

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME) PROCESSO SELETIVO
EDITAL Nº 015/2021 RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**
Respostas aos recursos da prova realizada em 28 de novembro de 2021.

Resumo executivo:

Recebemos um total de 38 recursos, referentes a 15 questões.
Recursos em desacordo com o edital não foram considerados. Três recursos foram deferidos e 01 questão foi anulada, 01 questão teve troca de gabarito e 01 questão considerou duas alternativas corretas.

Questão 01

Recursos

Questão 01: Pedido de considerar A e D como corretas

Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Como apresentado no Capítulo 112: Queixas Somáticas sem Explicação Médica da Seção IX: Problemas de Saúde Mental da obra Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária desenvolvida por Duncan et al (2013), bibliografia recomendada no edital do concurso, um dos principais dados que direciona à suspeita clínica de tais transtornos é a presença do número elevados de consultas com um padrão similar de demanda. Ao nortear a suspeita clínica de um diagnóstico nosológico é passível considerar verdadeira a alternativa A, que dispõe que tal padrão deve ser visto como um problema em si. Ademais, tal alternativa abrange que este elevado número de consultas também pode ser visto como um problema da organização do sistema de saúde no qual a paciente está inserida, como disposto no tópico “Evitar o poder somatizador da consulta médica”, presente no referido capítulo, que ressalta que “A organização do sistema de saúde e a coordenação do cuidado também influenciam na evolução dos quadros de sintomas inexplicáveis. Em um estudo multicêntrico da Organização Mundial da Saúde (OMS), Simon e colaboradores mostraram que um dos mais importantes determinantes da apresentação somática de pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo	Bibliografia utilizada: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

	era a organização do sistema de saúde.” Ademais, o tópico “Manejo clínico” do referido capítulo corrobora a alternativa D, correta pelo gabarito oficial. Desse modo, é possível considerar corretas as alternativas A e D.	
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: Um número elevado de consultas em relação a um padrão de referência não deve ser visto como um problema em si, podendo ser analisado de várias perspectivas: do médico, da equipe de saúde, da pessoa e, também, do sistema de saúde e da sociedade (Tratado p. 630). A alternativa A não abrange estas diversas perspectivas, portanto está incorreta. O fato de ser realizado um diagnóstico e de se tranquilizar o paciente pode ter efeitos diversos e paradoxais. Algumas vezes, aumenta, outras vezes, diminui a frequência das consultas (Tratado p. 641). Portanto, a alternativa D está correta.

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

Questão 07

Recursos

Questão 07: Pedido de anulação da questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Recurso: A tabela abaixo(tabela 77.6), retirada do Tratado de MFC no capítulo 77 “Orientação à atividade física”, baseada nas recomendações da American College of Sport Medicine, demonstra que o paciente teria sim indicação de teste ergométrico antes do início da atividade física, que segundo o enunciado trata-se de atividade de alta intensidade, uma vez que apresenta dois fatores de risco que se enquadram nas indicações abaixo: hipertensão e tabagismo atual. Portanto, não há alternativa correta para a questão.	Tratado de MFC no capítulo 77 “Orientação à atividade física”
02	Recurso: A tabela abaixo(tabela 77.6), retirada do Tratado de MFC no capítulo 77 “Orientação à atividade física”, baseada nas recomendações da American College of Sport Medicine,	Tratado de MFC no capítulo 77 “Orientação à atividade física”

	<p>demonstra que o paciente teria sim indicação de teste ergométrico antes do início da atividade física, que segundo o enunciado trata-se de atividade de alta intensidade, uma vez que apresenta dois fatores de risco que se enquadram nas indicações abaixo: hipertensão e tabagismo atual. Portanto, não há alternativa correta para a questão.</p>	
<p>Total de recursos enviados: 02</p>		

Parecer: Segundo o tratado de MFC, seção VII, cap.77, pag. 643, quadro 77.6, as últimas atualizações das recomendações da realização de teste de esforço ergométrico antes de iniciar atividade física dizem que: o exame deve ser realizado apenas após avaliação criteriosa e identificação de pessoas com alto risco cardiovascular. O paciente possui um moderado risco cardiovascular pelo Escore de Framingham (18%), assintomático, HAS compensada, tabagista e, portanto, conforme tabela 77.6, por ter 02 fatores de riscos (HAS e tabagismo), necessita de teste de esforço ergométrico antes de iniciar o seu treino funcional. Assim nenhuma das alternativas está correta.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda o deferimento do recurso e a questão será anulada.

Questão 14

Recursos

Questão 14: Pedido de troca de gabarito D para C		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Considera-se o documento “Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde (2016)”, indicado como bibliografia recomendada, no edital nº15/2021 da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, que rege o atual processo seletivo. (Documento disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf, acesso em 29/11/21) Na presença de corrimento vaginal no exame físico, diante da indisponibilidade de teste de pH e KOH, o fluxograma nº 7 (“Corrimento Vaginal e Cervicite”) do documento em questão, indica tratamento conforme o “Quadro-síntese para tratamento de corrimento vaginal e cervicite”. Comparadas as características da leucorreia descritas no quadro com o enunciado da questão, essa não se enquadra em</p>	<p>“Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde (2016)”, (Documento disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)</p>

	<p>nenhuma etiologia patológica. Nesses casos (mucorreia), a conduta definida pela bibliografia é “orientar sobre fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais” - o que é compatível com a alternativa C. A alternativa D, indicada no gabarito oficial, está incorreta ao conduzir tratamento em paciente assintomática para leucorreia patológica e sem histórico de parceiro com uretrite. Além disso, a terapia medicamentosa apresentada pela alternativa (Azitromicina 1g em dose única), mesmo quando indicada, não estaria completa, de acordo com a bibliografia, que orienta associação antibiótica devido possibilidade de coinfeção por clamídia e gonorreia.</p>	cao_basica_sau de_mul
02	<p>A justificativa encontra-se abaixo, com a citação direta do Capítulo 51 "Secreção Vaginal e Prurido Vulvar" de Naud et al, pg.486, do livro "Medicina Ambulatorial, de Duncan et al. (2013): "A mucorreia é definida pelo volume excessivo de secreção vaginal fisiológica, sendo um achado muito frequente na prática clínica (exame especular mostrando ausência de inflamação vaginal e áreas de epitélio endocervical secretando muco claro e límpido). As duas causas principais de mucorreia são: -> Ectopia: presença do epitélio endocervical recobrimdo o colo uterino, o qual produz maior quantidade de muco quando em contato com o meio ácido vaginal. Gestação: glândulas cervicais e vaginais com circulação sanguínea aumentada, produzindo mais muco. A anamnese revela fluxo vaginal aumentado, sem odor, prurido ou outro sintoma infeccioso. O exame físico mostra mucosa vaginal normal, sem alterações inflamatórias ou infecciosas, com grande quantidade de muco hialino. Área de ectopia pode estar presente. O tratamento da mucorreia consiste em assegurar à paciente que, nesse caso, as secreções vaginais são normais, sendo importante explicar-lhe a fisiologia normal da vagina e suas variações relacionadas com a idade e as oscilações hormonais."</p>	<p>NAUD, Paulo et al. Secreção Vaginal e Prurido Vulvar. In: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.</p>
03	<p>Na questão 14 temos um caso de mulher jovem com queixa de corrimento vaginal do tipo "clara de ovo" há dois meses, nega prurido, dor, sangramento ou odor fétido. O exame especular evidencia ectopia pronunciada associada a abundante secreção hialina. Segundo o livro-texto referência "Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências" (4a ed.), página 486, define-se mucorreia como "volume excessivo de secreção vaginal fisiológica, sendo um achado muito comum na prática clínica (exame especular mostrando ausência de inflamação vaginal e áreas de epitélio endocervical secretando muco claro e límpido)". Nessa mesma referência, indica-se que o tratamento da mucorreia consiste em "assegurar à paciente que, nesse caso, as secreções vaginais são normais, sendo importante explicar-lhe que a fisiologia normal da vagina e suas variações relacionadas com a idade e as oscilações hormonais. Nesse sentido, o quadro da paciente em questão aproxima-se muito mais com o diagnóstico de secreção vaginal fisiológica em detrimento do diagnóstico de cervicite proposto no gabarito. O quadro de cervicite, segundo a mesma referência citada (pag. 488), caracteriza-se por</p>	<p>Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências" (4a ed.), página 486</p>

	<p>"secreção purulenta visível no canal cervical ou presente em swab endocervical", além de, "friabilidade do colo uterino, podendo ocorrer sangramento à sua manipulação, seja durante o coito ou exame ginecológico". Além disso, na presença do quadro típico de cervicite e na indisponibilidade de confirmação do agente etiológico, recomenda-se tratar empiricamente cobrindo <i>N. gonorrhoeae</i> e <i>C. trachomatis</i> (pag. 489) com o esquema preferencial de Ceftriaxona 250mg IM + Azitromicina 1 g VO, ambos em dose única.</p> <p>Dessa forma, solicito troca do gabarito para item C ou anulação da questão.</p>	
04	<p>Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade: “Mulheres que referem um corrimento vaginal tipo “clara de ovo”, sem odor fétido, sem prurido e sem dispareunia, provavelmente apresentam mucorreia. Pode acometer de 5 a 10% das mulheres e acontece geralmente por ectopia cervical ou durante a gestação. Na primeira, deve-se à maior produção de muco pelo epitélio endocervical quando em contato com o ácido vaginal. O diagnóstico é feito a partir de uma adequada anamnese e exame físico, no qual, ao exame especular, visualiza-se uma grande área de ectopia e quantidade abundante de muco hialino. Nesses casos, deve-se tranquilizar a paciente e explicar o que está acontecendo. Em situações extremas, em que a mucorreia é abundante e a área de ectopia é grande, deve-se encaminhá-la ao ginecologista para avaliar a necessidade de cauterização epitelial” (Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019 :3397, grifo meu). Embora a infecção por <i>Chlamydia trachomatis</i>, cujo tratamento está proposto na opção D, dada como correta, seja na maioria das vezes assintomática, a questão deve ser revisada. O corrimento “tipo clara de ovo” sem demais sintomas associados se torna característico de mucorreia. A presença de ectopia acentuada também reforça a provável etiologia de secreção fisiológica vaginal normal. Por esse motivo, a opção C deve ser dada como correta.</p>	<p>Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019 :3397.</p>
05	<p>A questão traz o caso de uma paciente com queixa de corrimento vaginal hialino inodoro e sem outras queixas. No exame físico, não foram evidenciados outros sinais sugestivos de cervicite, como friabilidade do colo, teste do cotonete positivo, sangramento ao toque ou dor à mobilização do colo. O exame descreve a presença de ectopia pronunciada, que se trata de alteração fisiológica e justifica a mucorreia. Nesse sentido, embora a história atente para o fato da paciente ter novo parceiro em uso irregular de preservativos, o quadro não traz dados suficientes que falem a favor de cervicite em detrimento de uma situação fisiológica decorrente da ectopia, tendo como base o Fluxograma 7 - corrimento vaginal e cervicites, dos Protocolos de Atenção Básica - Saúde das mulheres, recomendado como bibliografia no edital do processo. Ademais, o mesmo protocolo recomenda o tratamento concomitante de clamídia e gonorreia em casos de cervicite, não fazendo diferenciação em termos de características do corrimento. Por esse motivo, ainda que considerarmos o corrimento patológico, a questão D estaria incorreta por trazer o tratamento somente para clamídia. A meu ver,</p>	<p>“Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde (2016)”, (Documento disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mul)”</p>

	<p>com base nas informações trazidas, o gabarito correto seria a letra C, atribuindo o corrimento à ectopia cervical pronunciada. Por fim, o Tratado de medicina de família e comunidade reforça a letra C como correta, trazendo o seguinte parágrafo no capítulo 135 “Corrimento vaginal”:</p> <p>“Mulheres que referem um corrimento vaginal tipo “clara de ovo”, sem odor fétido, sem prurido e sem dispareunia, provavelmente apresentam mucorreia. Pode acometer de 5 a 10% das mulheres e acontece geralmente por ectopia cervical ou durante a gestação. Na primeira, deve-se à maior produção de muco pelo epitélio endocervical quando em contato com o ácido vaginal. O diagnóstico é feito a partir de uma adequada anamnese e exame físico, no qual, ao exame especular, visualiza-se uma grande área de ectopia e quantidade abundante de muco hialino. O pH é normal, variando de 3,8 a 4,2. Na gestação, a mucorreia acontece pela maior circulação sanguínea na região vaginal. Nesses casos, deve-se tranquilizar a paciente e explicar o que está acontecendo. Em situações extremas, em que a mucorreia é abundante e a área de ectopia é grande, deve-se encaminhá-la ao ginecologista para avaliar a necessidade de cauterização epitelial”.</p>	
06	<p>Segundo Duncan et al, em Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências 4ª edição, página 486, “(...) a mucorreia é definida pelo volume excessivo de secreção fisiológica, sendo um achado muito frequente na prática clínica (...) As duas principais causas de mucorreia são: Ectopia – presença de epitélio endocervical recobrimdo o colo uterino, o qual produz maior quantidade de muco quando em contato com o meio ácido vaginal. Gestação (...). A anamnese revela fluxo vaginal aumentado, sem odor, prurido ou sintoma infeccioso. Área de ectopia pode estar presente. O tratamento da mucorreia consiste em assegurar à paciente que, nesse caso, as secreções vaginais são normais, sendo importante explicar-lhe a fisiologia normal da vagina e suas variações relacionadas à idade e as oscilações hormonais.” O autor ainda coloca que “mulheres que apresentam grandes áreas de ectopia e mucorreia intoleráveis devem ser encaminhadas ao ginecologista para avaliação, com objetivo de afastar lesões cervicais pré malignas ou infecções que não estejam sendo identificadas e que necessitem investigação laboratorial adicional (...)”</p> <p>Portanto, para tal questão, creio que a resposta correta seja letra C, já que pelas características do exame especular e anamnese descritos nos levam a crer que se trata de uma mucorreia, e não de uma IST.</p>	<p>DUNCAN, B.B. SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.</p>
07	<p>Como apresentado na Seção IV: Atenção à Saúde da Mulher, página 436, da obra Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária desenvolvida por Duncan et al (2013), bibliografia recomendada no edital do concurso, a mucorreia é definida pelo “volume excessivo de secreção vaginal fisiológica, sendo um achado muito frequente na prática clínica (exame especular mostrando ausência de inflamação vaginal e áreas de epitélio endocervical secretando muco claro e límpido)”, complementando que uma de suas principais causas é a ectopia, definida como “presença do epitélio endocervical recobrimdo o colo uterino, o qual produz maior</p>	<p>DUNCAN, B.B. SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial:</p>

	<p>quantidade de muco quando em contato com o meio ácido vaginal” e com dados a serem obtidos pela anamnese, na qual há queixa de “fluxo vaginal aumentado, sem odor, prurido ou outro sintoma infeccioso. O exame físico mostra mucosa vaginal normal, sem alterações inflamatórias ou infecciosas, com grande quantidade de muco hialino. Área de ectopia pode estar presente”. Assim, tal descrição é compatível com a queixa da paciente em questão e a terapêutica descrita na literatura citada preconiza “em assegurar à paciente que, nesse caso, as secreções vaginais são normais, sendo importante explicar-lhe a fisiologia normal da vagina e suas variações relacionadas com a idade e as oscilações hormonais”, indo de acordo com o proposto da alternativa C, sobretudo por estar evidenciado no enunciado orientações sobre proteção e testagem de infecções sexualmente transmissíveis e exclusão de gestação pelo tempo de amenorreia e por esta ser outra causa de mucorreia, também descrito por Duncan et al (2013). Ademais, nas páginas subsequentes da literatura referida, 487-489, estão apresentados esquemas terapêuticos em caso de suspeita clínica de cervicite e de vulvovaginites e nenhuma delas contempla o uso de Azitromicina de modo isolado, como proposto na alternativa D, considerada como correta. A ausência de tal opção terapêutica também é corroborada pelo “Quadro-síntese para tratamento de corrimento vaginal e cervicite” presente na página 42 do "Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres", bibliografia recomendada no edital do concurso, na qual se explicita que “Devido à possibilidade de coinfeção e desenvolvimento da doença infecciosa pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em todos os casos.”</p>	<p>Condutas clínicas em atenção primária. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p</p>
08	<p>A questão se tratava de uma mulher de 25 anos com queixa de "corrimento abundante", tipo "clara de ovo" há 2 meses, negava prurido, dor ou cheiro forte. Com área de ectopia pronunciada e secreção hialina, sem dor ao toque vaginal. A banca considerou o gabarito "D", o qual trata os sintomas com azitromicina no paciente e no parceiro. Porém entendo que a resposta "C" deve ser considerada, a possibilidade de uma secreção vaginal de origem fisiológica causada pela presença de ectrópio. Por esse motivo, ainda que considerarmos o corrimento patológico, a alternativa D está incorreta por trazer o tratamento somente para clamídia. Contexto a questão usando como base o Tratado de Medicina de Família. O Tratado de medicina de família e comunidade traz o seguinte parágrafo no capítulo 135 “Corrimento vaginal”: “Mulheres que referem um corrimento vaginal tipo “clara de ovo”, sem odor fétido, sem prurido e sem dispareunia, provavelmente apresentam mucorreia. Pode acometer de 5 a 10% das mulheres e acontece geralmente por ectopia cervical ou durante a gestação. Na primeira, deve-se à maior produção de muco pelo epitélio endocervical quando em contato com o ácido vaginal. O diagnóstico é feito a partir de uma adequada anamnese e exame físico, no qual, ao exame especular, visualiza-se uma grande área de ectopia e quantidade abundante de muco hialino. O pH é normal, variando de 3,8 a 4,2. Na gestação, a mucorreia acontece pela maior</p>	<p>Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019 :3397.</p>

	circulação sanguínea na região vaginal. Nesses casos, deve-se tranquilizar a paciente e explicar o que está acontecendo. Em situações extremas, em que a mucorreia é abundante e a área de ectopia é grande, deve-se encaminhá-la ao ginecologista para avaliar a necessidade de cauterização epitelial”.	
09	A questão 14 relata uma mulher de 25 anos com queixa de corrimento vaginal abundante do tipo " clara de ovo que não quer ir embora" sem outros sinais e sintomas. Nega prurido, dor ou cheiro forte. Ao especular abundante secreção hialina. Alternativa que o gabarito oficial fornece como correta: (D) prescrição de azitromicina 1g e tratamento concomitante do parceiro. Porém, de acordo com o (C) não prescrever medicamentos, tranquilizar a paciente e orientar sobre secreção fisiológica normal. Conforme trecho abaixo: " Mulheres que referem um corrimento vaginal tipo “clara de ovo”, sem odor fétido, sem prurido e sem dispareunia, provavelmente apresentam mucorreia. Pode acometer de 5 a 10% das mulheres e acontece geralmente por ectopia cervical ou durante a gestação. Na primeira, deve-se à maior produção de muco pelo epitélio endocervical quando em contato com o ácido vaginal. O diagnóstico é feito a partir de uma adequada anamnese e exame físico, no qual, ao exame especular, visualiza-se uma grande área de ectopia e quantidade abundante de muco hialino. O pH é normal, variando de 3,8 a 4,2. Na gestação, a mucorreia acontece pela maior circulação sanguínea na região vaginal. Nesses casos, deve-se tranquilizar a paciente e explicar o que está acontecendo. Em situações extremas, em que a mucorreia é abundante e a área de ectopia é grande, deve-se encaminhá-la ao ginecologista para avaliar a necessidade de cauterização epitelial"	Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 volumes: Princípios, Formação e Prática. Gusso, G; Lopes, JMC; Dias - 2ª edição - 2019 Página 3397 - capítulo Corrimento Vaginal temos como correta a alternativa:
Total de recursos enviados: 09		

Parecer: Tanto o Tratado (cap. 135) como o Duncan (cap. 51, p. 486) citam que queixa de corrimento hialino abundante sem odor fétido, prurido ou dor, tem maior probabilidade de ser mucorreia - do contrário, a presença de tais sintomas poderia indicar vulvovaginites. A mucorreia pode acometer 5 a 10% das mulheres e geralmente acontece por ectopia cervical ou na gestação. No caso apresentado na questão, a paciente apresenta área de ectopia no colo do útero e o referido corrimento. Como não há queixas e alterações no exame físico sugestivas de corrimento patológico e de acordo com o Fluxograma 7 do Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde (2016), a alternativa correta é a C.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda o deferimento dos recursos e mudança do gabarito para alternativa C.

Questão 14

Recursos

Questão 14: Anulação da Questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>A questão 14 apresenta um caso clínico sobre leucorreia sem outros sinais e sintomas. De acordo com o “Fluxograma para manejo clínico das infecções sexualmente transmissíveis”, de 2021, feito pelo Ministério da Saúde, a paciente não apresenta critérios suficientes para investigação diagnóstica de cervicite ou doença inflamatória pélvica (DIP) que são: dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab. Visto isso, as principais hipóteses diagnósticas seriam vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase. Como não há disponível no Centro de Saúde microscopia a fresco, teste de pH vaginal e teste de KOH, o protocolo indica o tratamento para estas 3 condições. A primeira linha de tratamento para as hipóteses acima citadas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Candidíase: miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se por 7 dias ou nistatina 100.000UI, um aplicação, via vaginal à noite ao deitar-se por 14 dias. - Vaginose bacteriana: metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias ou metronidazol gel vaginal 100mg/g um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias. - Tricomoníase: Metronidazol 400mg, 5 comprmidos, vo, dose única (dose total 2g), ou metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia por 7 dias. <p>Diante do exposto, fica evidente que nenhuma das alternativas contemplou o tratamento de primeira linha proposto pelo Ministério da Saúde. Portanto, solicito anulação da questão.</p>	<p>“Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde (2016)”, (Documento disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mul)</p>
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: Tanto o Tratado (cap. 135) como o Duncan (cap. 51, p. 486) citam que queixa de corrimento hialino abundante sem odor fétido, prurido ou dor, tem maior probabilidade de ser mucorreia - do contrário, a presença de tais sintomas poderia indicar vulvovaginites. A mucorreia pode acometer 5 a 10% das mulheres e geralmente acontece por ectopia cervical ou na gestação. No caso apresentado na questão, a paciente apresenta área de ectopia no colo do útero e o referido corrimento. Como não há queixas e alterações no exame físico sugestivas de corrimento patológico e de acordo com o Fluxograma 7 do Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde (2016), a alternativa correta é a C.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda o indeferimento da anulação e mudança do gabarito para alternativa C.

Questão 15

Recurso

Questão 15: Modificação do gabarito da questão de letra A para letra D.		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>A questão 15 apresenta um caso clínico com sinais e sintomas sugestivos de Doença inflamatória pélvica (DIP), porém a paciente descrita não apresenta os critérios necessários para confirmação diagnóstica. De acordo com o “Fluxograma para manejo clínico das infecções sexualmente transmissíveis”, de 2021, feito pelo Ministério da Saúde, o diagnóstico de DIP pode ser clínico, sendo necessária a presença de 3 critérios maiores mais 1 menor ou 1 critério elaborado. Os critérios maiores são: dor no hipogástrio, dor à palpação dos anexos e dor à mobilização do colo uterino. Os critérios menores são: temperatura axilar > 37,5°C ou oral > 38,3°C, massa pélvica, secreção vaginal e/ou endocervical purulenta, proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação elevadas, > 5 leucócitos por campo de imersão em secreção em secreção de endocérvice e comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, chlamydia e mycoplasma. Por fim, os critérios elaborados são: histopatologia com evidência de endometrite, USG pélvica com presença de abscesso tubo-ovariano ou no fundo do saco de Douglas e laparoscopia com evidência de DIP. Diante do exposto, fica evidente que a paciente da questão não fecha os critérios para DIP, pois apresenta apenas 2 critérios maiores (dor em baixo ventre e dor à mobilização do colo de útero), apesar de ter dois critérios menores (temperatura axilar > 37,5°C e corrimento saindo por orifício cervical). Além disso, não há descrito no enunciado critérios para internação hospitalar que pelo mesmo fluxograma são: gravidez, abscesso tubo-ovariano, ausência de resposta clínica após 72 horas de início do tratamento ambulatorial, intolerância a antibióticos orais, estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre e risco de emergência cirúrgica (exemplos: apendicite ou gravidez ectópica). Portanto, solicito modificação do gabarito da questão de letra A para letra D.</p>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.</p>
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: O diagnóstico de DIP se baseia na presença dos critérios maiores, menores e elaborados (Tratado MFC pág 3526). Contudo, a presença de dois critérios mínimos ou de um critério mínimo e um critério adicional indica um diagnóstico provável (Duncan cap. 52 página 493). Segundo fluxograma 140.3 (Tratado MFC) a presença de dor pélvica associada a T axilar > 37,5 é motivo para internação hospitalar. No fluxograma 10 do documento do Ministério, sobre dor pélvica, ele caracteriza dor aguda como sendo de duração de menos de 3 meses e coloca para considerar encaminhamento para emergência se houver início/aumento abrupto da dor e sinais de alerta, como febre. No caso, houve piora da dor nas últimas 48 horas, com febre. Isso torna a alternativa A

correta, que não cita especificamente tratar-se de doença inflamatória pélvica. O documento do Ministério sugere que na cervicite há dor à mobilização do colo, enquanto na DIP há dor no colo e na palpação dos anexos (Fluxograma 7). No entanto, não há febre na cervicite, que costuma ser assintomática em 70% a 80% dos casos, e cuja dor normalmente se manifesta como dispareunia. No caso, como há febre e piora da dor pélvica nas últimas 48 horas, deve-se considerar a suspeita de DIP. Embora no quadro 8, o protocolo do MS cite os critérios diagnósticos de DIP colocados no recurso, no quadro 3, ao se referir a DIP, ele menciona: “ao exame, o colo uterino frequentemente está friável, com secreção sugestiva de cervicite e dor à mobilização do colo.” Segundo Duncan (cap. 52 pág 493) diante de um quadro clínico suspeito, o tratamento deve ser sempre instituído, evitando possíveis danos à saúde reprodutiva da mulher. O tratamento precoce é necessário, uma vez que o atraso no diagnóstico e na instituição do tratamento superior a três dias está associado a um risco aproximadamente duas vezes maior de infertilidade ou de gestação ectópica.

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

Questão 15

Recurso

Questão 15: Considerar alternativas A e D corretas		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Com base nos Protocolos de Atenção Básica, Saúde da Mulher, a letra D também deve ser considerada como correta, uma vez que o diagnóstico é estabelecido através de 3 critérios maiores e 1 menor ou 1 critério elaborado. No caso, a paciente apresenta 2 critérios maiores (dor em hipogástrio e dor à mobilização do colo uterino) e 2 critérios menores (secreção endocervical anormal e febre). Embora o quadro seja muito sugestivo e o diagnóstico mais provável seja de fato DIP, a rigor, para confirmação do diagnóstico clínico, falta um critério maior: a dor à palpação de anexos, que não foi citada na descrição do caso. Por essa razão, a alternativa D não está incorreta.	Protocolo de Atenção Básica - Saúde das Mulheres e no capítulo 140 do Tratado de MFC "Infecções sexualmente transmissíveis". Quadro 8, página 48 do
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: O diagnóstico de DIP se baseia na presença dos critérios maiores, menores e elaborados (Tratado MFC pág 3526). Contudo, a presença de dois critérios mínimos ou de um critério mínimo e um critério adicional indica um diagnóstico provável (Duncan cap. 52 página 493). Segundo fluxograma 140.3 (Tratado MFC) a presença de dor pélvica associada a T axilar > 37,5 é motivo para internação hospitalar. Embora deva-se suspeitar de DIP (diagnóstico provável segundo o Duncan) e encaminhar para o hospital, o caso não descreve critérios que permitam afirmar o diagnóstico de DIP, tornando o distrator D também correto. Portanto as alternativas A e D estão corretas.

Tendo em vista o descrito acima, a banca recomenda o deferimento do recurso e a mudança do gabarito para alternativa A e D corretas.

Questão 15

Recurso

Questão 15: Modificação do gabarito da questão de letra A para letra B.		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Segundo a Sociedade Brasileira de MFC, no seu resumo da diretriz NHG M50 para Doença Inflamatória Pélvica, de 2014, página 3 (http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/NHG%2050%20Doen%C3%A7a%20inflam%C3%B3ria%20p%C3%A9lvica.pdf) a conduta não medicamentosa em um quadro de DIP consiste em remover o DIU diretamente ou em controle depois de 2 dias, solicitar que a paciente meça a temperatura diariamente e desaconselhar atividades extenuantes até a melhora dos sintomas. Segundo também este mesmo arquivo da SBMFC, a DIP se manifesta em quadro subagudo e a dor abdominal é um sintoma obrigatório. Em Duncan, 4ª edição do Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências, página 493, “ (...) mulheres sem sinais de irritação abdominal e sem comorbidades maiores (p.ex: imunossupressão) podem realizar o tratamento na atenção primária uma vez que o tratamento hospitalar com uso de antibióticos parenterais não confere benefício adicional a mulheres com DIP não complicada”. Na página 494, a mesma referência coloca que a paciente deve ser encaminhada para tratamento hospitalar se abscesso tubo-ovariano, irritação peritoneal, falha de tratamento ambulatorial, imunodeficiência e dúvida diagnóstica. Portanto, por se tratar de um quadro de DIP não complicada sem sinais que indiquem abscesso ou irritação peritoneal, sem imunodeficiência ou dúvida diagnóstica, não existe indicação de internação mas sim de remoção do DIU em controle e início de antibioticoterapia. Resposta correta seria a letra B.</p>	<p>Diretriz NHG M50 para Doença Inflamatória Pélvica, de 2014, página 3 (http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/NHG%2050%20Doen%C3%A7a%20inflam%C3%B3ria%20p%C3%A9lvica.pdf)</p> <p>Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências, página 493</p>
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: O diagnóstico de DIP se baseia na presença dos critérios maiores, menores e elaborados (Tratado MFC pág 3526). Contudo, a presença de dois critérios mínimos ou de um critério mínimo e um critério adicional indica um diagnóstico provável (Duncan cap. 52 página 493). Segundo fluxograma 140.3 (Tratado MFC) a presença de dor pélvica associada a T axilar > 37,5 é motivo para internação hospitalar. Segundo Duncan (cap. 52 pág 493) diante de um quadro clínico suspeito, o tratamento deve ser sempre instituído, evitando possíveis danos à saúde reprodutiva da mulher. O

tratamento precoce é necessário, uma vez que o atraso no diagnóstico e na instituição do tratamento superior a três dias está associado a um risco aproximadamente duas vezes maior de infertilidade ou de gestação ectópica.

O Duncan, 4ª edição do Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências, página 377 orienta que a ocorrência de doença inflamatória pélvica em usuária de DIU deve ser tratada de acordo com a terapêutica antibiótica padrão. A OMS não considera necessária a retirada do DIU nesses casos. O Tratado de MFC pág 3529 traz que nas usuárias de dispositivo intrauterino (DIU), caso exista indicação de remoção, esta deve ser realizada apenas após as duas primeiras doses do esquema terapêutico. Portanto, a alternativa B é incorreta.

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

Questão 16

Recurso

Questão 16: Pedido de anulação de questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Devido à falta de alternativa correta, pede-se anulação da questão.</p> <p>Considera-se o documento “Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde (2016)”, indicado como bibliografia recomendada, no edital nº 15/2021 da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, que rege o atual processo seletivo. (Documento disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_sau_de_mulheres.pdf, acesso 29/11/21)</p> <p>O quadro nº 3 “Solicitação dos Exames de Rotina no Pré-Natal de Baixo Risco” interpreta como positivo o exame de urocultura com resultado >100.000 UFC/ml, nesses casos o tratamento é conduzido de acordo com o fluxograma nº 3 “O que fazer nas queixas urinárias”. O fluxograma indica tratamento guiado por antibiograma nas pacientes assintomáticas sem necessidade de repetição de exame diagnóstico. Além disso, a bibliografia também orienta controle de tratamento, com repetição de urocultura 7-10 dias após o término da antibioticoterapia. De acordo com o enunciado, a paciente possui diagnóstico de Bacteriúria Assintomática e deve, portanto, receber antibiótico e realizar urocultura após o tratamento. Como é alérgica à nitrofurantoína, como explica o enunciado, a opção medicamentosa deve ser outra. A alternativa A está incorreta ao solicitar repetição de exame confirmatório antes do tratamento. A alternativa B está incorreta por isentar a necessidade de repetir urocultura após o tratamento. A alternativa C está incorreta por indicar tratamento com antibiótico a qual a paciente é sabidamente alérgica. A alternativa D está incorreta ao não indicar</p>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.</p>

	tratamento medicamentoso, apenas aumento da ingesta hídrica. Devido à falta de alternativa possível, solicita-se a anulação da questão.	
02	<p>O capítulo 131 do Tratado de medicina de família e comunidade “Pré natal de baixo risco” apresenta uma questão de treinamento (nº 3) muito similar em caso de gestante assintomática com “exame analítico de urina sem proteinúria, nitritos negativos, glicosúria negativa, hemoglobinúria negativa; urocultura com > 100.000 unidades formadoras de colônias (UFC)” e pergunta “Paciente nega queixas, mas a urocultura apresenta > 100.000 UFC. Qual é a impressão diagnóstica e o manejo?”. O material traz como gabarito a letra B: “b. Bacteriúria assintomática; iniciar tratamento conforme antibiograma e repetir urocultura após tratamento”. A conduta não menciona necessidade de repetir o exame para confirmação. Da mesma forma, o fluxograma 3 do Protocolos de atenção básica - Saúde da mulher, frente a urocultura positiva em gestante assintomática propõe como diagnóstico e conduta “Bacteriúria assintomática O tratamento deve ser guiado, sempre que possível, pelo teste de sensibilidade do agente observado no antibiograma”, também não mencionando a necessidade de repetição do exame. Há que ressaltar que o tratado de MFC, no mesmo capítulo, segue “Na urocultura, o critério para diagnóstico de bacteriúria assintomática é a detecção de mais de 100.000 UFC/ml em duas amostras consecutivas, na ausência de sintomas urinários. A detecção em apenas uma amostra é aceita como uma alternativa adequada e mais prática, apesar de só 80% das mulheres terem bacteriúria verdadeira, aumentando para 95% se duas ou mais culturas forem positivas com o mesmo organismo”. Embora se coloque como diagnóstico duas amostras positivas, o próprio livro menciona a adequabilidade de se diagnosticar com somente uma amostra e inclusive coloca esta como a alternativa correta na questão acima mencionada. Essa conduta faz sentido no contexto do nosso país, considerando-se a limitação de recursos e tempo de espera para exames que observamos em grande parte do país, o que pode gerar riscos para a saúde da gestante e do bebê se não se realiza o tratamento em tempo oportuno, considerando-se o risco de desenvolvimento de pielonefrite e suas consequências (segundo o Tratado de MFC, “entre as gestantes com bacteriúria assintomática não tratada, 30 a 40% irão desenvolver ITU sintomática, e 25 a 50% poderão apresentar pielonefrite”). Nesse sentido, a conduta mais correta seria a da alternativa C caso a paciente não fosse alérgica à nitrofurantoína. Por isso, a meu ver e considerando as bibliografias propostas, a questão carece de alternativa correta.</p>	<p>Capítulo 131 do Tratado de medicina de família e comunidade “Pré natal de baixo risco”</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.</p>
03	<p>A questão 16 aborda o tema de pré-natal de risco habitual e seu manejo dentro da Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com os “Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco, volume 32”, de 2013 do Ministério da Saúde, a paciente da questão apresenta um quadro compatível com bacteriúria assintomática, pois não há relato de queixas urinárias ou sintomas sistêmicos, mas tem uma urocultura positiva com > 100.000 unidades formadoras de colônia (UFC). A referência citada indica a</p>	<p>Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco, volume 32”, de 2013</p>

	<p>realização do exame de urina tipo 1 e urocultura na primeira consulta de pré-natal, mesmo na ausência de sintomas urinários como: algúria, dor suprapúbica, urgência miccional, polaciúria, hematúria macroscópica pelo risco de rotura prematura de membranas, aborto, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, baixo peso ao nascer, infecção neonatal e seps na gravidez. Caso a urocultura venha positiva, como na questão, deve-se realizar o tratamento com antibiótico obedecendo ao teste de sensibilidade do antibiograma, sempre que possível. O caderno não faz menção sobre a necessidade de repetir a urocultura para confirmação diagnóstica, além de indicar, em todos os casos de infecção urinária, a realização de urocultura para controle de cura uma a duas semanas após o término do tratamento, para confirmar erradicação da bacteriúria. A melhor escolha de antibiótico foi para a amoxicilina, pois a bactéria mostrou-se sensível a ela, a paciente é alérgica à nitrofurantoína e o uso de sulfametoxazol-trimetoprima deve ser evitado no 1º e 3º trimestre de gestação. Pelos motivos expostos, a resposta correta para a questão seria: “Bacteriúria assintomática; prescrever amoxicilina com necessidade de repetir urocultura após 7 a 14 dias de término do tratamento”. Como não existe essa opção entre as opções de resposta, solicito anulação da questão.</p>	
<p>04</p>	<p>Como apresentado na Seção IV: Atenção à Saúde da Mulher, páginas 439-440, da obra Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária desenvolvida por Duncan et al (2013), bibliografia recomendada no edital do concurso, o diagnóstico de bacteriúria assintomática em gestantes é "firmado pela Urocultura (>100 mil ou mais colônias por mL de urina coletada por jato médio) em gestantes sem sintomas urinários" não necessitando de novo exame para confirmação diagnóstica, o que é corroborado pelo fluxograma 3, presente na página 98 do "Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres", bibliografia recomendada no edital do concurso, anulando a alternativa A e gabarito da questão. Em ambas literaturas, é exposta a necessidade de urocultura de controle 7 dias após término do tratamento, anulando a alternativa B, e em Duncan et al (2013) são apresentadas as classes do FDA de antimicrobianos, demonstrando a presença de opções terapêuticas com grau de segurança equivalente ao da Nitrofurantoína e sensíveis ao agente isolado na paciente em questão, as quais não possuem riscos relacionados a esta devido ao relato de alergia ao medicamento, seguindo o princípio ético de não maleficência e anulando a alternativa C. Em ambas literaturas, é reforçada a necessidade de tratamento de tal condição devido a comprovada melhora de desfechos clínicos materno-fetais, anulando a alternativa D.</p>	<p>DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e</p>

		Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p
Total de recursos enviados: 04		

Parecer: O enunciado pede conduta mais adequada. Conforme o Tratado de MFC na urocultura, o critério para diagnóstico de bacteriúria assintomática é a detecção de mais de 100.000 UFC/mL em duas amostras consecutivas, na ausência de sintomas urinários. A detecção em apenas uma amostra é aceita como uma alternativa adequada e mais prática, apesar de só 80% das mulheres terem bacteriúria verdadeira, aumentando para 95% se duas ou mais culturas forem positivas com o mesmo organismo. Como a paciente deste caso tem alergia a nitrofurantoína, dentre os distratores, a resposta mais adequada seria o distrator A que pelo descrito acima não está incorreto.

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

Questão 16

Recurso

Questão 16: Pedido de mudança de gabarito A para C		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Segundo Duncan 4ª edição , página 439, o diagnóstico de bacteriúria assintomática é firmado pela urocultura (>100 mil UFC (...)) em gestantes sem sintomas urinários. (...) No acompanhamento, deve-se realizar uma urocultura de controle após uma semana após o término do tratamento e, se negativa, a urocultura deve ser repetida todo mês até o término da gestação”. Portanto, para tal questão, a referência não cita a necessidade de confirmar a bacteriúria com novo exame de urina, e todas as gestantes sempre devem ser tratadas. Na mesma questão, é citado que a paciente possui alergia a Nitrofurantoína, porém devemos investigar se a paciente realmente teve um quadro alérgico/hipersensibilidade com reações incomuns que contraindicam o uso da medicação (polineuropatia induzida por drogas, anemia megaloblástica, leucopenia e flatulência), ou se foram reações comuns como cefaléia, náusea, vômitos, diarreia, anorexia, dor epigástrica e pneumonia intersticial, pois muitas vezes o paciente refere alergia a alguma medicação sendo que na realidade não houve processo de hipersensibilidade de fato. Bula extraída : https://consultaremedios.com.br/nitrofurantoina/bula	Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em evidências, página 439.

Para tal questão, creio que a resposta correta seja a letra C.

Total de recursos enviados: 01

Parecer: O enunciado pede conduta mais adequada. Conforme o Tratado de MFC na urocultura, o critério para diagnóstico de bacteriúria assintomática é a detecção de mais de 100.000 UFC/mL em duas amostras consecutivas, na ausência de sintomas urinários. A detecção em apenas uma amostra é aceita como uma alternativa adequada e mais prática, apesar de só 80% das mulheres terem bacteriúria verdadeira, aumentando para 95% se duas ou mais culturas forem positivas com o mesmo organismo. Como a paciente deste caso tem alergia a nitrofurantoína, dentre os distratores, a resposta mais adequada seria o distrator A que pelo descrito acima não está incorreto. A discussão sobre critérios para definir reação alérgica não está no escopo da questão, portanto o distrator C está incorreto.

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

Questão 20

Recurso

Questão 20: Pedido de considerar A e B como correta		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Segundo a bula da Fluoxetina (https://consultaremedios.com.br/cloridrato-de-fluoxetina/bula) , Sertralina (https://consultaremedios.com.br/cloridrato-de-sertralina/bula) , Citalopram (https://consultaremedios.com.br/bromidrato-de-citalopram/bula) , Paroxetina (https://consultaremedios.com.br/cloridrato-de-paroxetina/bula) e Escitalopram (https://consultaremedios.com.br/oxalato-de-escitalopram/bula) , todos podem causar redução da libido , sendo esta uma reação comum (em > 1% ou menor ou igual a 10% das pessoas que utilizam) ou muito comum (> 10% das pessoas). Portanto, a resposta A também estaria correta, visto que a bula de tais medicamentos indica tal porcentagem aproximada. A troca do antidepressivo, como afirma a letra B, não necessariamente deve ser feita, visto que a associação com bupropiona poderia melhorar a disfunção sexual, sem necessidade de suspender o ISRS.	Bula da medicação
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: Nenhum dos distratores considera associação de bupropiona com ISRS. Segundo Medicina Ambulatorial (Duncan 4a edição), Abordagem da Sexualidade e suas Alterações, Cap.113, pág. 1160, o tratamento com inibidores seletivos da recaptção de serotonina leva a redução de libido em cerca de 30% a 50% das pacientes. O que torna o distrator A incorreto. Este mesmo capítulo recomenda administrar, sempre que possível, antidepressivo de menor prejuízo à função sexual (p. ex., bupropiona, mirtazapina, desvenlafaxina, agomelatina). O Tratado de MFC (capítulo 98) traz que a bupropiona pode aumentar o desejo sexual, mesmo na ausência de depressão, e pode ser associada aos antidepressivos inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS), caso a diminuição do desejo seja em decorrência desse medicamento. Contudo não existe nenhuma alternativa com esta opção, tornando apenas a alternativa B correta.

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

Questão 20

Recurso

Questão 20: Pedido de anulação da questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Gabarito apresentado: B "Seria indicada a troca da fluoxetina por bupropiona, que é um antidepressivo com menor prejuízo à função sexual"</p> <p>Sim, a Bupropiona é um dos antidepressivos comprovadamente com pouco a nenhum impacto sobre a função sexual, sendo inclusive responsável por algum grau de melhora da libido. Justifica-se esse efeito justamente por não agir na recaptção de Serotonina, e sim a Noradrenalina e Dopamina. Porém, ainda sim não seria indicado este antidepressivo ISOLADAMENTE à paciente acima, pois além da queixa de piora da função sexual há uma queixa de DIFICULDADE PARA DORMIR. Conforme consta na Bula da Bupropiona e segundo o Guia De Prescrição: Fundamento de Psicofarmacologia de Stahl: a Bupropiona tem como um dos seus principais efeitos adversos a PIORA do padrão de sono, ansiedade, agitação e insônia. Portanto, o mais adequado seria a ASSOCIAÇÃO da Bupropiona à Fluoxetina (controle da possível ansiedade secundária à Bup + efeito adicional na melhora sexual e desânimo e cansaço) em vez da TROCA, como refere a alternativa B da questão 20. Segundo Stahl: " A Bupropiona pode ser acrescentada a ISRSs para reverter disfunção sexual induzida por ISRS, apatia induzida por ISRS. Pode ser acrescentada a ISRSs para tratar respondedores parciais". Ainda segundo Stahl: " Efeitos colaterais notáveis • Boca seca, constipação, náusea, perda de peso, anorexia, mialgia • Insônia, tontura, dor de cabeça, agitação, ansiedade, tremor, dor abdominal,</p>	<p>REFERÊNCIAS: Fundamentos De Psicofarmacologia De Stahl: Guia De Prescrição Autor: Stephen M. Stahl Artmed; Edição: 6 (28 de setembro de 2018) Tratado de Medicina de Família e Comunidade - 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática BULA: https://cdn.eurofa</p>

	<p>zumbido". Segundo Tratado de Medicina de Família e Comunidade: " A bupropiona pode aumentar o desejo sexual, mesmo na ausência de depressão, e pode ser associada aos antidepressivos inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS), caso a diminuição do desejo seja em decorrência desse medicamento." " A bupropiona não ocasiona disfunção sexual e pode induzir perda de peso, mas provoca mais cefaleia e insônia" Portanto, sugere-se a anulação da questão referida acima.</p>	<p>rma.com.br/wp-content/uploads/2016/09/bup-comprimido-bula-profissional-eurofarma.pdf</p>
02	<p>Como apresentado na Seção IX: Problemas de Saúde Mental, páginas 1091-1092, da obra Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária desenvolvida por Duncan et al (2013), bibliografia recomendada no edital do concurso, no tópico "Disfunção sexual associada ao uso de ISRS" são apresentadas as opções terapêuticas para tais casos, sendo elas, "diminuir a dose do ISRS (em pacientes fazendo uso de altas doses, essa estratégia pode ser bastante efetiva) e monitorar a resposta terapêutica; acrescentar bupropiona (iniciando-se com 100 a 150 mg/dia, podendo chegar a 300 mg/dia); trocar por um IRSN; e trocar por outro ISRS . Adicionalmente, o uso de sildenafil 50 a 100 mg antes da relação pode melhorar o desempenho sexual de homens e mulheres com disfunção sexual associada ao uso de ISRS". Deste modo, nenhuma das terapêuticas apresentadas nas alternativas B, considerada correta ao propor a troca e não o acréscimo da Bupropiona, C e D, contemplam a literatura base do concurso. Ademais, na literatura apresentada é descrito que tal efeito colateral pode estar presente em até 50% dos usuários, porém na bula da Fluoxetina, tal efeito é considerado reação comum (> 1/100 e < 1/10), sendo passível considerar a alternativa A como verdadeira.</p>	<p>DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.</p>
<p>Total de recursos enviados: 02</p>		

Parecer: A associação da bupropiona ao ISRS é uma opção. Contudo, nenhuma das alternativas considera esta associação. Segundo Medicina Ambulatorial (Duncan 4ª edição), Abordagem da Sexualidade e suas Alterações, Cap.113, pág. 1153, o tratamento com inibidores seletivos da recaptção de serotonina leva a redução de libido em cerca de 30% a 50% das pacientes, o que torna o distrator A incorreto. Este mesmo capítulo recomenda administrar, sempre que possível, antidepressivo de menor prejuízo à função sexual (p. ex., bupropiona, mirtazapina, desvenlafaxina, agomelatina). O Tratado de MFC traz que a bupropiona pode aumentar o desejo sexual, mesmo na ausência de depressão, e pode ser associada aos antidepressivos inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS), caso a diminuição do desejo seja em decorrência desse medicamento.

Com relação às demais opções de manejo de disfunção sexual associada com o uso de ISRS trazidas pelo Medicina Ambulatorial no capítulo de Problemas de Saúde Mental, ele cita que tais alternativas podem ser consideradas e que não há ensaios clínicos comparando as diferentes abordagens. Assim, não há uma forma preferencial de lidar com o problema, sendo que a mesma referência cita a possibilidade de dar preferência ao uso de outros antidepressivos, como citado acima. Dentre todas essas opções, a única contemplada na questão é a descrita na alternativa B, que, portanto, está correta.

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

Questão 25

Recurso

Questão 25: Pedido de troca de gabarito C para A		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Segundo Duncan 4ª edição, página 1318, tabela 128.3, dor noturna constitui um sinal de dor não benigna/causa grave (caso a dor noturna não cesse com analgesia). Em contrapartida, na página 1320 na subseção de dor em membros (dores do crescimento), a referência coloca como benigna a dor à palpação muscular (profundamente nas panturrilhas, coxas). Sendo assim, a resposta correta (não é considerado sinal de alarme) seria a letra A, Dor à palpação muscular, já que esta alternativa coloca uma dor tida como "dor do crescimento" pelos autores do Medicina Ambulatorial. Despertar noturno – letra C - (não especificado na questão se com ou sem remissão com analgésicos) constitui sinal de alarme, portanto tal alternativa não poderia ser a resposta correta para a questão.	Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências, página 1318.
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: Conforme capítulo 123, Dores recorrentes em membros em crianças e adolescentes, do Tratado de MFC, e Duncan, Capítulo 128, Problemas Musculoesqueléticos em Crianças e Adolescentes, 4ª edição, página 1318 (tabela 128.3), o despertar noturno pela dor por si só não é um sinal de alarme. Ele só será um sinal de alarme caso não alivia com analgésicos comuns. Portanto, o despertar noturno sozinho não é um sinal de alarme, sendo inclusive um sintoma comum nos quadros de dores recorrentes em membros, o que torna o distrator C correto. O Tratado de MFC traz a dor à palpação muscular como alerta vermelho para quadro de dores recorrentes em crianças e indica investigação com hemograma (quadro 123.5). Na página 1320, no tópico Dor em membros (Dores de Crescimento), o Duncan descreve este quadro como: "*São localizadas tipicamente nos membros inferiores, profundamente nas panturrilhas, coxas ou na superfície anterior das tíbias. O exame físico e os exames laboratoriais são normais....*". Portanto, não há menção de dor a palpação, descrevendo o exame físico como normal.

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

Questão 38

Recurso

Questão 38: Considerar 02 alternativas corretas A e D		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Como apresentado no Capítulo 111: Psicoses da Seção IX: Problemas de Saúde Mental da obra Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária desenvolvida por Duncan et al (2013), bibliografia recomendada no edital do concurso, o paciente em questão apresenta todos os aspectos essenciais da esquizofrenia apresentado no tópico “Manifestações Clínicas”, dispostos nas páginas 1131-1132, tendo como base os critérios diagnósticos do CID-10 e do DSM IV, vigente à época da obra, sobretudo pelo tempo de evolução de sintomas, 8 meses, que exclui psicoses agudas por abuso de substâncias, como disposto na própria literatura, e pelo período de internação e realização dos exames de admissão para internação em clínicas psiquiátricas que envolvem a exclusão de outras causas orgânicas. Deste modo, no momento do contato do paciente na referida consulta já poderia ser confirmado o diagnóstico de esquizofrenia, visto que este é pautado em critérios clínicos e demais diagnósticos diferenciais já haviam sido descartados previamente, o que torna a alternativa A correta. Ademais, o mesmo tópico do referido capítulo também considera antipsicótico de depósito como possibilidade terapêutica a casos refratários ou com baixa adesão ao tratamento, corroborando com o gabarito oficial, que considera a alternativa D correta. Desse modo, as alternativas A e D deveriam ser consideradas como respostas possíveis à questão.</p>	<p>DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.</p>
02	<p>A questão 38 refere-se a um caso de jovem de 23 anos, apresentando há 8 meses sintomas de isolamento social, falta de motivação e deterioração do funcionamento, sintomas que são compatíveis com a fase prodômica da esquizofrenia (Duncan, 2013, 4a ed, p. 1132). Evolui com delírio paranóide (acredita que sua namorada o ameaçava de morte e planejava sequestrá-lo junto com seu vizinho) e alucinação auditiva (ouviu voz de comando para que se matasse). Nesse sentido, devido ao quadro clássico de esquizofrenia que fecha o diagnóstico pela DSM-V e CID-10, principais bases para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos citados pelo Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Gusso, G; Lopes, JMC. 2019), solicito ampliação do gabarito para letra A, visto que nessas duas referências citadas não há menção para solicitação de exames laboratoriais para confirmação do diagnóstico de esquizofrenia.</p>	<p>DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013. Tratado de Medicina de</p>

		Família e Comunidade (Gusso, G; Lopes, JMC. 2019)
Total de recursos enviados: 02		

Parecer: Segundo Gusso (cap. 227, Psicoses no contexto da medicina de família e comunidade, p. 1985-1989) e Duncan (cap. 111, Psicoses, p. 1024-1137), identificados os sintomas psicóticos presentes, há necessidade de realizar o diagnóstico diferencial e a primeira diferenciação deve ser feita com condições médicas gerais, como por exemplo, hipertireoidismo, que pode desencadear ou agravar o quadro psicótico. O enunciado não cita que esta investigação já tenha sido realizada, portanto a alternativa A é incorreta. Estas mesmas bibliografias afirmam que se não houver adesão ao tratamento, deve-se cogitar antipsicótico de depósito.

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

Questão 42

Recursos

Questão 42: Pedido de troca de gabarito		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Pede-se a mudança do gabarito oficial para a alternativa A. Considera-se o documento “Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ª edição (2019)”, indicado como bibliografia recomendada, no edital nº15/2021 da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, que rege o atual processo seletivo.</p> <p>De acordo com o Modelo Transteórico de Prochaska e cols, como discutido no capítulo 63, do Tratado de MFC, pode-se considerar um indivíduo no estágio de AÇÃO quando esse iniciou explicitamente a modificação de seus comportamentos-problema. De acordo com o enunciado, o paciente em questão, além de consciente do problema, com um planejamento (“parar de fumar definitivamente nos próximos 30 dias”), inicia concomitantemente uma</p>	<p>“Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ª edição (2019)”, capítulo 63.</p>

	modificação comportamental (“nas últimas 48 horas tentou diminuir 2 cigarros por dia”). Essa ação concreta, indica que o paciente já se encontra no 4º estágio do MTT - condizente com a alternativa A	
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: Conforme o Capítulo 63 do Tratado de MFC: no estágio de preparação, a pessoa passa a dar os primeiros passos para a cessação do tabagismo, começando a controlar o número de cigarros fumados por dia, estabelecendo horários para fumar ou mesmo procurando ajuda profissional (Tratado p. 6301), que é o que percebemos nesse caso clínico, e por isso é a alternativa mais adequada. Já no estágio de ação, o indivíduo começa a adotar atitudes específicas, conseguindo efetivamente parar de fumar (Tratado p. 6301).

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

Questão 43

Recursos

Questão 43: Anulação da questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Como apresentado no Capítulo 79: Dor Torácica da Seção VII: Sinais, Sintomas e Alterações Laboratoriais Comuns da obra Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária desenvolvida por Duncan et al (2013), bibliografia recomendada no edital do concurso, o paciente em questão apresenta uma alta probabilidade pré-teste ao considerar a tabela 79.4 - “Regra de decisão para identificar pacientes com dor torácica aguda causada por doença arterial coronariana (DAC) em serviço de atenção primária” presente na página 790, excluindo as alternativas A e C. Ademais, o protocolo proposto na página subsequente dispõe de Morfina via intravenosa e nitrato via sublingual, vias de administração incompatível com as apresentadas nas alternativas B e D, anulando tais opções.	Bibliografia utilizada: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: Trata-se de um caso onde é necessário avaliar a probabilidade pré-teste para o evento coronariano. O próprio Tratado (cap 158, tabela 158.8) e Duncan (cap 79, tabela 79.4) evidenciam um estudo realizado por Bosner e colaboradores sobre regra de decisão para identificar pacientes com dor torácica aguda causada por doença arterial coronariana (DAC) em serviço de atenção primária. Ao analisar a tabela em conjunto com o caso clínico, o paciente em questão possui idade > 55 anos; dor não reproduzível à palpação; dor que piora com atividade física e paciente assume que a dor é cardiogênica, somando com isso 4 pontos de 5, deixando sua razão de verossimilhança de 11,2, com probabilidade pré-teste elevada para possível DAC, excluindo as alternativas A e C. Quanto à conduta frente ao caso, é necessário encaminhamento para serviço de emergência e se houver no local, medicação para auxílio e mudança de prognóstico como 300mg de AAS e Clopidogrel e Morfina para conforto. Embora o distrator B possa ser dúbio na interpretação da via de administração de morfina, uma vez que menciona oral depois de listar os 4 fármacos a serem administrados, na alternativa D, não é possível inferir a via de administração de morfina, pois o oral refere-se apenas ao nitrato. Atentar para o distrator B que orienta uso de nitrato oral para sintoma, porém paciente fez uso de sildenafila, uma contra-indicação absoluta a uso de nitrato por risco de hipotensão grave e piora do quadro. Restando, portanto, a alternativa D como correta.

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

Questão 47

Recursos

Questão 47: Pedido de consideração de mais de uma alternativa correta (C e D)		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Na questão 47 é pedido que "assinale a alternativa que indica um sinal ou sintoma de alerta para a hipótese diagnóstica mais provável para o caso", contudo, há duas corretas opções, letra C ("lipotímia") e letra D ("dor abdominal"). Uma vez que a hipótese diagnóstica mais provável se trata de um caso de dengue pelo quadro apresentado (mialgia, artralgia, febre alta, hipotensão, dor abdominal), os sinais de alarme para dengue podem ser, segundo a referência "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.", Cap. 257: A. Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua	GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Org.) Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.", Cap. 257

	<p>B. Vômitos persistentes C. Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico) D. Hipotensão postural e/ou lipotímia E. Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal F. Sangramento de mucosa G. Letargia e/ou irritabilidade H. Aumento progressivo do hematócrito</p> <p>Assim, ambas as letras, "C" e "D", podem ser o gabarito da questão, uma vez que a letra "D" apresenta o sintoma "dor abdominal" sem especificar a intensidade, abrindo, dessa maneira, diferentes interpretações.</p>	
<p>Total de recursos enviados: 01</p>		

Parecer: No enunciado da questão é descrito claramente para assinalar a alternativa que indica sinal ou sintoma de alerta para hipótese diagnóstica mais **provável para o caso** e descreve “... *dor abdominal discreta (...). Ao exame físico: corado, hidratado, acianótico, PA 100 x 50, ausculta cardíaca, pulmonar e exame do abdome sem alterações*”. A dor abdominal é descrita como sinal de alarme para diagnóstico de dengue como dor abdominal intensa (referida ou a palpação) e contínua, que não é o quadro do caso descrito no enunciado. Portanto, o sinal de alarme para o caso descrito no enunciado é somente hipotensão postural e/ou lipotímia.

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

Questão 49

Recurso

Questão 49: Pedido para considerar duas alternativas corretas C e D		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Solicitar sorologia para sífilis (letra D) também poderia fazer parte da investigação diagnóstica, visto que o paciente realizou teste rápido para sífilis 2 meses atrás, após relação desprotegida. Tal teste possui uma janela imunológica de 10 dias, portanto se o paciente tivesse feito o teste em menos de 10 dias após a relação sexual desprotegida ele ainda estaria indetectável. Podemos agora repetir a sorologia, pois já estaria fora da janela imunológica.	não apresentou

02	<p>A alternativa D “Solicitar sorologia para sífilis faz parte da investigação diagnóstica” também deve ser considerada como correta, pois a investigação de sífilis faz parte da abordagem diagnóstica em casos de zumbido, como pode-se verificar no trecho a seguir do Tratado de MFC, capítulo 185 “Zumbido”: “A existência de uma doença sistêmica associada pode influenciar o curso clínico do zumbido. Além disso, pode ser um “sinal brando” de uma doença sistêmica subjacente. Por isso, especialmente na suspeita clínica, deve-se solicitar hemograma completo, estudos da função tireoidiana, perfil lipídico, glicemia e venereal disease research laboratory (VDRL). A suspeição clínica será fundamental na investigação de outras possíveis etiologias sistêmicas.” Apesar do paciente ter sido submetido a testes rápidos há 2 meses, quando teve uma relação desprotegida, há que se considerar que o paciente poderia encontrar-se na janela imunológica à época, devendo-se repetir a propedêutica de investigação de sífilis no caso. Sífilis como causa de zumbido também é apontada no texto “Como abordar os casos de zumbido no contexto da Atenção Primária à Saúde?”, do Núcleo de Telessaúde Santa Catarina, disponível no link: <https://aps.bvs.br/aps/como-abordar-os-casos-de-zumbido-tinnitus-ou-acufeno-no-contexto-da-atencao-primaria-a-saude/></p> <p>“É verdade que existem causas objetivas de zumbido que devem ser descartadas, porquanto os seguintes diagnósticos diferenciais são considerados: perda auditiva súbita, perda auditiva induzida por ruído, doença de Meniere, otosclerose, cerume impactado, traumatismo cervical, esclerose múltipla, neurinoma do acústico, otite média, meningite, sífilis, uso de determinados medicamentos (salicilatos, aminoglicosídeos, anti-inflamatórios, diuréticos, quimioterápicos) e disfunção temporo-mandibular.2” Por isso, na questão 49, as alternativas C e D deveriam ser consideradas corretas.</p>	<p>Tratado de MFC, capítulo 185 “Zumbido” “Como abordar os casos de zumbido no contexto da Atenção Primária à Saúde?”, do Núcleo de Telessaúde Santa Catarina, disponível no link: <https://aps.bvs.br/aps/como-abordar-os-casos-de-zumbido-tinnitus-ou-acufeno-no-contexto-da-atencao-primaria-a-saude/></p>
Total de recursos enviados: 02		

Parecer: A assertiva “A” está errada pois a indicação na literatura é que todo caso de zumbido seja solicitado audiometria; a assertiva “B” está incorreta pois pela idade do paciente e por ser bilateral a possibilidade de ateroma de carótida é baixa. Embora a literatura descreva que se deva considerar a investigação de sífilis na investigação de zumbido, Carlos já realizou sorologia há 2 meses, e que foi negativa. Apesar de poder estar no período de janela imunológica quando da realização desse exame, a repetição do teste é válida para descartar uma sífilis primária ou latente recente. No entanto, o zumbido não é um sintoma de sífilis nesses estágios. Poderia ser um sintoma de sífilis em estágios posteriores da doença, os quais já estariam descartados pelos exames de sorologias recentes negativos. Portanto, a única alternativa correta é a C.

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

Questão 52

Recursos

Questão 52: Pedido de anulação de questão		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	<p>Devido à falta de alternativa correta, pede-se anulação da questão. Consultadas as Diretrizes sobre Urolitíase da Associação Europeia de Urologia (2020) e da Sociedade Brasileira de Urologia (2011), disponíveis, respectivamente</p> <p>Em:</p> <p><https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Urolithiasis-2020.pdf> e</p> <p><http://www.sbu.org.br/pdf/guidelines_EAU/urolitiasi.pdf> (Acesso em 29/11/21)</p> <p>Em relação ao manejo das crises de dor, ambos os documentos indicam superioridade do tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais em relação à opiáceos. Além disso, em nenhuma das Diretrizes foi encontrada indicação para restrição hídrica durante as fases de dor. Sobre a terapia expulsiva, o tratamento com alfa-bloqueadores (tansulosina) em relação ao não tratamento resultou em menos episódios de exacerbação algica.</p> <p>De acordo com o apresentado, como o enunciado da questão solicitava a conduta mais adequada, julgando as alternativas temos: A alternativa A está incorreta ao indicar analgesia com opiáceos preferencialmente. A alternativa B está incorreta ao indicar restrição hídrica no manejo do paciente em fase de dor. A alternativa C está incorreta por associar recorrência de litíase renal com o histórico de cirurgia bariátrica. A alternativa D está incorreta ao indicar analgesia com opiáceos. Devido à falta de alternativa possível, solicita-se a anulação da questão.</p>	<p>Diretrizes sobre Urolitíase da Associação Europeia de Urologia (2020) e da Sociedade Brasileira de Urologia (2011), disponíveis, respectivamente</p> <p>em:</p> <p><https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Urolithiasis-2020.pdf> e</p> <p><http://www.sbu.org.br/pdf/guidelines_EAU/urolitiasi.pdf> (Acesso em 29/11/21)</p>

02	<p>A alternativa "B", dada como correta, afirma o seguinte: "prescrever anti-inflamatório não esteroide (AINE) para analgesia e tansulosina para terapia expulsiva e restrição hídrica, na fase dor".</p> <p>De acordo com o livro Medicina Ambulatorial, de Duncan et al. (2013), no capítulo 186 intitulado "Doenças Comuns em Urologia", de Walter J. Koff, pg.1839, afirma-se que: "a hidratação forçada no manejo da cólica renal aguda não parece ter benefício". Nesta citação direta, o autor afirma que a hidratação forçada não parece ter benefício. No entanto, o mesmo não afirma sobre a questão de indicação de restrição hídrica na fase de dor.</p>	<p>KOFF, Walter J. Doenças Comuns em Urologia. In: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.</p>
03	<p>De acordo com o gabarito divulgado a resposta da questão 52 da prova de R1 é a alternativa B, "Prescrever anti-inflamatorio não esteroide para analgesia e tansulosina para terapia expulsiva e restrição hídrica, na fase de dor". Não há referência no Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2 edição, sobre restrição hídrica, somente " Ao contrário do que se costuma pensar, a administração de líquidos durante o episódio de cólica renal não auxilia na expulsão do cálculo urinário" - o que não é igual a restrição hídrica. Há, no entanto, menção a doxazosina como opção para a terapia médica expulsiva no quadro 144.5 e é também mencionado o seguinte: "A EAU recomenda também que todas as pessoas com cólica renal colem o cálculo urinário para cristalografia, e que pessoas com alto risco de recorrência de litíase urinária passem por uma avaliação bioquímica extensa (Quadro 144.8)". No referido quadro é dito que "Condições gastrintestinais, como by pass jejunoileal, ressecção intestinal, doença de Crohn, má absorção intestinal, hiperoxalúria entérica e cirurgia bariátrica" são fatores de risco para recorrência de litíase urinária. Desse modo,</p>	

	<p>penso que a alternativa mais adequada seria a C - (Prescrever AINE para analgesia e doxazosina para terapia expulsiva. Devido a maior risco de recorrência de litíase pela história de cirurgia bariátrica, realizar avaliação bioquímica)</p> <p>Referência: Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2 edição, Cap 144 - Cólica Renal</p>	
Total de recursos enviados: 03		

Parecer:

Conforme a bibliografia recomendada pela KOFF, Walter J. Capítulo 180: Doenças Comuns em Urologia. In: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. É citado na página 1840 que: “O tratamento consiste em analgésicos, repouso e restrição hídrica (800 ml/dia) na fase de dor. Embora a hiper-hidratação possa teoricamente ajudar a eliminar o cálculo pela diurese aumentada, não está indicada, pois aumenta a intensidade da dor por incrementar a pressão intra-renal”. Portanto a hidratação forçada, seja venosa ou via oral, não tem benefício como terapia expulsiva na litíase urinária. Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade e o Duncan, deve-se empregar preferencialmente um AINE como primeira opção na analgesia da cólica renal. O uso de bloqueadores alfa-adrenérgicos como tansolosina (0,4 mg/dia) ou doxazosina (4 mg/dia), por seu efeito relaxante da musculatura lisa, facilita a expulsão dos cálculos.

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

Questão 52

Recursos

Questão 52: Pedido de mudança gabarito B para C		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	De acordo com o gabarito divulgado a resposta da questão 52 da prova de R1 é a alternativa B, "Prescrever anti-inflamatório não esteroide para analgesia e tansulosina para terapia expulsiva e restrição hídrica, na fase de dor". Não há referência no Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2 edição, sobre restrição hídrica, somente " Ao contrário do que se costuma pensar, a administração de	Referência: Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2 edição, Cap 144 - Cólica Renal

<p>líquidos durante o episódio de cólica renal não auxilia na expulsão do cálculo urinário" - o que não é igual a restrição hídrica. Há, no entanto, menção a doxazosina como opção para a terapia médica expulsiva no quadro 144.5 e é também mencionado o seguinte: "A EAU recomenda também que todas as pessoas com cólica renal colem o cálculo urinário para cristalografia, e que pessoas com alto risco de recorrência de litíase urinária passem por uma avaliação bioquímica extensa (Quadro 144.8)". No referido quadro é dito que "Condições gastrintestinais, como by pass jejunoileal, ressecção intestinal, doença de Crohn, má absorção intestinal, hiperoxalúria entérica e cirurgia bariátrica" são fatores de risco para recorrência de litíase urinária. Desse modo, penso que a alternativa mais adequada seria a C - (Prescrever AINE para analgesia e doxazosina para terapia expulsiva. Devido a maior risco de recorrência de litíase pela história de cirurgia bariátrica, realizar avaliação bioquímica)</p>	
<p>Total de recursos enviados: 01</p>	

Parecer:

Conforme a bibliografia recomendada pela KOFF, Walter J. Capítulo 180: Doenças Comuns em Urologia. In: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. É citado na página 1840 que: *"O tratamento consiste em analgésicos, repouso e restrição hídrica (800 ml/dia) na fase de dor. Embora a hiper-hidratação possa teoricamente ajudar a eliminar o cálculo pela diurese aumentada, não está indicada, pois aumenta a intensidade da dor por incrementar a pressão intrarrenal"*. Portanto a hidratação forçada, seja venosa ou via oral, não tem benefício como terapia expulsiva na litíase urinária. Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade e o Duncan, deve-se empregar preferencialmente um AINE como primeira opção na analgesia da cólica renal. O uso de bloqueadores alfa-adrenérgicos como tansolosina (0,4 mg/dia) ou doxazosina (4 mg/dia), por seu efeito relaxante da musculatura lisa, facilita a expulsão dos cálculos.

Apesar da European Association of Urology (EAU) recomendar que pessoas com alto risco de recorrência de litíase urinária passem por uma avaliação bioquímica extensa, o Tratado reforça no mesmo parágrafo que não há forte evidência clínica na recomendação de extensa avaliação bioquímica em casos com maior risco de recorrência de litíase urinária (Tratado de Medicina de Família e Comunidade página 1210), o que torna a alternativa C incorreta.

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

Questão 53

Recursos

Questão 53: Trocar o gabarito de A para C		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Segundo Duncan 4ª edição, página 1842, seção Varicocele “Ao exame com o paciente na posição ortostática e auxiliado por manobra de Valsalva, consegue-se palpar facilmente as veias varicosas junto ao cordão espermático. A ecografia mostra de maneira clara as veias dilatadas do plexo, mas em geral é um exame desnecessário”. O mesmo livro cita ainda, na página 1181, que nos casos de torção de apêndices do testículo e epidídimo é necessário uma ecografia escrotal para o diagnóstico diferencial, coisa que não se faz necessária na suspeita de varicocele. Portanto, para ajudar no diagnóstico e na confirmação da hipótese, a manobra de Valsalva deve ser feita diante da principal suspeita que é varicocele, pois a confirmação da torção de testículo, apesar de ter o reflexo cremastérico abolido, deve ser feita por ecografia. Resposta correta seria a letra C, Valsalva para confirmar varicocele, e não a letra A, pois a torção deve ser confirmada por ecografia segundo Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências 4ª edição	DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: A questão apresenta um caso de escroto agudo, devido a dor e edema escrotal de início súbito, sendo o exame físico fundamental na diferenciação entre as causas, principalmente entre torção testicular e orquiepididimites. A varicocele geralmente é um quadro mais crônico, não sendo a principal hipótese diagnóstica do caso e a alternativa B está incorreta. O reflexo cremastérico está presente na epididimite, na orquite e na torção do apêndice testicular, mas é quase sempre ausente na torção testicular, sendo a alternativa A a única correta.

Gusso; Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, cap. 139, Doenças testiculares e escrotais, p. 3496-3512.

Duncan et al, Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências, cap. 140, Infecções sexualmente transmissíveis: abordagem sindrômica, p. 1489.

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

Questão 55

Recursos

Questão 55: Pedido de Anulação		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Como apresentado no Capítulo 180: Ferimentos Cutâneos da Seção XIV: Problemas e Procedimentos Cirúrgicos da obra Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária desenvolvida por Duncan et al (2013), bibliografia recomendada no edital do concurso, o paciente em questão apresenta uma ferida com alto potencial para tétano ao cumprir dois critérios dispostos na tabela 180.1 presente na página 1807, sendo eles profundidade e presença de contaminantes, sendo necessário uma dose de reforço para profilaxia de tétano, como disposto na tabela 180.2, anulando as alternativas C e D. Ademais, por ser considerado um ferimento com alto potencial de contaminação devido estes critérios, é disposto na página 1803 do referido capítulo que “Tais pacientes necessitam de revisão em 48 horas após o fechamento da lesão, para identificação de manifestações precoces de infecção (sinais inflamatórios exacerbados) e respectivo tratamento, quando for o caso. Se houver dúvida quanto à conveniência de fechar o ferimento, é mais seguro postergar a síntese, realizar outro debridamento, aguardar que a contaminação diminua e só então proceder à sutura”, assim, a alternativa A não contempla os cuidados necessários caso se opte por um fechamento primário, e a alternativa B não contempla a reavaliação e realização de um fechamento primário retardado caso se opte por um fechamento secundário à análise inicial.	Bibliografia utilizada: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: O capítulo 180 do livro Medicina Ambulatorial (Duncan), na página 1799, classifica os ferimentos como: ferimentos limpos que apresentam contaminação bacteriana mínima (menos de 105 bactérias/grama de tecido) e têm menos de seis horas de evolução e os contaminados (mais de 105 bactérias/grama de tecido, em geral com evolução **superior a seis horas**) que apresentam maior probabilidade de infecção se o ferimento for fechado primariamente. Conforme descrito no enunciado o paciente chega ao centro de saúde cinco horas após o trauma, portanto o ferimento é considerado limpo e é passível de fechamento primário. O fechamento primário nas feridas traumáticas depende de limpeza rigorosa, desbridamento e hemostasia. Ele é contraindicado se intervalo maior que 6-8 horas entre o traumatismo e o início do tratamento, tecidos com suprimento sanguíneo inadequado, impossibilidade técnica de aproximação das bordas da ferida em consequência de perda de pele e tecido celular subcutâneo e ferida por mordedura. Como paciente em questão não apresenta nenhuma contraindicação, o fechamento primário é o mais indicado e, por isso, a alternativa B está incorreta.

Conforme a página 1803 do livro Medicina Ambulatorial (Duncan) a revisão em 48 horas está indicada em ferimentos contaminados em que o número de pontos de sutura deve ser mínimo, pois eles são corpos estranhos que aumentam o risco de infecção.

A anestesia local é aplicada após a limpeza ao redor da área traumatizada, pois caso contrário pode aumentar a contaminação dos tecidos, levando à infecção, o que torna a alternativa D incorreta. Além disso, nos casos de ferimento de alto risco (superficial sujo), como o caso em questão, e esquema vacinal para profilaxia de tétano com mais de 3 doses, é necessário vacina de reforço se última dose entre 3-5 anos. Dessa forma, a alternativa correta é a letra A.

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

Questão 58

Recursos

Questão 58: Trocar o gabarito de C para A		
Nº	Argumentação do candidato	Bibliografia utilizada na argumentação
01	Em se tratando de metatarsalgia, as páginas 1292 e 1293 do Duncan et al (Capítulo Problemas musculoesqueléticos) divide em dores mecânicas (malformações, dores adquiridas) e dores não mecânicas (doenças locais, como tumores, ou sistêmicas, como artrite reumatoide). Para a paciente Edileusa, a principal hipótese é de metatarsalgia não mecânica relacionada ao sapato de salto alto (calçado fino e flexível), com diagnóstico diferencial com neuroma de Morton. A referência coloca que como “a maioria dessas dores são de origem biomecânica, o tratamento não cirúrgico deve ser sempre tentado (Duncan	DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.páginas 1292 e 1293 do Duncan et al (Capítulo Problemas musculoesqueléticos)

	<p>et al)”. Portanto, modificação de hábitos de vida e uso de calçados adequados (letra A) deve ser a terapia padrão ouro inicial, inclusive para o neuroma de Morton. Apenas na falha de terapias conservadoras é que devemos encaminhar para avaliação cirúrgica para exérese de neuroma e correção de deformidades, como coloca a letra C.</p>	
<p>Total de recursos enviados: 01</p>		

Parecer: O enunciado descreve quadro de Neuroma de Norton "Na manobra de Tinel, com percussão da região plantar, entre o segundo e terceiro metatarso, ocorre o desencadeamento de dor em choque" e solicita o tratamento padrão ouro para esta enfermidade. O tratamento conservador pode ser tentado, mas não é o padrão ouro como afirma o Capítulo 218 Dor no pé e no tornozelo do Tratado de MFC página 5642 “O tratamento cirúrgico com neurectomia do trajeto degenerado é considerado, hoje, o tratamento padrão-ouro”.

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

Questão 60

Recursos

<p>Questão 60: Pedido de anulação da questão</p>		
<p>Nº</p>	<p>Argumentação do candidato</p>	<p>Bibliografia utilizada na argumentação</p>
<p>01</p>	<p>A questão 60 trata das osteomielites e questiona qual a resposta certa dentre as alternativas. A opção correta liberada no gabarito oficial afirma que os exames iniciais a serem solicitados são: hemograma, velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa e radiografia simples. Porém de acordo com o artigo do UpToDate: “Nonvertebral osteomyelitis in adults: Clinical manifestations and diagnosis”, atualizado em 26 de fevereiro de 2021, a biópsia óssea deve ser realizada para confirmação diagnóstica e o procedimento deve ser feito antes do início da terapia antibiótica, como é mostrado no seguinte trecho: “Ideally, biopsy should be performed before initiation of antibiotic therapy to increase the microbiologic yield.”</p>	<p>UpToDate: “Nonvertebral osteomyelitis in adults: Clinical manifestations and diagnosis”, atualizado em 26 de fevereiro de 2021.</p>

	Portanto, a alternativa está incompleta, pois deveria incluir a biópsia óssea entre os exames. Por esse motivo, solicito a anulação da questão.	
Total de recursos enviados: 01		

Parecer: Conforme o Capítulo 63 do Tratado de MFC: hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa e radiografia simples são os primeiros exames a serem solicitados (p. 5759). O UptoDate relata que idealmente a biópsia deve ser realizada antes de se iniciar a antibioticoterapia, contudo não traz que é um exame inicial ou primeiro exame.

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