

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**  
**DIRETORIA DE TITULAÇÃO E CERTIFICAÇÃO**

A Diretoria de Titulação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, após análise dos recursos interpostos em face da prova objetiva, divulga a resposta aos recursos interpostos.

**QUADRO RESUMO – ALTERAÇÃO DE GABARITO:**

CÓDIGO DA QUESTÃO	RESULTADO
142	ANULADA
178	ANULADA

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2025

Atenciosamente,

**Dra. Lívia Hinz Caliço**  
**Diretora de Titulação e Certificação - Gestão 2024/2026**

**Dra. Cassandra Renault Pisco**  
**Departamento de Titulação e Certificação – Gestão 2024/2026**

## RESPOSTA AO RECURSO

**Código da Questão: 111**

### **Recurso:**

Dos recursos válidos, 35 tratavam dessa questão. A grande maioria pedia anulação porque o item considerado correto erra no tempo para reavaliação do tratamento com TSH. Eles alegam, usando como referência o capítulo 179 (Problemas da tireoide) do Tratado de Medicina de Família e Comunidade (2019), que o tempo para reavaliar o TSH seria de 2 semanas, e não 8 semanas, como aparece no item. Outros recursos falam que é possível a dose de 50-75mcg/dia (como sugere alternativa D), mas não consideram que uso do T4 livre para monitoramento é inadequado.

### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

No referido capítulo do Tratado de Medicina de Família e Comunidade é explicado que a dose inicial de Levotiroxina em idosos deve ser menor (25-50mcg/dia), com aumento de 12,5mcg a cada 2 semanas. Talvez essa informação tenha confundido aqueles que solicitaram recurso, porque no mesmo capítulo fica claro que o monitoramento com novo TSH só deve ser feito em 4 a 8 semanas, quando é possível comprovar a queda dos hormônios. Isso torna a alternativa (gabarito) correta.

### **Resultado:**

**( ) Deferido**

**(X) Indeferido**

## **RESPOSTA AO RECURSO**

**Código da Questão: 113**

### **Recurso:**

Dos recursos solicitados, 02 trataram desse item. Falam que é importante avaliar a estrutura da tireoide, mesmo diante de um caso de alteração funcional como o hipotireoidismo e independente do exame físico. Não citam especificamente uma bibliografia em que estas informações apareçam.

### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

A ultrassonografia de tireoide não é respaldada no diagnóstico de hipotireoidismo, baseado na dosagem do TSH e do T4 livre. A menos que exista bócio ou nódulo palpável, não há justificativa para US de tireoide, incluindo rastreamento populacional.

### **Resultado:**

**( ) Deferido**

**(X) Indeferido**

## **RESPOSTA AO RECURSO**

### **Código da Questão: 11**

#### **Recurso:**

Recebemos 18 recursos válidos. Um recurso argumenta que o distrator B também estaria certo, pois seria necessário um exame laboratorial para confirmação do diagnóstico de HIV, enquanto 17 alegam que o distrator C também seria correto, pois a terapia antirretroviral já deveria ter sido iniciada. Dois recursos foram considerados inválidos, um porque não utilizou as referências do edital do concurso e outro por não ter pagado a taxa correspondente.

#### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O caso relata a realização de um teste rápido reagente, confirmado por outro teste rápido, também reagente, de laboratório e método diferentes. Para confirmação do diagnóstico do HIV por testes rápidos, basta ter dois testes reagentes de fabricantes e métodos diferentes. A necessidade de um segundo teste de sangue confirmatório só existe quando a testagem é feita em laboratório.

Roberto tinha sintomas sugestivos de tuberculose (TB), diagnóstico que foi confirmado com os exames de investigação. Embora o tratamento antirretroviral possa ser começado logo depois do diagnóstico do HIV, em casos de coinfeção entre HIV e tuberculose, a literatura do concurso recomenda que se inicie primeiro o tratamento para tuberculose, devido ao risco de efeitos adversos dos medicamentos e de reações paradoxais / síndrome inflamatória imune. Além disso, há recomendação para que se realize genotipagem do HIV pré-tratamento nos pacientes com coinfeção TB/HIV virgens de tratamento com antirretroviral.

#### **Resultado:**

**Deferido  Indeferido**

## RESPOSTA AO RECURSO

**Código da Questão: 115**

### **Recurso:**

Recebemos um recurso válido, que alega que o distrator D também estaria correto, pois como o esquema preferencial para HIV com dolutegravir, lamivudina e tenofovir pode ser utilizado conjuntamente com o tratamento padrão para tuberculose, não há risco de interação entre estes medicamentos.

### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

Embora o esquema preferencial para HIV possa ser empregado junto o tratamento padrão da tuberculose, existe risco de interação entre estes fármacos, tanto que há recomendação para que a dose de dolutegravir seja aumentada para dois comprimidos de 50 mg por dia.

### **Resultado:**

Deferido

Indeferido

## **RESPOSTA AO RECURSO**

### **Código da Questão: 116**

#### **Recurso:**

Recebemos um recurso válido, que alega que todas as alternativas estariam erradas, inclusive a D, pois o protocolo SPIKES não teria sido cumprido devido a interrupção no atendimento. Houve um segundo recurso, mas que não utilizou as referências do edital do concurso.

#### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

Embora a comunicação de más notícias deva ser realizada em um ambiente que garanta privacidade e um tempo sem interrupções, o que não ocorre no caso, a alternativa correta D fala que o MFC Paulo utilizou elementos do protocolo SPIKES, não que realizou corretamente todos os passos do protocolo.

#### **Resultado:**

Deferido

Indeferido

## **RESPOSTA AO RECURSO**

**Código da Questão: 117**

### **Recurso:**

Os seis recursos encaminhados foram considerados inválidos, pois não utilizaram as referências do edital do concurso.

### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

Invalidez dos recursos apresentados.

### **Resultado:**

Deferido

Indeferido

## RESPOSTA AO RECURSO

**Código da Questão: 121**

**Recursos:**

**12658 / 11315 / 11034 / 10956 / 13315 / 10434 / 11650 / 12616 / 12083 /  
12690 / 12036 / 11155.**

### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

A referência bibliográfica utilizada para a formulação desta questão e que consta do Edital do TEMFC-35 é o capítulo 38 do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, no qual está textualmente escrito o seguinte parágrafo: “O uso da Técnica de Estimativa Rápida pede algumas competências do profissional que a executa, em especial a **determinação** (para encontrar e examinar criticamente os registros existentes), a **disposição** (para encontrar-se com as necessidades da população local), a **escuta** (para percepção de entrevistas e conversas informais), a **atenção** (para busca de pistas sobre problemas potenciais) e o **bom senso** (para reexaminar a interpretação dos dados caso se mostrem muito diferentes do seu conhecimento profissional ou de sua experiência técnica). Essas características podem ser limitações importantes para o uso da Estimativa Rápida, devendo ser ponderadas pela equipe para verificar uma adequação da técnica às necessidades de planejamento.” **A alternativa correta, considerando este excerto, inquestionavelmente, é a OPÇÃO C (gabarito oficial).** De acordo com o item 11.2.2 do Edital do TEMFC-35: “Os recursos não poderão ser baseados em literatura não incluída na bibliografia oficial do Concurso”. A questão guarda fidelidade à bibliografia indicada para o



certame, não cabendo contraditórios, uma vez que está explícito no Edital do TEMFC-35 que nenhuma outra bibliografia poderia ser utilizada na interposição de recursos.

**Bibliografia Escrita:**

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves (eds.).  
Tratado de  
medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.  
[recurso eletrônico]. 2. ed.  
Porto Alegre: Artmed, 2019. 2 v. – Cap. 38 - Abordagem comunitária:  
diagnóstico de saúde da  
comunidade.

**Resultado:**

Deferido

Indeferido

## **RESPOSTA AO RECURSO**

**Código da Questão: 135**

**Recurso: 10434**

O mais adequado seria manter os 03 medicamentos (inibidor de SGLT-2 + Metformina + Glicazida), considerando que as Glicazidas (Sulfonilorreia), apesar do Ganho de peso, a Literatura ainda assim indica prescrever com cautela, assim como também menciona a possível opção de termos 03 anti hiperglicemiantes orais conforme literatura abaixo.

### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O comando da questão solicita que o candidato assinale a alternativa com a conduta mais adequada para o caso apresentado, portanto as outras alternativas não estão necessariamente incorretas, e devem ser analisadas por comparação para se encontrar a melhor resposta. A questão avaliou se o candidato difere o melhor manejo para um caso de descontrole glicêmico com glicada 8,7%, em mulher com sobrepeso e microalbuminúria. Estamos de acordo com a nota do autor da questão: "Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, os inibidores de SGLT-2 são indicados para pacientes com diabetes tipo 2 e risco de complicações renais e cardiovasculares, pois, além de reduzir a glicemia, têm efeitos benéficos na proteção renal e no controle da pressão arterial. Além disso, a introdução de um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) é recomendada para tratar a hipertensão e a microalbuminúria, protegendo a função renal e cardiovascular"

Sobre a análise do recurso, note que na etapa 2 do fluxograma compartilhado temos de "Adicionar ou Modificar segundo agente...".

**Resultado: ( ) Deferido (X) Indeferido**

## **RESPOSTA AO RECURSO**

## **Código da Questão: 135**

### **Recurso: 11574**

Prezados(as) membros da banca examinadora.

Gostaria de solicitar a revisão da questão 71 da prova Teórica. Código da questão: 135

Paciente Dona Maria, de 60 anos, diagnosticada com diabetes, está utilizando Metformina 850 mg três vezes ao dia, considerada a dose máxima, além de Glicazida 30 mg uma vez ao dia. A questão em análise aponta que sua glicemia de jejum está fora do alvo (190 mg/dl) e a hemoglobina glicada está acima do recomendado (8,7%). A paciente está com sobrepeso e enfrenta dificuldades para perder peso. Exames recentes indicam a presença de microalbuminúria.

A questão busca a conduta mais adequada para o manejo do diabetes e dos fatores de risco associados.

A Alternativa C propõe substituir a Glicazida por um inibidor de SGLT-2 e adicionar um IECA para controle da pressão arterial e microalbuminúria. No entanto, essa sugestão apresenta um ponto controverso em relação à retirada da Glicazida. Embora o hipoglicemiante combinado com a Metformina tenha mantido níveis glicêmicos fora do alvo, retirar a Glicazida e usar apenas Metformina e um inibidor de SGLT-2 pode não ser a melhor abordagem, pois pode agravar a glicemia de jejum e a hemoglobina glicada, que já estão acima da meta.

A abordagem mais adequada seria manter os três medicamentos (inibidor de SGLT-2, Metformina e Glicazida), considerando que, apesar do ganho de peso associado às Sulfonilureias como a Glicazida, a literatura recomenda prescrição cautelosa. Além disso, menciona-se a possibilidade de usar três agentes anti-hiperglicemiantes orais. Conforme

descrito na literatura Gusso (2019) capítulo 178 – DIABETES MELITUS TIPO 1 E TIPO 2. PÁGINAS 4607, 4611, 4612

Conclusão:

Portanto a anulação da questão é necessária, pois a Alternativa C está incorreta.

REFERÊNCIA-BASE:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019. ISBN 9788536327631. Capítulo 178 – DIABETES MELITUS TIPO 1 E TIPO 2. PÁGINAS 4607, 4611, 4612

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O comando da questão solicita que o candidato assinale a alternativa com a conduta mais adequada para o caso apresentado, portanto as outras alternativas não estão necessariamente incorretas, e devem ser analisadas por comparação para se encontrar a melhor resposta. A questão avaliou se o candidato difere o melhor manejo para um caso de descontrole glicêmico com glicada 8,7%, em mulher com sobrepeso e microalbuminúria. Estamos de acordo com a nota do autor da questão: "Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, os inibidores de GLT-2 são indicados para pacientes com diabetes tipo 2 e risco de complicações renais e cardiovasculares, pois, além de reduzir a glicemia, têm efeitos benéficos na proteção renal e no controle da pressão arterial. Além disso, a introdução de um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) é recomendada para tratar a hipertensão e a microalbuminúria, protegendo a função renal e cardiovascular"

Nas mesmas páginas referidas pelo recurso no Tratado, Gusso, 2019, se refere à etapa 2 como “Adicionar ou modificar” o segundo agente anti-hiperglicemiante.

**Resultado:**

Deferido

Indeferido

## RESPOSTA AO RECURSO

### Código da Questão: 135

#### Recurso: 11847

Prezada banca, solicito revisão da questão código 135 que aborda o manejo de Dona Maria, portadora de diabetes mellitus tipo 2 com controle glicêmico inadequado e microalbuminúria detectada.

Embora a alternativa C tenha sido apontada como correta, argumentos consistentes sustentam que a alternativa B também poderia ser considerada apropriada, além de haver inconsistências no enunciado e nas opções. A aferição isolada de 150 x 90 mmHg não é suficiente para diagnosticar HAS e indicar um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA). Diretrizes atuais recomendam a confirmação do diagnóstico por meio de múltiplas aferições em ocasiões distintas, ou uso de métodos como MRPA ou MAPA. A prescrição de IECA em esta situação pode ser inadequada, considerando tratar-se de uma paciente idosa. Pensando na prevenção quaternária, evitando iatrogenias como hipotensão, que poderia predispor a quedas, fraturas, declínio cognitivo; o enunciado diz que a paciente tem histórico de pressão arterial normal, a pressão arterial em uma única consulta não indica início de tratamento anti-hipertensivo.

A sulfonilureias possam promover ganho de peso, este é tipicamente modesto e mais frequente em doses elevadas. Dona Maria utiliza gliclazida em baixa dosagem, o que reduz o risco deste efeito adverso. A gliclazida apresenta boa potência hipoglicemiante e segurança cardiovascular comprovada, sendo relevante para o manejo de pacientes com controle glicêmico muito distante da meta, como

evidenciado por sua HbA1c de 8,7%. Se solicita revisão e anulação da questão por ter várias respostas.

#### Referências Bibliográficas

1. GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.
2. DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

#### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O comando da questão solicita que o candidato assinale a alternativa com a conduta mais adequada para o caso apresentado, portanto as outras alternativas não estão necessariamente incorretas, e devem ser analisadas por comparação para se encontrar a melhor resposta. A questão avaliou se o candidato difere o melhor manejo para um caso de descontrole glicêmico com glicada 8,7%, em mulher com sobrepeso e microalbuminúria. Estamos de acordo com a nota do autor da questão: "Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, os inibidores de SGLT-2 são indicados para pacientes com diabetes tipo 2 e risco de complicações renais e cardiovasculares, pois, além de reduzir a glicemia, têm efeitos benéficos na proteção renal e no controle da pressão arterial. Além disso, a introdução de um inibidor da enzima conversora de

angiotensina (IECA) é recomendada para tratar a hipertensão e a microalbuminúria, protegendo a função renal e cardiovascular”

**Resultado:**

Deferido

Indeferido



## RESPOSTA AO RECURSO

**Código da Questão: 135**

### **Recurso: 12283**

Embora a alternativa C tenha sido apontada como correta, argumentos consistentes sustentam que a alternativa B também poderia ser considerada apropriada, além de haver inconsistências no enunciado e nas opções,

Recurso em anexo com as referências.

### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O comando da questão solicita que o candidato assinale a alternativa com a conduta mais adequada para o caso apresentado, portanto as outras alternativas não estão necessariamente incorretas, e devem ser analisadas por comparação para se encontrar a melhor resposta. A questão avaliou se o candidato difere o melhor manejo para um caso de descontrole glicêmico com glicada 8,7%, em mulher com sobrepeso e microalbuminúria. Estamos de acordo com a nota do autor da questão: "Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, os inibidores de SGLT-2 são indicados para pacientes com diabetes tipo 2 e risco de complicações renais e cardiovasculares, pois, além de reduzir a glicemia, têm efeitos benéficos na proteção renal e no controle da pressão arterial. Além disso, a introdução de um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) é recomendada para tratar a hipertensão e a microalbuminúria, protegendo a função renal e cardiovascular"

### **Resultado:**

**( ) Deferido**

**(X) Indeferido**

## RESPOSTA AO RECURSO

### Código da Questão: 135

#### Recurso: 11864

Requer-se a revisão da mesma que trata do tratamento de Dona Maria, que é diagnosticada com diabetes mellitus tipo 2 e apresenta níveis glicêmicos desregulados, além de microalbuminúria identificada. Apesar de a alternativa C ter sido indicada como a correta, existem razões sólidas que sustentam a possibilidade de a alternativa B ser igualmente válida, além de haver falhas no texto da questão e nas opções apresentadas no pdf abaixo.

#### Justificativa para o deferimento/indeferimento:

O comando da questão solicita que o candidato assinale a alternativa com a conduta mais adequada para o caso apresentado, portanto as outras alternativas não estão necessariamente incorretas, e devem ser analisadas por comparação para se encontrar a melhor resposta. A questão avaliou se o candidato difere o melhor manejo para um caso de descontrole glicêmico com glicada 8,7%, em mulher com sobrepeso e microalbuminúria. Estamos de acordo com a nota do autor da questão: "Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, os inibidores de SGLT-2 são indicados para pacientes com diabetes tipo 2 e risco de complicações renais e cardiovasculares, pois, além de reduzir a glicemia, têm efeitos benéficos na proteção renal e no controle da pressão arterial. Além disso, a introdução de um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) é recomendada para tratar a hipertensão e a microalbuminúria, protegendo a função renal e cardiovascular"

**Resultado: ( ) Deferido (X) Indeferido**

## RESPOSTA AO RECURSO

### Código da Questão: 135

#### Recurso: 12465

A questão apresenta um quadro clínico ambíguo que pode ser explicado por diferentes diagnósticos. Além disso, as alternativas sugerem condutas que podem ser justificáveis dependendo da interpretação clínica inicial, comprometendo a determinação inequívoca de uma única resposta correta. Dado o caráter ambíguo do caso clínico e a plausibilidade diagnóstica de alternativas, solicita-se a anulação da questão. O enunciado não fornece informações suficientes para determinar com clareza a resposta correta, penalizando os candidatos que consideraram hipóteses igualmente válidas e condutas adequadas conforme diretrizes clínicas. Recurso em anexo com as referências.

#### Justificativa para o deferimento/indeferimento:

O comando da questão solicita que o candidato assinale a alternativa com a conduta mais adequada para o caso apresentado, portanto as outras alternativas não estão necessariamente incorretas, e devem ser analisadas por comparação para se encontrar a melhor resposta. A questão avaliou se o candidato difere o melhor manejo para um caso de descontrole glicêmico com glicada 8,7%, em mulher com sobrepeso e microalbuminúria. Estamos de acordo com a nota do autor da questão: "Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, os inibidores de SGLT-2 são indicados para pacientes com diabetes tipo 2 e risco de complicações renais e cardiovasculares, pois, além de reduzir a glicemia, têm efeitos benéficos na proteção renal e no controle da pressão arterial. Além disso, a introdução de um inibidor da enzima conversora de

angiotensina (IECA) é recomendada para tratar a hipertensão e a microalbuminúria, protegendo a função renal e cardiovascular”

**Resultado:**

Deferido

Indeferido

## RESPOSTA AO RECURSO

### Código da Questão: 135

#### Recurso: 12690

Prezada banca examinadora, solicito revisão da questão acima 135, para possível anulação.

Solicito revisão, devido a alternativa correta pelo Gabarito, está incorreto pela literatura de referência.

Mesmo que as sulfonilureias possam promover ganho de peso, este é mais frequente em doses elevadas. A paciente citada na questão, utiliza gliclazida em baixa dosagem, o que reduz o risco deste efeito adverso.

A gliclazida apresenta segurança cardiovascular comprovada, e bom efeito hipoglicemiante. Sendo assim, a manter gliclazida, que foi mencionada na alternativa B, é possível de consideração.

Indicação do Análogo de GLP-1 (Alternativa B) Análogos de GLP-1 (arGLP-1) possuem maior potência para reduzir HbA1c em comparação com inibidores de SGLT-2, conforme demonstrado em estudos amplamente reconhecidos. Além disso, arGLP-1 também tratam o fator de risco de sobrepeso de paciente citada no enunciado da pergunta, assim promovendo perda de peso e controle glicêmico eficaz, com menor risco de hipoglicemia.

O diagnóstico de doença renal crônica (DRC) requer evidências de redução persistente da taxa de filtração glomerular (TFG) ou albuminúria por um período mínimo de três meses, o que não é descrito no caso da paciente citada no enunciado.

A microalbuminúria isolada pode ser transitória, relacionada a condições como febre, exercícios recentes ou descompensação metabólica, fatores não mencionados no enunciado.

Manejo do Diabetes Mellitus Tipo 2 Conforme Diretrizes De acordo com o Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Gusso) e o Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências (Duncan), metas de HbA1c devem ser individualizadas considerando o perfil do paciente, idade e comorbidades. Embora HbA1c  $\leq 7\%$  seja o alvo geral, metas mais flexíveis, como  $< 8\%$ , são apropriadas para pacientes idosos ou com risco elevado de hipoglicemias. O uso de arGLP-1 e iSGLT-2 é indicado para pacientes com microalbuminúria devido ao benefício cardiorenal dessas classes terapêuticas.

Contexto de Excesso de Peso e Escolhas Terapêuticas Conforme descrito por Duncan, em pessoas com sobrepeso, deve-se priorizar o uso de fármacos que não promovem ganho ponderal, como arGLP-1 e iSGLT-2, em detrimento de sulfonilureias e insulina. No entanto, é importante considerar o efeito modesto das sulfonilureias em doses baixas e a necessidade de intensificação terapêutica em pacientes com HbA1c muito elevada.

Seria o mais correto manter inibidor de SGLT -2+ metformina +gliclazida. Apesar do ganho de peso com a Glicazidw a literatura de referência indica prescrever com cautela, assim como indica a possibilidade de opção de 3 anti-hiperglicemiantes orais.

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

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O comando da questão solicita que o candidato assinale a alternativa com a conduta mais adequada para o caso apresentado, portanto as outras alternativas não estão necessariamente incorretas, e devem ser analisadas por comparação para se encontrar a melhor resposta. A questão avaliou se o candidato difere o melhor manejo para um caso de descontrole glicêmico com glicada 8,7%, em mulher com sobrepeso e microalbuminúria. Estamos de acordo com a nota do autor da questão: "Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, os inibidores de SGLT-2 são indicados para pacientes com diabetes tipo 2 e risco de complicações renais e cardiovasculares, pois, além de reduzir a glicemia, têm efeitos benéficos na proteção renal e no controle da pressão arterial. Além disso, a introdução de um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) é recomendada para tratar a hipertensão e a microalbuminúria, protegendo a função renal e cardiovascular"

**Resultado:**

**( ) Deferido**

**(X) Indeferido**

## **RESPOSTA AO RECURSO**

**Código da Questão: 135**

**Recurso: 13343**

### **Recurso à Banca Examinadora**

Prezados(as) membros da banca,

Venho através desta, oferecer recurso à decisão que informou que a alternativa C está correta.

A opção C (substituir a gliclazida por um inibidor de SGLT-2 e adicionar um IECA para o controle da pressão arterial e da microalbuminúria) apresenta um aspecto controverso em relação à descontinuação da gliclazida. De fato, o hipoglicemiante mencionado, quando combinado com a metformina, mantém os níveis de glicose ainda acima do desejado.

Entretanto, eliminar a gliclazida e utilizar apenas metformina e um inibidor de SGLT-2 pode não ser a melhor abordagem, uma vez que essa descontinuação poderia levar a um agravamento dos níveis de glicemia de jejum, que já estão fora do alvo, além de afetar negativamente a hemoglobina glicada.

O mais apropriado seria manter os três medicamentos (inibidor de SGLT-2, metformina e gliclazida), considerando que as Glicazidas (sulfonilureias), apesar do possível ganho de peso, ainda são recomendadas com cautela na literatura. Além disso, existem menções à possibilidade de utilizar três agentes hipoglicemiantes orais, conforme indicado na literatura a seguir.

### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

Segundo o Tratado:



“Os inibidores do contra transporte sódio/glicose 2 nos túbulos proximais dos rins, conhecidos como inibidor de SGLT2, que reduzem a glicemia vi inibição da recaptção de glicose nos rins, promovendo glicosúria. Dessa maneira, podem controlar a glicemia independentemente da secreção da insulina, com conseqüente menor risco de hipoglicemia, podendo favorecer a perda de peso.<sup>3,18</sup>”

**Resultado:**

Deferido

Indeferido

## **RESPOSTA AO RECURSO**

**Código da Questão: 137**

### **Recurso: 12997**

O paciente apresenta icterícia, colúria, acolia, prurido, perda de peso, hepatomegalia e desconforto abdominal no hipocôndrio direito. Esses achados são comuns em diversas condições, como neoplasia pancreática, hepatite alcoólica, colelitíase com obstrução biliar e hepatite viral. Segundo Gusso et al. (2019) e Duncan et al. (2022), a icterícia progressiva associada a perda de peso é sugestiva de neoplasia. No entanto, litíase biliar e hepatites também são causas frequentes e plausíveis. O diagnóstico diferencial deve ser iniciado com história clínica, exames laboratoriais básicos (TGO/TGP, FA, bilirrubina total e frações) e ultrassonografia abdominal. O enunciado não menciona a realização desses testes, fundamentais na atenção primária.

### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O caso descreve a evolução insidiosa dos sintomas em homem de 45 anos, etilista crônico, e destaca que não há dor abdominal, mas desconforto, que se confirma ao exame físico descrito como "sem sinais de dor à palpação". Portanto estamos de acordo com a suspeita de neoplasia de pâncreas como hipótese diagnóstica e com a solicitação de exames de imagem sugeridas pelo autor da questão como resposta, e embasados pelo cap. 170 do Tratado (GUSSO, 2019)

### **Resultado:**

**( ) Deferido**

**(X) Indeferido**

## RESPOSTA AO RECURSO

### Código da Questão: 137

#### Recurso: 12419

Solicitação de Anulação da Questão – Código 137 1. Introdução e Contextualização A questão apresenta o caso de Carlos, 45 anos, que se queixa de icterícia há duas semanas, acompanhada de urina escura, fezes esbranquiçadas, perda de peso de 5 kg no último mês, e prurido generalizado. Ele possui história de consumo regular de álcool por 15 anos, com redução recente, sem histórico de medicamentos ou viagens. Ao exame físico, foi observada hepatomegalia (4,5 cm do rebordo costal direito) sem dor à palpação. Vejamos: Qual é a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial mais apropriada? A. Hepatite alcoólica: solicitar testes de função hepática e recomendar abstinência alcoólica imediata. B. Colelitíase com obstrução biliar: proceder com o encaminhamento do paciente para avaliação cirúrgica agendada. C. Neoplasia de pâncreas: solicitar ultrassonografia abdominal e tomografia de abdome, além de encaminhar para avaliação cirúrgica. D. Hepatite viral: solicitar sorologias para hepatites A, B e C e orientar sobre a higiene alimentar. Assim, a questão apresenta inconsistências relevantes que dificultam a determinação de uma única resposta correta, comprometendo a objetividade e a avaliação justa dos candidatos. Os principais pontos serão discutidos adiante. 2. Fundamentação e Argumentação 2.1. Diagnóstico Diferencial Insuficientemente Explorado O quadro descrito é compatível com várias condições clínicas relevantes, como: - Neoplasia de pâncreas (alternativa C): Hipótese diagnóstica plausível devido à icterícia obstrutiva, perda de peso e fezes acólicas. Contudo, a ausência de sinais específicos, como massa

palpável ou histórico familiar de câncer, enfraquece sua exclusividade. - Colelitíase com obstrução biliar (alternativa B): A icterícia obstrutiva acompanhada de hepatomegalia pode ser causada por cálculo biliar impactado na via biliar principal, especialmente em pacientes sem antecedentes claros de neoplasia. A descrição clínica é compatível com essa hipótese. - Hepatite alcoólica (alternativa A): O histórico de consumo regular de álcool por 15 anos, associado a hepatomegalia e icterícia, é compatível com hepatite alcoólica, especialmente sem sinais específicos de malignidade pancreática ou obstrução mecânica clara. Diante do exposto, A ausência de Exames Complementares não oferece informações laboratoriais ou de imagem que poderiam diferenciar os diagnósticos sugeridos, tais como: - Níveis de bilirrubinas direta e indireta para avaliar se a icterícia é predominantemente obstrutiva ou hepatocelular. - Enzimas hepáticas, como GGT, ALT e AST, que ajudariam a diferenciar hepatite alcoólica de icterícia obstrutiva. - Marcadores tumorais, como CA 19-9, que poderiam reforçar a suspeita de neoplasia pancreática. Diante do exposto, embora a neoplasia de pâncreas seja uma hipótese diagnóstica plausível devido ao quadro de icterícia obstrutiva, perda de peso e fezes acólicas, o caso clínico não fornece elementos definitivos que excluam diagnósticos igualmente prováveis em outras patologias.

## 2.2. Inadequação da Conduta Sugerida

A conduta indicada no gabarito oficial (ultrassonografia abdominal e tomografia de abdome) é direcionada à investigação de neoplasia pancreática. No entanto: - A ultrassonografia é suficiente para investigar causas prevalentes, como litíase biliar, na fase inicial da investigação. A tomografia seria indicada apenas após resultados inconclusivos ou suspeita clara de malignidade. - Não há menção de exames laboratoriais básicos para diferenciar icterícia obstrutiva de causas hepatocelulares,

como hepatite alcoólica ou viral. - A exclusão de hepatite alcoólica e infecções no protocolo de conduta compromete sua adequação e conflita com diretrizes clínicas amplamente aceitas. Portanto, a conduta sugerida no gabarito oficial (solicitar ultrassonografia abdominal e tomografia de abdome) é adequada para investigação de neoplasia pancreática, mas a ultrassonografia contempla as causas mais prevalentes de icterícia obstrutiva, como litíase biliar, que seria o primeiro passo em muitos protocolos clínicos para iniciar investigação de icterícia, onde a primeiro diagnóstico diferencial contempla a litíase biliar. 3. Fundamentação Teórica O diagnóstico diferencial de icterícia deve ser conduzido de forma escalonada, priorizando causas mais prevalentes antes de investigar hipóteses malignas. Diretrizes clínicas reforçam que: - A ultrassonografia abdominal é o exame inicial de escolha na investigação de icterícia obstrutiva, considerando sua acessibilidade e capacidade de identificar alterações anatômicas como cálculos biliares. - Exames laboratoriais, como enzimas hepáticas (ALT, AST, GGT) e bilirrubinas, são cruciais para diferenciar as etiologias mais prováveis. - A investigação de neoplasia pancreática deve ser reservada para casos com sinais de malignidade (massa palpável, caquexia acentuada, história familiar ou marcadores elevados, como CA 19-9). Referências relevantes: 1. Gusso G., Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Artmed, 2019. 2. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Artmed, 2022. 4. Conclusão e Pedido ao Juízo Diante das inconsistências apresentadas, conclui-se que a questão não oferece subsídios clínicos suficientes para justificar exclusivamente a escolha da alternativa 'C' (neoplasia de pâncreas) como resposta correta. Assim, solicito, respeitosamente, a

anulação da questão de código 137, por comprometer a objetividade e a imparcialidade na avaliação dos candidatos.

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O caso descreve a evolução insidiosa dos sintomas em homem de 45 anos, etilista crônico, e destaca que não há dor abdominal, mas desconforto, que se confirma ao exame físico descrito como “sem sinais de dor à palpação”. Portanto estamos de acordo com a suspeita de neoplasia de pâncreas como hipótese diagnóstica e com a solicitação de exames de imagem. Quanto a ultrassonografia ser o único exame indicado, entendemos que no caso da nossa principal hipótese diagnóstica, a Tomografia Computadorizada se torna o exame inicialmente pedido, e encontramos esta sugestão no Tratado:

“Para pessoas que não apresentam dor abdominal, mas têm perda de peso, fadiga, anorexia ou duração superior a 3 meses de icterícia, a US foi considerada a segunda opção, sendo a primeira a tomografia computadorizada.16” (GUSSO, 2019 p.4403)

**Resultado:**

Deferido

Indeferido

## **RESPOSTA AO RECURSO**

**Código da Questão: 137**

**Recurso: 11050**

prezados da banca avaliadora na pergunta se fala do Carlos que procura o médico de família por apresentar icterícia há 2 semanas associada a urina escura e fezes embranquecidas com perda de peso cerca de 5 kg sem dor abdominal só desconforto no lado direito paciente alcoólatra há 15 anos além com queixas d prurido generalizado com hepatomegalia no exame físico sem dor na palpação , querida banca avaliada consideramos que não tem resposta certa pois foi escolhida pela banca a opção C neoplasia de pâncreas com solicitação de ultrassonografia e tomografia e encaminhar para cirurgia , notamos que o quadro clinico acima pode ser achado também em pacientes com hepatites viral ,hepatites alcoólica ou também pode ser um paciente com quadro de colecistite em todos os casos o paciente pode ter dor abdominal no lado direito com o sem hepatomegalia , urinas escuras e fezes esbranquiçadas , perda de apetite que pode levar para perda de peso também , como tem várias outras opções que também podem ser a resposta certa solicitamos a banca anular a questão.

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. ISBN 9786555767513.

CIASCA, Saulo Vito; HERCOWITZ, Andrea; LOPES JUNIOR, Ademir (ed.). SAÚDE LGBTQIA +: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana do Parnaíba- SP: Manole,2021. ISBN 9786555761160.



**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O caso descreve a evolução insidiosa dos sintomas em homem de 45 anos, etilista crônico, e destaca que não há dor abdominal, mas desconforto, que se confirma ao exame físico descrito como “sem sinais de dor à palpação”. Portanto estamos de acordo com as notas do autor da questão que destaca:

“Embora o consumo de álcool crônico de Carlos possa ser um fator de risco, o quadro clínico de icterícia associada a perda de peso, fezes esbranquiçadas e hepatomegalia sem dor sugere uma causa obstrutiva ou neoplásica. A hepatite alcoólica pode causar icterícia, mas geralmente está associada a dor abdominal significativa e sintomas sistêmicos mais marcantes, como febre. (...)A icterícia indolor, associada a perda de peso, prurido, urina escura e fezes esbranquiçadas, sugere uma obstrução biliar extra-hepática. A neoplasia de cabeça de pâncreas é uma causa comum de obstrução do ducto biliar comum, causando os sintomas descritos” (Nota do autor da questão).

**Resultado:**

Deferido

Indeferido



## **RESPOSTA AO RECURSO**

**Código da Questão: 137**

**Recurso: 10491**

Prezada Banca, A questão aborda um paciente jovem de 45 anos com síndrome colestática subaguda. Não há menção de febre, esteatorreia, exames complementares. O paciente apresenta hiporexia, perda ponderal, icterícia e hepatomegalia significativa com desconforto em hipocôndrio direito. Diante desse contexto, faz-se mandatório a suspeita diagnóstica de hepatite aguda, pela alta prevalência e pela presença de sintomas inespecíficos, além de uma hepatomegalia significativa. De acordo com Gusso em Tratado de Medicina de Família 2 edições de 2019, nas páginas 4516 a 4518, no capítulo 175, no processo de investigação para hepatites, é necessário afastar as principais causas de hepatites (álcool, medicamentosa e virais) antes de prosseguir investigação para causas de icterícia obstrutiva. Além disso, o achado de hepatomegalia é presente em aproximadamente 80% das hepatites agudas ao exame físico (PÁGINA 4518). Portanto, pelos achados do exame físico associados a sintomas inespecíficos de síndrome colestática, na ausência de sinal de Courvoisier - Terrier, esteatorreia e exames complementares, a hipótese mais provável é hepatite aguda. No caso em questão, a hepatite alcóolica não é a principal suspeita devido à histórico de redução de consumo e quadro clínico mais leve (geralmente cursa com sintomas mais graves e febre, semelhante à colangite aguda). Não há relatos sobre uso de medicações. Portanto, resta afastar as hepatites virais. Dessa forma, solicito mudança de gabarito para letra D.

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O caso descreve a evolução insidiosa dos sintomas em homem de 45 anos, etilista crônico, e destaca que não há dor abdominal, mas desconforto, que se confirma ao exame físico descrito como “sem sinais de dor à palpação”. Portanto estamos de acordo com a suspeita de neoplasia de pâncreas como hipótese diagnóstica e com a solicitação de exames de imagem sugeridas pelo autor da questão como resposta, e embasados pelo cap. 170 do Tratado (GUSSO, 2019)

**Resultado:**

Deferido

Indeferido

**RESPOSTA AOS RECURSOS: 13135 / 12554 / 12957 / 12283 / 11583 / 12168 /  
12729 / 10468 / 10395 / 11124 / 10781 / 11024 / 11864 / 13019 / 12135 /  
12997 / 12312 / 12579 / 10366 / 12616 / 10608 /12158/ 13019**

**Código da Questão: 142**

**Recursos:**

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

Os recursos apresentados foram analisados individualmente, entretanto no conjunto demonstram, dentro das referências adotadas pelo Edital do TEMFC - 35, inconsistência nas assertivas, uma vez que na afirmativa II, como está referido na questão, o termo “anula” foi usado de modo equivocado pelo elaborador, já que o uso combinado do progestagênio não tem como efeito absoluto impedir o aumento do risco de câncer de endométrio, como se quer dizer. Em vez de: “A associação com progestagênio anula o aumento do risco de câncer de endométrio determinado pelo uso de estrogênio”; O CORRETO SERIA: “A associação do estrogênio com o progestagênio na terapia hormonal é de fato utilizada para reduzir o aumento do risco de câncer de endométrio associado ao uso isolado de estrogênio”. Sendo assim, devido a dubiedade gerada, sugerimos a ANULAÇÃO desta questão, uma vez que NÃO há alternativa correta e que não é esperado que uma questão de prova de titulação produza dubiedade de interpretação por parte dos candidatos.

**Referências do TEMFC-35: <https://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/2024/08/ANEXO-1-TEMFC-35-REFERENCIA-BIBLIOGRAFICA.pdf>**

**Resultado:**

**(X) Deferido**

**( ) Indeferido**

**RESPOSTA AO RECURSO: 11963**

**Código da Questão: 146**

**Recursos:**

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O recurso apresentado foi analisado e encontra-se em desacordo com as referências adotadas pelo Edital do TEMFC-35, sendo, portanto, INDEFERIDO.

De acordo com o item 11.2.2 do Edital do TEMFC-35: “Os recursos não poderão ser baseados em literatura não incluída na bibliografia oficial do Concurso”.

Referências do TEMFC-35: <https://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/2024/08/ANEXO-1-TEMFC-35-REFERENCIA-BIBLIOGRAFICA.pdf>

**Bibliografia Escrita:** Duncan BB et al. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção

Primária Baseadas em Evidências: Cap 82. Problemas da cavidade oral  
Cap. 117.

Infecções na gestação Gusso G; Lopes JMC; Dias LC. Tratado de Medicina de Família

e Comunidade: Cap. 131. Pré-natal de baixo risco Cap. 263. Doenças exantemáticas na criança.

**Resultado:**

**( ) Deferido**

**(X) Indeferido**

**RESPOSTA AOS RECURSOS: 12658 11745 10434 11650 13602 12690 11155  
11574**

**Código da Questão: 147**

**Recursos:**

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

Dado que na questão, a paciente Ana já menstruou anteriormente e parou de menstruar após a interrupção do anticoncepcional, ela apresenta amenorreia secundária. A *acantose nigra* e o ganho de peso sugerem resistência à insulina, que esse quadro é frequentemente associado à Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP).

Então, avaliando as opções:

- A. Amenorreia primária não é correta porque Ana já menstruou anteriormente.
- B. Amenorreia secundária está correta, mas a conduta de avaliar FSH e retomar anticoncepcional não aborda completamente o quadro clínico.
- C. Amenorreia primária não é correta.
- D. Amenorreia secundária está correta. A conduta de avaliar prolactina, progesterona e perfil metabólico é apropriada, considerando as suspeitas clínicas.

Portanto, a alternativa correta é:

**Opção D: trata-se de amenorreia secundária, avaliar prolactina, progesterônio e perfil metabólico.**

**Bibliografia Escrita:** Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências [recurso eletrônico] / Organizadores, Bruce B. Duncan ... [et al.]. – 5. ed.– Porto Alegre: Artmed, 12022. Cap 122: Amenorreia

**Resultado:**

Deferido

Indeferido

## RESPOSTA AO RECURSO: 12036

### Código da Questão: 148

#### Recurso:

#### Justificativa para o deferimento/indeferimento:

Julia tem 25 anos e utiliza anticoncepcional combinado oral há dois anos, mas interrompe o uso com frequência devido a enxaquecas, piorando os sintomas visuais e a dor. Ela não possui parceiro fixo e teve relação desprotegida há 4 dias. Sua última menstruação foi há 20 dias, e ela já utilizou contracepção de emergência outras duas vezes sem efeitos adversos.

#### Análise das Opções:

1. **Levonorgestrel (pílula do dia seguinte):** Este método deve ser tomado em até 72 horas após a relação desprotegida para ser eficaz. No caso de Julia, já se passaram 4 dias (96 horas), o que está fora do prazo recomendado, tornando essa opção inadequada.

2. **Tranquilizar sobre o risco de gestação e testar ISTs:** Embora o risco de gestação no vigésimo dia do ciclo seja relativamente baixo, não é completamente seguro afirmar que não há risco. Testar para ISTs é importante, mas não aborda a necessidade de contracepção de emergência.

**3. Inserção do DIU de Cobre:** O DIU de cobre pode ser usado como contracepção

de emergência até 5 dias após a relação desprotegida e como um método contraceptivo de longo prazo, o que pode ser uma opção adequada para Julia, considerando suas dificuldades com o uso regular de anticoncepcionais orais.

**4. Troca para contraceptivo injetável e medicação para enxaqueca:** Esta opção

pode ser útil para garantir que Julia não esqueça de tomar o anticoncepcional, mas não aborda a necessidade imediata de contracepção de emergência. Além disso, deve-se avaliar cuidadosamente a relação entre anticoncepcionais hormonais e enxaqueca.

**Conduta Adequada:**

***Opção C: Propõe a inserção do DIU de Cobre, para atuar como contracepção de urgência e ajuste do método contraceptivo de longo prazo.***

Esta opção atende à necessidade imediata de contracepção de emergência, e proporciona uma solução de longo prazo que pode ser mais adequada para Julia, considerando suas dificuldades com o uso regular de anticoncepcionais orais.

**Bibliografia Escrita:** GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves (eds.). Tratado de medicina de família e comunidade:



princípios, formação e prática. [recurso eletrônico]. 2. ed. Porto Alegre:  
Artmed, 2019. 2 v. – Cap 129 Contracepção.

**Resultado:**

**() Deferido**

**(X) Indeferido**

## **RESPOSTA AOS RECURSOS: 12758 / 11050**

**Código da Questão: 152**

**Recursos:**

### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

Os recursos financeiros disponibilizados para implementar o subsistema de saúde indígena apresentam progressão crescente nas últimas décadas. Apesar do aumento do financiamento, a APS não tem se mostrado resolutiva, com altas taxas de internação por diarreia e infecções respiratórias que são condições sensíveis à APS. Além disso, há elevada prevalência de anemia e desnutrição, principalmente em crianças abaixo de 5 anos, e obesidade e sobrepeso em mulheres adultas. O Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena, além de ser restrito aos profissionais que o utilizam, possui problemas de confiabilidade dos dados e de comunicação com os demais sistemas de informação do SUS.

Pontos Principais:

1. Recursos Financeiros:
  - Os recursos financeiros destinados ao subsistema de saúde indígena têm aumentado nas últimas décadas.
  - Apesar do aumento no financiamento, a Atenção Primária à Saúde (APS) ainda enfrenta desafios significativos, com altas taxas de internação por condições que deveriam ser resolvidas no nível primário, como diarreia e infecções respiratórias.
  - Problemas de Saúde Prevalentes:

- Anemia e desnutrição: Elevada prevalência, principalmente em crianças abaixo de 5 anos.
- Obesidade e sobrepeso: Observados em mulheres adultas indígenas.

2. Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena:

- o Restrito aos profissionais que o utilizam.
- o Problemas de confiabilidade dos dados.
- o Problemas de comunicação com os demais sistemas de informação do
- SUS.

Com base nessas informações, a alternativa mais adequada sobre os desafios em

Saúde Indígena no Brasil é:

**Opção A: O Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena, além de ser**

**restrito aos profissionais que o utilizam, possui problemas de comunicação com**

**os demais sistemas de informação do SUS.**

**Bibliografia Escrita:** Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da

atenção primária na saúde indígena no Brasil. Rev. Panam Salud Publica. 2018;42:e184.<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>.

**Resultado:**

**( ) Deferido**

**(X) Indeferido**

## **RESPOSTA AOS RECURSOS 12658/11165/10434/12036**

### **Código da Questão: 154**

#### **Recurso:**

Solicitada anulação da questão ou o aceite das alternativas A e B como corretas nestes recursos, tendo como base o Capítulo 90 “Sintoma do Diagnóstico” (GUSSO, 2019) e considerando que as cefaleias foram abordadas na questão de maneira genérica, e não específica, como enxaqueca, tensional etc., fundamenta-se que: “Em geral, os sintomas inexplicados melhoram espontaneamente dentro de 4 semanas”, (GUSSO, 2019).

“Muitos médicos se sentem pressionados pelos pacientes para que ofereçam intervenções, como prescrições, referenciamentos ou exames radiológicos, o que cria muita insatisfação. Por outro lado, esses pacientes têm a sensação de que a legitimidade de seus sintomas não é reconhecida, pois sentem como se fossem levados a sério”, (GUSSO, 2019).

Considerando-se que a alternativa B) “Focar nos sintomas apresentados e sinais detectados durante as crises de cefaleia”, reúne elementos respaldados pela referência bibliográfica indicada que permitem considerá-la como correta, gerando duplicidade na escolha entre as alternativas.

#### **REFERÊNCIA BÁSICA:**

GUSSO, Gustavo; LOPES, Jose MC DIAS, Leda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019. ISBN 9788536327631. Capítulo 90 – Sintoma como Diagnóstico, p. 2320 – 2333.

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

A alternativa A, dada como correta, nos coloca que o médico deve propiciar à pessoa a oportunidade de contar tudo que queria dizer sobre a sua dor de cabeça. Isso nos remete ao paciente trazer sintomas, seu cotidiano, outros fatores que podem estar associados a cefaleia. A alternativa NÃO exclui os sintomas, mas sim deixar, pelo princípio da abordagem centrada na pessoa, o paciente discorrer sobre o que sente, levando inclusive em conta o que é para ele este processo de adoecimento ou relevante. Focar nos sintomas exclui outros tipos de narrativa, não permitindo ao paciente relatar seu processo de adoecimento, e assim gerar a frustração por não se sentir ouvido ou ter sua queixa considerada e podendo levar a intervenções desnecessárias. A questão justamente não traz em seu enunciado uma abordagem de cefaleia específica, com conduta direcionada, mas sim a abordagem inicial de uma queixa genérica de cefaleia. A alternativa B é, portanto, excludente, pois reduz a abordagem a focar nos sintomas. A alternativa A, por outro lado, permite que o paciente narre seu processo de adoecimento, o que inclui a forma como ele percebe seus sintomas dentro de seu cotidiano e o que considera relevante, cabendo ao médico utilizar a entrevista centrada no paciente, flutuando entre perguntas abertas e fechadas após esta abordagem inicial e a partir do que o paciente traz, gerando assim melhores resultados e reduzindo intervenções desnecessárias como quando se foca unicamente em sintomas.

OPÇÃO 1 (CORRETA) "Pacientes que consultaram por cefaleia com médicos de família e comunidade, quando lhes foi dada oportunidade

para contar tudo o que queriam dizer sobre a sua dor de cabeça, tiveram melhor desfecho (medido 6 semanas após a consulta).”

OPÇÃO 2 (INCORRETA) - “A abordagem do paciente com cefaleia inclui, além do sintoma e/ou doença subjacente (disseste), a experiência do paciente com a dor (illness), que, em muitos casos, pode revelar o verdadeiro motivo da consulta (p. ex., a preocupação acerca da causa da cefaleia).”

OPÇÃO 3 (INCORRETA) - A lógica é similar se focar nos sintomas e sinais, tende a focar no tratamento medicamentoso, parte importante da abordagem, mas não a principal.

OPÇÃO 4 (INCORRETA) - Sempre importante, especialmente a história familiar de cefaleia em algumas condições, mas trata-se de uma condição bem individualizada que a abordagem centrada na pessoa e os aspectos peculiares do seu sofrimento ganham mais peso.

Bibliografia Escrita:

CASTRO Rodrigo CL, COLLARES Martha F. Cefaleia (Cap 187) In: DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. ISBN 9786555767513.

**Resultado:**

Deferido

Indeferido

## **RESPOSTA AOS RECURSOS 12465/13900/11024**

### **Código da Questão: 155**

#### **Recurso:**

Os recursos são para anulação da questão pois o caso apresentado não apresenta todos os 4 critérios diagnósticos para Kawasaki.

- A Doença de Kawasaki é caracterizada por febre alta persistente, mas também apresenta outros sinais clínicos importantes, como conjuntivite, alteração nas extremidades (inchaço das mãos e pés), eritema da mucosa oral (não apenas rachaduras) e linfadenopatia cervical. A descrição do caso não menciona todos esses critérios, o que gera dúvidas sobre a adequação do diagnóstico. Também trazem referência que o exantema maculopapular escarlatiniforme e a febre persistente também podem ser indicativos de outras condições, como infecções virais, incluindo a mononucleose infecciosa, que, embora menos comum em crianças dessa idade, ainda pode ser considerada. E que a dengue (opção A) e a dermatite herpetiforme (opção B) também podem apresentar febre e exantema, embora com características diferentes. Segundo os recursos a literatura, incluindo o livro de Duncan, para o diagnóstico da Doença de Kawasaki, afirma que é necessário que a febre persista por pelo menos cinco dias e que estejam presentes pelo menos quatro dos cinco critérios principais (conjuntivite bilateral, alterações na mucosa oral, erupção cutânea, alterações nas extremidades e linfadenopatia cervical). A descrição dos sintomas apresentados na questão não fornece informações suficientes para confirmar a presença desses critérios.

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O enunciado da questão é o seguinte: "Uma médica de família e comunidade atua como preceptora de estudantes do internato de graduação de medicina. Recebeu de um dos internos a demanda de discutir o caso de uma criança de 2 anos, que apresenta um quadro de febre alta (>38° C) e persistente há aproximadamente cinco dias, com hiperemia e rachadura nos lábios, associada a um exantema maculopapular escarlatiniforme. Caso você estivesse no lugar dessa médica e dispondendo dessas informações iniciais, qual seria a hipótese diagnóstica que você pensaria?"

O próprio enunciado nos coloca que estas são informações iniciais que irão direcionar, inicialmente, a um diagnóstico mais provável, que deve ser considerado como uma primeira opção. Apesar de não ter os 4 critérios, levando-se em conta os demais diagnósticos trazidos nas alternativas, a doença de Kawasaki seria o primeiro diagnóstico a ser pensado. Como os próprios recursos trazem em sua escrita: a idade não é comum para se pensar em mononucleose. Além disso a febre é persistente por 5 dias. O exantema da mononucleose costuma ser erupção papular eritematosa de contornos irregulares. Somado a alterações na mucosa, mesmo sem os 4 critérios já presentes, a Doença de Kawasaki deveria ser pensada com estas informações iniciais em detrimento da mononucleose. Como trazido pelos próprios recursos também, o exantema das demais alternativas manifesta-se de forma diferente (Exantema maculopapular na forma petequiral ou purpúrico devido a alterações vasculares com ou sem distúrbios de plaquetas e de coagulação na dengue/- Exantema maculopapular na forma papulovesicular, na dermatite herpetiforme). A questão é, portanto, um exercício de diagnóstico diferencial pensado a partir de sintomas



iniciais, características do exantema, e que levam também em conta o perfil epidemiológico da doença, tal como como a idade.

**Resultado:**

Deferido

Indeferido

**RESPOSTA A OSS RECUROS:**

**12554/12465/12957/12127/11583/12961/12040/12690/11591/12350/107  
81/11024/  
13586/11050**

**Código da Questão: 157**

**Recurso:**

Recursos solicitam a anulação da questão pois consideram que há mais de uma alternativa correta ou que a alternativa correta é a Conjuntivite. Citam o capítulo 127, do Tratado de Medicina de Família e Comunidade 2ª edição, no tópico Conjuntivite, que os autores afirmam que o quadro clínico é composto por: “Coceira, vermelhidão, lacrimejamento, turvação visual, fotofobia, secreção, dor, inchaço”. Ou que precisariam de mais dados de exame para caracterizar glaucoma ou excluir outras doenças sistêmicas (porém estas não constam na alternativa). Alguns recursos citam que poderia ser conjuntivite ou glaucoma, pois conjuntivite pode ter dor, e que os sintomas são reforçados no quadro 191.2 do capítulo 191 do Tratado de Medicina de Família.

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

O Capítulo 127 do Tratado fale de problemas em criança, o que muda inclusive o perfil de adoecimento. O caso em questão é em um adulto. No capítulo 191 sobre olho vermelho, as conjuntivites têm a seguinte caracterização: “Manifestam-se clinicamente por sensação de corpo estranho (CE), hiperemia conjuntival, edema palpebral (mais acentuado e persistente nas conjuntivites virais com formação de

pseudomembrana), fotofobia, lacrimejamento, prurido e embaçamento visual (que melhora com o piscar, porque decorre do acúmulo de secreção)." Não há menção a dor, nem no texto, nem no quadro citado em alguns recursos, e sim a sensação de corpo estranho. As ceratites podem cursar com dor, mas não estão entre as alternativas. Já o glaucoma agudo, no mesmo capítulo, é caracterizado da seguinte forma: "Dor ocular **aguda**, de forte intensidade, **podendo** ser referida pelo paciente como cefaleia unilateral e **às vezes** acompanhada por vômitos. Aumento da tensão ocular à palpação, que pode ser percebida pelo endurecimento do bulbo ocular com o paciente olhando para baixo..."

Portanto, dentre as alternativas apresentadas, mesmo que com sintomas iniciais e sem a citação de exame físico, a hipótese diagnóstica inicial seria a alternativa D-Glaucoma, a ser confirmada com demais dados do exame físico e exames complementares. Trata-se de uma questão de diagnóstico diferencial por sinais e sintomas iniciais de suspeita.

OPÇÃO 1 (INCORRETA): A hanseníase pode afetar o olho humano causando hipoestesia.

OPÇÃO 2 (INCORRETA): As blefarites são causas de olho vermelho, afetam as pálpebras e não há queixa de dor.

OPÇÃO 3 (INCORRETA): Quadros de conjuntivites infecciosas, NÃO cursam com queixas de dor.

OPÇÃO 4 (CORRETA) - Pode haver alguma confusão com quadros de conjuntivites infecciosas, porém estas não cursam com queixas de dor. Pessoas que apresentam queixa de dor oftalmológica, os quadros de aumento da pressão intraocular cursam com dor e olho vermelho, característica importante do glaucoma. Especial atenção em casos de surtos de conjuntivite, que quadros de glaucoma podem passar despercebidos.

Bibliografia Escrita:

CARDOZO Adriana V, DALLA Marcello DB. Olho vermelho (Cap 191) 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. ISBN 9788536327631.]

**Resultado:**

**( ) Deferido**

**(X) Indeferido**

## RESPOSTA AO RECURSO

**Código da Questão: 161**

**Recursos: 12654**

### **Justificativa para o indeferimento:**

O recurso apresentado não procede, pelas seguintes razões: Adequação da Alternativa A: A alternativa A é respaldada pela literatura como a conduta padrão, combinando contenção física, tranquilização química intramuscular e remoção pelo SAMU. Essa abordagem é a mais segura e técnica para o manejo de emergências psiquiátricas com risco de violência.

Limitações da Alternativa B: O acionamento da Polícia Militar, conforme descrito na alternativa B, não substitui o suporte clínico necessário para o manejo do paciente. Embora a segurança seja uma prioridade, a condução do caso deve ser feita pelo serviço de emergência médica, que possui capacitação específica para essas situações.

**Resposta ao Recurso:** A análise da questão e das alternativas confirma que a alternativa A reflete a conduta ideal para o manejo do paciente descrito no enunciado. A contenção física e a tranquilização química intramuscular, seguidas de remoção pelo SAMU, são respaldadas pela literatura como a abordagem padrão para emergências psiquiátricas com risco de violência. O acionamento da Polícia Militar, conforme descrito na alternativa B, é um recurso complementar para garantir segurança, mas não substitui o fluxo assistencial correto. Por isso, o recurso é indeferido.

### **Resultado:**

**Deferido  Indeferido**

## RESPOSTA AO RECURSO

**Código da Questão: 161**

**Recursos: 12961, 11727, 10608, 11783, 12729, 10395, 12419**

### Justificativa para o indeferimento:

O recurso **não procede**, pois:

#### 1. Adequação da Alternativa A:

- A alternativa A descreve a conduta mais segura e apropriada para o contexto apresentado, que envolve comportamento homicida e risco iminente. Nesse caso, a contenção física e a medicação intramuscular são respaldadas pelas diretrizes citadas no *Duncan* e no *Gusso*.

#### 2. Hierarquia de Intervenções:

- Embora técnicas menos invasivas sejam preferíveis, o enunciado sugere que medidas iniciais já falharam ou são inviáveis devido à gravidade do caso, justificando o manejo direto com contenção física e tranquilização química intramuscular.

#### 3. Risco e Segurança:

- A literatura citada reconhece que, em emergências psiquiátricas graves, a segurança da equipe e de terceiros justifica medidas mais invasivas como primeiras intervenções.

**Resposta ao recurso:** A alternativa A reflete a conduta mais adequada e respaldada pela literatura para o manejo de um paciente com grave agitação psicomotora, comportamento homicida e risco iminente. Embora a hierarquia de intervenções recomende descalonamento verbal e medicação oral como primeiras abordagens, essas medidas

podem ser impraticáveis ou insuficientes em contextos de risco extremo, como o descrito no caso clínico. A contenção física e a tranquilização química intramuscular são indicadas e estão alinhadas ao manejo descrito no *Duncan* e no *Gusso*. Portanto, o recurso é indeferido.

**Resultado:**

Deferido

Indeferido

**RESPOSTA AO RECURSO: 10608**

**Código da Questão: 165**

**Recurso:**

**Justificativa para o indeferimento:**

A questão exige que o candidato interprete o caso clínico e correlacione com os componentes do MCCP. Assim sendo, a alternativa correta é a letra B, dado que é o terceiro componente: “Elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas”.

Ademais, a bibliografia proposta pelo candidato não consta em nossas referências bibliográficas TEMFC 35 ([O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA – UM RESUMO](#)).

**Resultado:**

**Deferido**

**Indeferido**



**RESPOSTA AOS RECURSOS: 12036**

**Código da Questão: 170**

**Recurso:**

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

Com o diagnóstico clínico mais provável sendo Síndrome do Desfiladeiro Torácico, mais de 90% dos casos melhoram com intervenções convencionais (analgesia e fisioterapia), sendo o diagnóstico eminentemente clínico.

**Resultado:**

Deferido

Indeferido

**RESPOSTA AOS RECURSOS: 12036, 12654, 12658,12554, 13343, 12957, 12283, 11505, 10956, 11246, 13315, 12537, 11983, 10542, 10491, 10608, 10468, 11761, 11920, 12083, 12036, 12913, 12729, 12350, 12076, 11155, 11574, 11124, 12419, 10781, 11024, 11864, 13019, 12312, 11050, 12579, 10366.**

**Código da Questão: 177**

**Recurso:**

**Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

A pessoa apresentada na questão, apresenta um quadro de aumento atrial direito, o que é o principal fator de fibrilação atrial, que foi confirmada no ECG de repouso no dia da consulta e está com sintomas de desconforto, mas sem sinais de instabilidade. Como está estável, não é necessário encaminhar a um serviço de urgência e emergência.

**Resultado:**

**( ) Deferido**

**(X) Indeferido**

## **RESPOSTA AO RECURSO**

**Código da Questão: 185**

**Recursos: 10608, 11783, 12036, 11050**

### **Justificativa para o indeferimento:**

Embora a alternativa A descreva prática possível, a troca de informações e intervenções educativas, pertence ao nível inicial de envolvimento com a família, geralmente denominado "grau 1" de envolvimento, conforme descrito na literatura (Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Cap. 35). Um grau baixo de envolvimento pode ser requerido, mas não é o ideal, não alcançando o manejo desejado. A alternativa D, ao contemplar uma abordagem mais ampla e profunda, reflete o manejo esperado. Essa abordagem é respaldada pela literatura como a mais eficaz para maximizar os impactos positivos das intervenções familiares na qualidade de vida. Por esse motivo, o recurso é indeferido.

Bibliografia: Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019

### **Resultado:**

**( ) Deferido**

**(X) Indeferido**

**RESPOSTA AO RECURSO: 12658, 10956, 10608, 12083, 11783, 12204, 12933,  
11050**

**Código da Questão: 187**

**Recurso:**

**Justificativa para o indeferimento:**

Tendo em vista o quadro clínico exposto, o candidato deverá avaliar, dentro das respostas propostas, qual a melhor opção para esse caso de Saúde do Idoso domiciliado em cuidados paliativos.

O quadro de ansiedade deve ser diagnosticado e tratado como uma condição mórbida à parte dos estágios diante do fim de vida. Deve ser abordado farmacologicamente, os ISRS são fármacos de escolha pois possuem eficácia na melhora de sintomas ansiosos-depressivos, além de melhor tolerabilidade e segurança; sendo assim, menor taxa de descontinuação por efeitos colaterais e podendo ser usado em monoterapia, melhorando adesão ao tratamento. Os BZD isolados como uma das opções terapêuticas têm benefício limitado em cuidados paliativos, podendo ser usado em associação com ISRS.

Tricíclicos devem ser evitados em cuidados paliativos devido aos efeitos anticolinérgicos.

A espiritualidade pode e deve ser abordada, mas não isoladamente.

Referências bibliográficas:

Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5. ed. Porto Alegre. 2022.

Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

**Resultado:**

**( ) Deferido (x) Indeferido**

**RESPOSTA AO RECURSO: 12654, 12036**

**Código da Questão: 187**

**Recurso:**

**Justificativa para o indeferimento:**

Tendo em vista o quadro clínico exposto, o candidato deverá avaliar, dentro das respostas propostas qual a melhor opção para esse caso de Saúde do Idoso domiciliado em cuidados paliativos.

É preciso abordar o tratamento farmacológico para controle de sintomas e melhor qualidade de vida. Entretanto, o uso de antidepressivos tricíclicos em pacientes idosos podem causar efeitos deletérios anticolinérgicos e faltam evidências de benefícios em seu uso.

Os ISRS são fármacos de escolha pois possuem eficácia na melhora de sintomas ansiosos-depressivos, além de melhor tolerabilidade e segurança; sendo assim, menor taxa de descontinuação por efeitos colaterais e podendo ser usado em monoterapia, melhorando adesão ao tratamento.

A espiritualidade pode e deve ser abordada, mas não isoladamente.

Referências bibliográficas:

Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5. ed. Porto Alegre. 2022.

Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

**Resultado:**

**( ) Deferido**

**(x) Indeferido**

## **RESPOSTA AO RECURSO**

**Código da Questão: 190**

**Recurso: 12036**

Peco gentilmente à Banca avaliadora que considere minha resposta adequada já que considerei de devia ser realizada a lavagem otológica apenas no caso 2, considerando que para realizar o procedimento deve existir algumas condições se é realizado ambulatorialmente, como por exemplo boa higiene e boa iluminação do local. Concordo que a capacidade auditiva na pessoa idosa que apresenta um tampão de cerume melhora após a lavagem otológica, mas considero que as vezes existem casos de pacientes domiciliados que melhor seria avaliar e fazer o procedimento na unidade, como sabemos o procedimento é simples, mas não deixa de ter riscos de causas infecções, ferimentos e até perfuração do tímpano

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2022

### **Justificativa para o deferimento/indeferimento:**

A questão não explicita as condições do domicílio do idoso do caso 3. Ademais, a pergunta da questão é sobre a prescrição da lavagem otológica, que deve ser considerada neste caso, por ter sido visualizado tampão ceroso em idoso com relato de perda auditiva recente.

“O procedimento pode ser realizado tanto na unidade de saúde quanto em domicílio, como destacado por Savassi et al (2023). Portanto, não há contraindicação ao procedimento no caso 3” (Nota do autor da questão)

### **Resultado:**

**Deferido  Indeferido**