUESTÃO 69

#### Recursos

Solicita mudança de gabarito		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Paciente com queixas clássicas de neuropatia diabética, podendo ser indicado tratamento para melhora dos sintomas do paciente. Assim, solicito considerar correta a letra A.	Fonte: Caderno de Atenção Básica número 36 (2013)

**Parecer:** O recurso é inválido pois é baseado em referências bibliográficas não mencionadas em nosso edital. Baseados no artigo abaixo do edital recomendamos o indeferimento do recurso.

Artigo 59º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso

Atual, do site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)), com data de preenchimento até 3 (três) dias após a divulgação do gabarito. Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet, inclusive as instruções de validação do recurso, não cabendo novo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação e Certificação.

## QUESTÃO 75

### Recursos

Solicita anulação da questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	ENTENDO QUE HÁ EQUÍVOCO NO GABARITO DA QUESTÃO 75, EM VIRTUDE DE ALGUNS NOVOS ESTUDOS PRECONIZAREM O TRATAMENTO COM ANTIRETROVIRAIS ASSOCIADOS A CORTICOIDES PARALISIA DE BELL. SEGUE LITERATURA ANEXA.	<a href="http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&amp;src=google&amp;base=LILACS&amp;lang=p&amp;nextAction=lnk&amp;exprSearch=764945&amp;indexSearch=ID">http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&amp;src=google&amp;base=LILACS&amp;lang=p&amp;nextAction=lnk&amp;exprSearch=764945&amp;indexSearch=ID</a>

**Parecer:** O recurso é inválido pois é baseado em referências bibliográficas não mencionadas em nosso edital. Baseados no artigo abaixo do edital recomendamos o indeferimento do recurso.

Artigo 59º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso Atual, do site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)), com data de preenchimento até 3 (três) dias após a divulgação do gabarito. Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet, inclusive as instruções de validação do recurso, não cabendo novo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação e Certificação.

## QUESTÃO 77

### Recursos válidos

Anulação		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação



01	<p>boa noite</p> <p>cordialmente me dirijo a banca examinadora para solicitar que sejam aceitas como corretas as alternativas C e D da questão 77 :</p> <p>Bruno, 22 anos, vem buscar ajuda pois está muito incomodado com sudorese excessiva em mãos e pés, bilateralmente. Diz que sempre teve, mas tem se incomodado mais no último ano. Em situações em que fica mais nervoso, a sudorese agrava e gera desconforto pela vergonha de cumprimentar pessoas com aperto de mãos. Bruno não apresenta outras comorbidades e nem faz uso de medicamentos. Diz que seu pai sempre suou muito também, como ele, mas nunca se incomodou com isso, nem buscou auxílio médico. Sobre o quadro clínico de Bruno, assinale a alternativa que possui o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada.</p> <p>A - Hiperidrose generalizada - encaminhar para dermatologista para busca de causa secundária.</p> <p>B - Hiperidrose generalizada - solicitar hemograma, TSH e creatinina para descartar causa secundária.</p> <p>C - Hiperidrose idiopática focal - solicitar hemograma, creatinina e TSH para descartar causa secundária.</p> <p>D - Hiperidrose idiopática focal – sugerir uso de produto tópico à base de cloreto de alumínio</p> <p>NO CASO APRESENTADO COMO PÔDE SE LER, FOI A PRIMEIRA VEZ QUE O BRUNO PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO POR CAUSA DA SUA SUDORESE, O QUE QUER</p>	Gusso, cap. 195
----	---	-----------------



DIZER QUE AINDA NÃO FORAM DESCARTADAS CAUSAS SECÚNDARIAS DE HIPERIDROSE NO BRUNO. NA QUESTÃO NÃO FOI ESPECIFICADO SE FOI FEITO EXAME FÍSICO PARA DESCARTAR E/OU INVESTIGAR CAUSAS SECÚNDARIAS, POR ESTES MOTIVOS ACHO TAMBEM COMO CERTA A ALTERNATIVA C.  A HIPERIDROSE IDIOAPÁTICA PRIMÁRIA SÓ PODE SER DIAGNOSTICADA APOS AFASTAR CAUSAS SECÚNDARIAS DE HIPERIDROSE (GUSSO) CAP195	
<b>Total de recursos enviados: 01</b>	

**Parecer:** O enunciado descreve um caso típico de hiperidrose primária e focal, conforme a página 1668 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade: os sintomas são bilaterais e simétricos, localizados nas mãos e pés, atrapalham atividades sociais, iniciaram antes dos 25 anos de idade e há história familiar positiva, com evolução de mais de 6 meses. O próprio Tratado, na página seguinte (1669), sobre o diagnóstico, descreve que “quando a história é típica, a anamnese e o exame físico são suficientes para diagnosticar a hiperidrose primária”. Portanto, não há necessidade de exames complementares.

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

#### **Referências bibliográficas**

1. SCHWARTZ, Joel; SEBASTIANI, Vanessa R. Zaleski; STEGLICH, Raquel Bissacotti; MOSENA, Gabriela. Sudorese (Capítulo 195). In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

#### **Exemplos....**

Recursos em desacordo com o edital não foram considerados nas seguintes situações:

1) Ausência de pagamento da taxa correspondente

“Artigo 27º, § 2º - Para cada recurso interposto será necessário realizar o pagamento de taxa no valor de R\$ 20,00 (vinte reais) na conta concurso, conforme artigo 4º, V deste edital”

2) Recurso baseado em literatura que não faz parte das referências bibliográficas do concurso

“Artigo 27º, § 1º – Os recursos não podem ser baseados em literatura não incluída na bibliografia oficial do Concurso”

3) Recursos não descreveram a referência bibliográfica adequadamente, conforme solicitado no formulário de recurso

“Artigo 27º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso Atual, do site da SBMFC (...). Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet...”

## QUESTÃO 80

### Recursos

Solicita anulação da questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Olá boa tarde, Gostaria de pedir revisão com relação a tal questão pois na alternativa A tida como correta (“A - Colocar a cabeça de Roberto fletida para a frente, pedir para assoar o nariz e fazer uma leve compressão da região da asa nasal por cerca de 10 minutos.”) não entendo como correto “pedir para assoar o nariz” visto que não pratica-se tal orientação nos atendimentos e tampouco encontrei relato para assoar o nariz em livros de referência...No caso do atendimento um coágulo que possa ali estar se formando não será efetivo caso você assoar o nariz...Podendo entao ate piorar o sangramento aumentando a pressao ali no local ..Na própria prova comentada por vocês não houve citação sobre incluir assoar o nariz para o tratamento...possui como gabarito comentado :“Comentários: O primeiro passo no tratamento da epistaxe anterior, caso de Roberto, deve ser fletir a cabeça para frente e fazer a compressão da região da asa nasal por aproximadamente 10 minutos (distrator A).” Desculpem-me se eu estiver errada, porem gostaria de trocar uma opiniao sobre tal questao que inclusive foi muito bem elaborada e condizente com nosso dia a dia de atendimentos.Aproveito para cumprimenta-los pelo otimo trabalho com relação a prova.Todas as questoes muito bem feitas e realmente fiel aos nossos atendimentos	Não incluiu referências bibliográficas.

<p>de todos os dias.O formato on-line achei ótimo, prático e economico para todos.Parabens.Obrigada pela atenção e desculpem se minha observação sobre a questao 80 nao foi oportuna ou erronea, Com relação ao curriculo gostaria de humildemente que pudessem olhar mais três certificados que estou enviando.Na época da inscrição eu estava numa situação pessoal muito difícil e acabei achando que nem conseguiria efetivar minha participação no dia da prova.Estes certificados nao estavam na minha cidade e nao pude digita-los a tempo. Esta pandemia foi um turbilhao em nossas vidas e para nos da linha de frente realmente as coisas pesaram...Desculpem o desabafo, mas peço humildemente que possam pelo menos olhar estes tres certificados q estou enviando...Um sobre meu estagio na Ginecologia o que me garantiria mais 0,8 pontos e um a respeito da coordenadoria no periodo de dois anos (mais 1,0 ponto). Tenho tambem especialização em Otorrinolaringologia que realizei por 3 anos na Universidade Federal do Triangulo Mineiro(UFTM Uberaba MG) e posterior realização de prova do titulo em Otorrino que se aceitarem me daria mais 3 pontos. Sei que no edital explicam sobre nao enviar certificados posteriormente, mas este titulo em Medicina de Familia sera muito importante para mim...Estou dependendo dele para conseguir firmar uma parceria profissional...Por favor se puderem olhar com carinho estes certificados...Passei na prova escrita e estou muito esperançosa que consiga a nota final para conseguir o titulo. Desculpem todo este desabafo e amolação.</p>	
--	--

**Parecer:** Prezada candidata, agradecemos as gentis palavras e colaboração. Porém, seu recurso é inválido pois não cita referências bibliográficas conforme estipulado pelo edital. Baseados no artigo abaixo do edital recomendamos o indeferimento do recurso.

Artigo 59º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados com referência bibliográfica indicada por este Edital (livro, capítulo e página), deverão ser interpostos através de formulário eletrônico disponível na área de Titulação, Concurso Atual, do site da SBMFC ([www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)), com data de preenchimento até 3 (três) dias após a divulgação do gabarito. Para tal devem ser obedecidos todos os procedimentos de preenchimento do formulário padrão disponível na página da SBMFC na Internet, inclusive





as instruções de validação do recurso, não cabendo novo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação e Certificação.

Com relação aos certificados, serão apreciados na fase de apreciação curricular.