

Ata da Reunião do Júri da prova Teórica do Exame Final do Internato de Medicina Geral e Familiar, Época normal, de 2021

Nos dias 12,13, 14, e 15 do mês de abril de dois mil e vinte e um, reuniu o Júri da Prova Teórica do Exame Final do Internato de Medicina Geral e Familiar, Época Normal, por videoconferência.

Nesta reunião estiveram presentes os seguintes elementos:

Isabel Santos (Presidente), Ângela Teixeira, Bruno Heleno, Carla Correia, Catarina Matias, Conceição Balsinha, Dagmara Paiva, José Mendonça, Luís Alves e Maria da Luz Loureiro.

A reunião teve a seguinte Ordem de Trabalhos:

Ponto um - Análise das ocorrências durante a prova;

Ponto dois - Publicação da Chave provisória;

Ponto três - Análise e resposta aos pedidos de revisão da chave;

Ponto quatro - Elaboração da chave definitiva

Ponto cinco - Classificação dos candidatos

Ponto um

Foram reportadas três ocorrências no decurso das provas. A folha de respostas impressa na INCM apresentava duas perguntas numeradas como 97. Este problema foi resolvido escrevendo-se o número 98 na segunda pergunta 97. Na Zona Centro dois candidatos, Filipe Malva Simões Vaz, júri 63, e José Eduardo Oliveira da Silva Almeida, júri 60, não deram por concluídas as provas às 12:00, prolongado o preenchimento da folha de respostas depois dos vigilantes os terem informado que deviam parar e que o tempo da prova tinha acabado. Devido às irregularidades cometidas (infracção do ponto 3 do art.º 5 do Regulamento), escritas na folha de ocorrência dessa sala e posteriormente no relatório de ocorrências assinado pelo Coordenador do Internato e Vigilantes de sala anexo a esta ata, as duas provas foram anuladas. Os candidatos foram informados das irregularidades.

Ponto dois

De acordo com o artigo 15º do Regulamento da prova teórica a chave provisória foi publicada na ACSS às 17,30 do dia 9 de abril

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Chave_abril-2021.pdf

Uma hora após a publicação da chave provisória, o Júri detetou três erros na chave das perguntas 23, 24 e 25, decorrentes da formatação final do enunciado da Prova. Não podendo ser de imediato corrigida a chave provisória publicada na página da ACSS, por serem 19:00 h de uma sexta-feira, o Júri decidiu informar todos os candidatos, através das Coordenações de Internato e Comissões de Curso, destes erros e em conformidade enviar a cada um deles uma chave provisória corrigida com a informação de que esta seria publicada na plataforma da ACSS no dia 12 de abril. A chave provisória corrigida foi publicada na página da ACSS dia 12.

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Chave_abril-2021-12.04.2021.pdf

Ponto três

A hiperligação contendo o formulário para lançamento das respostas foi enviada para as Coordenações do Internato às 12:00h do dia 9 de abril. <https://forms.gle/fnc3UBsCsj7b6a376>.

Os vigilantes de sala, presidentes de júris das provas curriculares e práticas terminaram a tarefa de inserção das respostas cerca das 18:00 h do dia 9 de abril.

Conforme os pontos 1 e 2 do artigo 16º do Regulamento da prova, os pedidos de revisão de chave foram recebidos entre os dias 10 e 11 de Abril dois mil e vinte e um, usando-se a hiperligação publicada na página da ACSS.IP <https://forms.gle/ZAHVMUzhDxXPLYZU7>, sendo que 8 deles não foram considerados por terem sido recepcionados depois das 23:59 do dia 12 de abril de 2021 (pontos 3 e 4 do art.º 16º do Regulamento da prova). Até esta hora entraram

806 pedidos de revisão distribuídos da seguinte forma:

A tabela seguinte caracteriza os pedidos de revisão de chave válidos, por Coordenação de Internato Médico de Medicina Geral e Familiar.

Coordenação	Candidatos que fizeram a prova	Candidatos que pediram revisão da chave	% Pedidos de revisão por candidato que realizou a prova	Número de pedidos de revisão da chave	Número médio de pedidos por candidato que pediu revisão de chave
Açores	9	5	55,6	22	4,4
Alentejo	12	7	58,3	42	6,0
Algarve	15	7	46,7	31	4,4
Centro	86	57	66,3	249	4,4
Lisboa e Vale do Tejo	111	42	37,8	108	2,6
Madeira	8	4	50,0	11	2,8
Norte	143	81	56,6	343	4,2

Das cem perguntas da prova, foi pedida a revisão da chave de 68 delas.

Existiram 4 pedidos de revisão com erros de identificação das perguntas: um candidato identificou a pergunta 17 quando se queria referir à pergunta 82; outro sinalizou a pergunta 19 quando se queria referir à pergunta 13; outro sinalizou a pergunta 26 quando se queria referir à pergunta 72 e outro sinalizou a pergunta 57 quando se queria referir à 52. Estes pedidos foram considerados inválidos.

Existiu 1 pedido “vazio” de revisão de chave em relação à pergunta 87. Este pedido foi considerado inválido.

Existiram 4 pedidos, submetidos no formulário de pedido de revisão, a solicitar aceitação de formas diversas de resposta relativamente às regras estipuladas para a resposta às perguntas.

Relativamente a estes pedidos o júri deliberou o seguinte:



- Perguntas 22,30, 42, 71,91 e 92 de correspondência - o Júri deliberou só aceitar as respostas nas perguntas de correspondência com preenchimento alfanumérico de acordo com as instruções da prova, divulgadas 1 mês antes na página da ACSS e repetidas na própria prova.
 - Pergunta 94 “single best answer” – o Júri deliberou que as respostas às perguntas de escolha múltipla, escolha simples, se regiam pelo escrito nas instruções.
 - Pergunta 44 de V/F - o júri deliberou só aceitar as respostas nas perguntas de V/F que estivessem com preenchimento V/F de acordo com as instruções da prova.
- Pergunta 98 e 100 de resposta curta - O júri aceitou como resposta certa na pergunta 98 “TRINTA” em vez de 30 uma vez que a folha de instruções não é clara quanto a este preenchimento. O júri aceitou como resposta certa à pergunta 100 diversas formas escritas por extenso do acrónimo HPV/VPH.

A resposta aos pedidos de revisão das perguntas é a seguinte:

O Júri da Prova Teórica apreciou 1 pedido de anulação e 3 pedidos de revisão de chave da **pergunta 2** (92,2% de respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que seja considerada a opção c) como correta.

Ainda que o salbutamol e a venlafaxina tenham a hipertensão arterial como reação adversa descrita, a vinheta refere a toma diária de venlafaxina e a toma de salbutamol em SOS, pelo que o fármaco que tem maior probabilidade de ser responsável pela elevação da PA é a venlafaxina.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 16 pedidos de revisão de chave da **pergunta 3** (79,1% de respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos sugerem que sejam consideradas as opções b) ou d) como corretas, argumentando que o princípio *primum non nocere* também é aplicável à situação descrita. Contudo, a vinheta não disponibiliza qualquer informação sobre o estado clínico do namorado da Sra. Fermina. Existe apenas a percepção desta sobre o assunto. De igual forma, não é dada qualquer informação sobre as análises a solicitar. Assim, não é possível ajuizar sobre se tal pedido



poderia ou não ser causador de dano. O único princípio ético que indubitavelmente seria violado caso o médico prescrevesse as análises seria o da autonomia.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 2 pedidos de revisão de chave da **pergunta 5** (92,4% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos sugerem que também deveria ser considerada certa a opção c).

A presença de infeção aguda, com ou sem febre, não é contraindicação para a administração da vacina, podendo apenas ser considerado o seu adiamento.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 8 pedidos de anulação e 10 pedidos de revisão de chave da **pergunta 6** (39,9% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que também se considerem as opções a) e c) como corretas.

A vinheta descreve um homem jovem com delírio, alucinações, desorganização de pensamento e agitação, negando consumo de álcool ou drogas. Permite fazer o diagnóstico de primeiro surto psicótico. O utente recusa ida ao serviço de urgência e não é descrito na vinheta qualquer dos pressupostos para internamento compulsivo - Artigo 12.º da Lei de Saúde Mental. A ausência de tratamento desta situação criaria riscos comprovados para o doente, pelo que esta situação enquadra-se na alínea c) do ponto 1 do artigo 5.º da Lei de Saúde Mental e é descrita uma decisão que vai no sentido de assegurar tratamento e proteção da dignidade do doente - alínea b) do ponto 1 do artigo 5.º da Lei de Saúde Mental.

Para esta situação, o tratamento farmacológico inicial deve ser um antipsicótico (DGS 2011, UpToDate, Dynamed), preferencialmente um de segunda geração (Dynamed, UpToDate). A risperidona é um desses antipsicóticos e pertence aos fármacos de primeira linha (UpToDate). A opção d) descreve a dose inicial recomendada nestas situações 1 a 2 mg, podendo ser administrada em 1 a 2 tomas (RCM). A olanzapina é outro antipsicótico de segunda geração. Tem maior perfil sedativo, o que poderia ser útil nesta situação, mas pior perfil de efeitos



adversos metabólicos e, por isso, é considerado fármaco de segunda linha (Dynamed, UpToDate). A dose de olanzapina que consta na opção c) é 2 a 4 vezes a dose inicial recomendada (a dose inicial de olanzapina é 5 a 10mg e a opção refere 20mg), o que também contribui para tornar esta opção incorreta. A clozapina é um fármaco mais eficaz, mas com risco de toxicidade hematológica, pelo que é utilizado como terapêutica de resgate (DGS, Dynamed, UpToDate). A agomelatina é um antidepressivo, sem indicação nesta situação.

A pergunta é sobre farmacoterapia inicial do surto psicótico, não sobre local de tratamento do doente (domicílio ou internamento). Não há nada na vinheta que levante a suspeição de síndrome do QT longo (história familiar dessa situação, história pessoal de síncope ou paragem cardíaca ou outros fármacos que possam prolongar o QT). Aliás, quando a norma 024/2011 se refere a "história familiar de doença cardiovascular" ou "fator de risco cardiovascular" depreende-se que sejam fatores de risco para QT longo e não fatores de risco para eventos aterotrombóticos.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 3 pedidos de anulação da **pergunta 7** (87,5% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Pedem a anulação da pergunta em virtude do documento “Consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo, vulva e vagina” da Sociedade Portuguesa de Ginecologia recomendar que não deve ser efetuada pesquisa de HPV nas citologias efetuadas em mulheres abaixo dos 30 anos. Esta não é, todavia, uma posição consensual entre todas as fontes, sendo que a pergunta é qual o procedimento numa mulher que fez o teste de HPV e que foi positivo para o HPV 18. Neste contexto o procedimento correto é providenciar que a doente seja submetida a colposcopia.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 2 pedidos de revisão de chave da **pergunta 8** (89,3% de respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.



Os candidatos sugerem que a opção correta deverá ser a alínea a) porque não sabem se a citologia efetuada é satisfatória, mas a pergunta é sobre o que fazer perante uma candidíase assintomática. Argumentam ainda que a hipótese b) não está correta porque nada sabe sobre o parceiro. Ora, o tratamento da vaginite sintomática só obriga ao tratamento da paciente (UpToDate, CDC, Dynamed).

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou o pedido de revisão de chave da **pergunta 9** (89,8% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

O pedido sugere também a opção a) como correta, alegando que "a lei dá uma clara preferência para a certificação e a revisão das incapacidades ser da EXCLUSIVA responsabilidade do serviço com competências na área da proteção contra os riscos profissionais" (Lei n.º 98/2009 - Diário da República n.º 172/2009, Série I de 2009-09-04 "Regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais", na secção VII "Certificação das incapacidades" artigo 138º). No entanto, a situação apresentada refere-se ao MF considerar que a doente tem uma doença profissional, questionando-se qual é a atuação a ter face ao CIT por doença profissional. A bibliografia referida pelo candidato refere claramente que médico que presume a existência de doença profissional (neste caso foi o MF) não está dispensado da participação obrigatória, independentemente de a certificação e a revisão das incapacidades serem da exclusiva responsabilidade do serviço com competências na área da proteção contra os riscos profissionais. Reforça-se que a pergunta é sobre incapacidade temporária e não incapacidade definitiva por doença profissional.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou 1 pedido de anulação e 7 pedidos de revisão de chave da **pergunta 10** (73,6% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos sugerem que se considere as opções b) ou d) como corretas.

A vinheta descreve um caso clínico em que os antecedentes (diabetes, hipertrigliceridemia, etilismo crónico), sintomatologia e exame objetivo são indicativos de pancreatite aguda. Quando a pancreatite tem etiologia alcoólica, hereditária ou metabólica, a dor pode ser mal localizada e o seu início pode ser menos abrupto que na pancreatite litiásica. A dor persiste por várias horas a dias e pode ser parcialmente aliviada ao sentar-se ou inclinar-se para a frente. Na situação descrita na vinheta, não há referência a obstipação, ausência de emissão de gases ou fezes, antecedentes de cirurgias abdominais anteriores ou doença de Crohn, que faça pensar em oclusão intestinal como primeira hipótese diagnóstica. A dor não é periumbilical e é desproporcional aos achados do exame objetivo, como é típico da isquemia mesentérica. Não existem fatores de risco como idade avançada, aterosclerose, arritmias cardíacas, doença valvular cardíaca grave, enfarte do miocárdio recente ou neoplasia intra-abdominal (UpToDate).

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 2 pedidos de anulação de pergunta e 4 pedidos de revisão de chave da **pergunta 11** (89,6% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considerem também as opções a) ou d) como corretas. A vinheta descreve um adolescente com rinite alérgica sazonal, previamente medicado com anti-histamínico de segunda geração e com resposta parcial dos sintomas. Pergunta-se qual a melhor farmacoterapia a associar ao anti-histamínico oral, destacando que o objetivo de tratamento é o controlo sintomático. Os corticoides nasais são o tratamento mais eficaz para a rinite alérgica (Dynamed, UpToDate) e podem ser associados a anti-histamínicos sistémicos. Os anti-histamínicos intranasais são uma alternativa aos corticoides nasais (Dynamed, UpToDate) e podem ser associados a corticoides nasais quando estes não aliviam completamente os sintomas (UpToDate, Dynamed). Contudo, faz pouco sentido associá-los ao anti-histamínico oral que este jovem já toma. Pontualmente, podem ser utilizados descongestionantes nasais para alívio sintomático da rinite, mas dado o risco de rinite por privação não são considerados fármacos de primeira linha. A dose dos anti-histamínicos pode ser duplicada quando não existe

suficiente controlo sintomático, mas não há indicação para associar um anti-histamínico de primeira geração a um anti-histamínico de segunda geração.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 25 pedidos de anulação e 2 pedidos de revisão de chave da **pergunta 13** (42,8% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os candidatos sugerem que a pergunta deve ser anulada, invocando que o ECG disponibilizado apresenta fraca qualidade, não sendo possível a visualização da totalidade do quadriculado (tira de tempo), o que não permite a correta identificação dos intervalos PR e QT (dado que estes também não são apresentados no enunciado), nem da onda delta. Os pedidos de revisão sugerem a opção d) como correta, argumentando que nalgumas áreas o intervalo QT é superior a 450ms.

O júri concorda que a legibilidade do traçado impresso está limitada pela qualidade da impressão, mas que é, no entanto, suficiente para permitir a identificação da presença de onda delta, típica do Síndrome de Wolff-Parkinson-White, permitindo desse modo o diagnóstico correto.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 5 pedidos de anulação da pergunta e os 5 pedidos de revisão de chave da **pergunta 14** (68,7% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os candidatos pedem que a chave de resposta considere também as alíneas a) e d) como corretas ou a anulação da pergunta.

A vinheta apresenta um homem grande fumador com 71 anos com DPOC que no ano teve duas exacerbações moderadas e uma exacerbação grave, medicado com olodaterol + brometo de tiotrópio 2,5/2,5µg bid, com boa adesão à terapêutica. Não há menção a alteração na medicação em curso no último ano. Na gestão clínica deste doente, as orientações GOLD recomendam a adoção do algoritmo de seguimento para doentes exacerbadores.



Alguns candidatos referem que este utente deveria ser referenciado para consulta hospitalar, tendo em conta a norma da “DGS 005/2019- Diagnóstico e tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto”, no ponto 15, página 7: “...Devem ser referenciadas a consulta hospitalar, a efetivar no prazo de 60 dias, as pessoas com: d) Formas graves de DPOC (grupos C e D). Contudo, a alínea d) refere expressamente que a referenciação é feita com o intuito de iniciar tratamento com roflumilast, para o qual o utente não tem indicação, dado apresentar 220 eosinófilos/ μL no sangue periférico e estar medicado com LABA/LAMA.

Alguns candidatos referem que este utente não apresenta critério de benefício para ICS, nomeadamente pelo risco de pneumonia associado. Contudo, o benefício do uso de corticoides inalados pode ser notado a partir de contagens de 100 eosinófilos/ μL no sangue periférico, com uma maior magnitude de resposta para contagens superiores. Neste sentido, as recomendações GOLD propõem no algoritmo para seguimento de doentes exacerbadores a associação de corticoides inalados aos doentes que estejam sob LABA/LAMA quando estes apresentem contagens acima de 100 eosinófilos/ μL no sangue periférico.

A argumentação de que o utente apresentado na vinheta não se encontra a realizar a posologia recomendada de olodaterol + brometo de tiotrópio 2,5/2,5 μg 2 inalações 1x por dia (2id), mas sim uma inalação 2x por dia (bid) é aceite pelo Júri. O júri é sensível a este argumento e, por isso, aceita-se como orientação possível alterar a medicação diária para brometo de acilidínio/formoterol 340/12 μg bid, dado que a troca de dispositivo inalatório e de moléculas dentro do mesmo grupo terapêutico é uma opção recomendada.

Assim, o Júri da Prova Teórica defere o pedido de alteração da chave de resposta. São consideradas corretas as alíneas a) Alterar medicação diária para brometo de acilidínio/formoterol 340/12 μg bid e c) Alterar medicação diária para furoato de fluticasona/brometo de umeclidínio/vilanterol 92/55/22 μg qd.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 3 pedidos de revisão de chave da **pergunta 15** (82,8% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os candidatos sugerem que a opção correta poderá ser c).

O diagnóstico diferencial entre o Síndrome do Ovário Poliquístico e a Síndrome de Cushing é difícil. Contudo, neste quadro clínico, a acantose *nigricans*, os fibromas moles e o tipo de distribuição da gordura corporal são mais sugestivos de Síndrome do Ovário Poliquístico. (UpToDate, Dynamed) No Síndrome de Cushing as características físicas são diferentes: face em

lua cheia com uma aparência pletórica, obesidade do tronco com supraclavicular proeminente e bolsas de gordura cervicais dorsais (giba de búfalo) e, habitualmente, dedos e extremidades distais finos e pele atrófica. O hirsutismo e a hiperpigmentação cutânea não são características desta patologia. (UpToDate, Dynamed) Nenhuma destas características é descrita na vinheta. O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou 1 pedido de anulação e 2 pedidos de revisão de chave e anulação da **pergunta 17** (95,6% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Um dos pedidos de revisão de chave (pedindo a anulação ou a consideração da opção a) parece referir-se à pergunta 19 e não à 17. Os restantes sugerem que se considere a opção b) como correta.

Trata-se de uma lesão pigmentada, contornos e pigmentação regulares, não elevada, com vários anos de evolução e de dimensões estáveis. A lesão é ovalada, mas simétrica. O diagnóstico mais provável é, por isso, nevo melanocítico e não melanoma.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 2 pedidos de anulação de pergunta e 1 pedido de revisão de chave da **pergunta 18** (78,1% de respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Nos pedidos de anulação e de revisão, argumenta-se que não são fornecidos elementos clínicos suficientes para estabelecer o diagnóstico mais provável. O pedido de revisão sugere que se considere a opção b) como correta. A vinheta descreve um homem que recentemente iniciou a prática intensa de golfe e que se queixa de dor no cotovelo que é agravada por esta atividade. Pede-se que, com base apenas nessa informação, os candidatos sejam capazes de chegar a uma hipótese mais provável. Esta atividade é semelhante ao que os médicos de família fazem para priorizar colheita de informação na anamnese após analisarem a abertura de consulta.



Nas opções de resposta a esta pergunta há um conflito entre a heurística que o golfe é um fator de risco clássico para a epicondilite medial e os resultados de estudos epidemiológicos que sugerem que, mesmo nos golfistas, a epicondilite lateral é mais frequente que a medial/epitrocleeite.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. Contudo, dada a escassez de estudos sobre a epidemiologia de lesões do cotovelo nos golfistas, o júri aceita como respostas corretas as opções b) e c).

O Júri da Prova Teórica apreciou os 5 pedidos de anulação e 13 pedidos de revisão de chave da **pergunta 19** (83,8% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os candidatos sugerem que se considere a opção c) como correta, uma vez que a dor alivia com a elevação do testículo afetado.

A vinheta descreve um quadro compatível com maior probabilidade de torção testicular. A epididimite é caracterizada por dor insidiosa, ao longo de alguns dias, micções frequentes com dor localizada na região do epidídimo e reflexo cremastérico positivo. O sinal de Prehn não é patognomónico de nenhuma das entidades descritas.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou o pedido de revisão de chave da **pergunta 20** (81,2% de respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

O pedido considera a alínea c) como correta. Embora a prescrição de montelucaste seja uma opção possível, mas não a preferencial, a dose proposta não é adequada a uma pessoa com 16 anos de idade.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 38 pedidos de revisão de chave da **pergunta 23** (72,1% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de revisão sugerem



que se considere as opções a) ou c) como corretas. O júri confirma ter existido um erro na primeira chave publicada. A resposta correta publicada na chave provisória corrigida é a opção a). Os candidatos defendem que a eletroforese já não é um exame de primeira linha no diagnóstico da anemia falciforme, sendo o teste HPLC (High-performance liquid chromatography) o mais recomendado.

O priapismo isquémico é extremamente raro em jovens sem anemia de células falciformes, um tipo de anemia com maior incidência na população de origem africana. O défice de glicose-6-fosfato desidrogenase causa também anemia hemolítica e é mais comum na África subsaariana, Ásia, Região Mediterrânica e Médio Oriente. Contudo, a maioria dos doentes é assintomática e, quando sintomática, as manifestações mais comuns são icterícia neonatal prolongada ou anemia hemolítica associada a infeção, consumo de favas ou certos medicamentos.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. De acordo com a chave provisória corrigida, é considerada correta a opção a). Os restantes pedidos de alteração da chave são indeferidos.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 2 pedidos de anulação e 34 pedidos de revisão de chave da **pergunta 24** (72,1% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considere as opções a), b), c) ou d) como corretas. O júri confirma ter existido um erro na primeira chave publicada. A resposta correta publicada na chave provisória corrigida é a opção c).

A vinheta descreve um quadro de otite média aguda numa criança de 5 anos previamente saudável, com hipersensibilidade tipo 1. Segundo a NOC 007/2012 da DGS de 16/12/2012, a duração do tratamento deve ser de 5 dias nas crianças com mais de dois anos, sem OMA recorrente e sem falência do tratamento inicial; ou de 3 dias no caso da azitromicina. No caso de reação de hipersensibilidade tipo 1 (anafilaxia, broncospasmo, angioedema e urticária) são opções terapêuticas os seguintes antibióticos: claritromicina, azitromicina ou eritromicina. A cefuroxima está contraindicada na hipersensibilidade tipo 1. De acordo com as mesmas orientações, as opções azitromicina ou eritromicina no enunciado têm erros de dose ou de duração.



O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. De acordo com a chave provisória corrigida, é considerada correta a opção c) "claritromicina 15mg/kg/dia, bid, 5 dias". Os restantes pedidos de alteração da chave são indeferidos.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 6 pedidos de anulação e 92 pedidos de revisão de chave da **pergunta 25** (43,3% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de revisão sugerem que se considere as opções a), b) ou c) como corretas. O júri confirma ter existido um erro na primeira chave publicada. A resposta correta publicada na chave provisória corrigida é a opção a).^[L1]_[SEP] Nesta vinheta descreve-se uma mulher jovem com história inicial de enxaqueca que progride para cefaleia de sobreuso de medicação. Pergunta-se qual a melhor explicação diagnóstica para os sintomas atuais, daí o Júri considerar como opção correta a cefaleia de sobreuso de medicação e não a enxaqueca (que era a cefaleia primária de base). No momento da consulta, estão presentes dois de 3 critérios diagnósticos da cefaleia por sobreuso de medicação (Dynamed, UpToDate): 1) uma história de cefaleia primária e frequência da cefaleia de pelo menos 15 dias /mês, 2) ausência de um diagnóstico alternativo que melhor explique o diagnóstico de cefaleia. Formalmente, não se verifica o terceiro critério, a utilização de medicação analgésica superior a 10-15 dias/mês durante mais de 3 meses consecutivos. Contudo, a própria classificação da ICHD-3 admite que nem sempre os critérios 1) e 3) são completamente preenchidos e que nesse caso deve-se considerar como provável a cefaleia de sobreuso de medicação. As características, localização e sintomas acompanhantes descritos na vinheta não correspondem ao quadro de cefaleia de tensão. Não existindo fotopsias, zumbidos pulsáteis, diplopia, perda de campos visuais ou papiledema, a hipótese hipertensão craniana benigna não pode ser considerada a mais provável. A cefaleia poderia ser a manifestação somática de um problema oculto. Estando presentes todos os critérios para diagnóstico de cefaleia de sobreuso de medicação, este diagnóstico é mais plausível que uma perturbação de sintomas somáticos.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. De acordo com a chave provisória corrigida, é



considerada correta a opção a) "cefaleia por sobreuso de medicação". Os restantes pedidos de alteração da chave são indeferidos.

O Júri da Prova Teórica apreciou um pedido de revisão de chave da **pergunta 26** (65,3% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

O pedido de revisão de chave não corresponde à pergunta 26, parecendo referir-se à pergunta 72.

O Júri da Prova Teórica apreciou um pedido de revisão de chave da **pergunta 27** (89,6% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

O pedido de revisão sugere também a opção c) como correta. ^[1]Trata-se de uma doente de 68 anos com risco aumentado de exposição à *Chlamydia psittaci* por cuidar de um pombal, sintomas (febre, sopro e nódulos de Osler) e alterações laboratoriais (VS e PCR elevadas) que no seu conjunto são fortemente sugestivos de endocardite bacteriana. O diagnóstico de pneumonia não explicaria todas as alterações descritas na vinheta.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou um pedido de anulação e 2 pedidos de revisão de chave da **pergunta 30** (64,2% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de revisão são erros de inserção e por isso são respondidos separadamente.

O pedido de anulação refere que a opção "Não vocaliza" deveria ser considerado também como sinal de alarme aos 9 meses. No enunciado é pedido que seja identificada a idade a partir da qual os sinais devem ser considerados 'sinais de alarme'. Não vocalizar é sinal de alarme a partir dos 6 meses.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma única correspondência correta e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou o pedido de revisão de chave da **pergunta 31** (90,3% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. O candidato sugere que a



opção correta poderá ser a opção a) apendicite aguda. No entanto, a vinheta orienta para o diagnóstico mais provável de diverticulite aguda, pelo quadro clínico e idade do doente. A diverticulite aguda apresenta-se geralmente em idosos com início agudo de dor abdominal, constante (geralmente no quadrante inferior esquerdo) e com febre. O diagnóstico diferencial inclui condições gastrointestinais, e urológicas e, raramente, outras causas de dor abdominal, mas a apendicite à esquerda é menos frequente que a diverticulite, para além da vinheta não fazer referência a um doente com *situs inversus*. Adicionalmente, a apendicite é mais frequente nas segunda e terceira décadas de vida.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar.

O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou 1 pedido de anulação e 8 pedidos de revisão de chave da **pergunta 32** (66,8% de respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

É referido que a vinheta não permite distinguir entre contemplação e preparação, por não se revelar se a paciente pretende deixar de fumar nos 6 meses ou nos 30 dias seguintes. Surge na vinheta: “pede-lhe agora agendamento de consulta de cessação tabágica para “tentar novamente”, o que remete para o plano de cessação num período inferior a 30 dias.

Além disso, todos os restantes dados da vinheta confirmam a fase de preparação que, de acordo com “Cessação Tabágica. Programa-tipo de atuação 2007”, corresponde a: “o fumador está a pensar modificar o seu comportamento a curto prazo (um mês) e já fez tentativas para deixar de fumar durante o último ano (mais de 24 horas sem fumar).”

Além da definição de contemplação, no documento de referência surge “O contemplador considera a mudança, ao mesmo tempo que a rejeita”, o que não acontece neste caso específico.

É também defendida como resposta correta a opção de recaída, que ocorre depois das fases de ação ou manutenção e que implicaria um período de cessação tabágica anterior de 6 meses no mínimo, o que não se verifica na vinheta.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou o pedido de anulação da **pergunta 33** (82,8% de respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

No pedido refere-se não ser possível saber se a pergunta “Qual foi o risco de morte em pessoas com 75 anos ou mais?” é sobre risco absoluto ou relativo. Esta pergunta não solicita o cálculo da razão de riscos entre dois grupos de pessoas, apenas a probabilidade de morte em pessoas com 75 ou mais anos. Para além disto, as opções de resposta são todas percentagens, pelo que, também por esta via, não seria possível considerar que estivesse a ser solicitado o cálculo de um risco relativo.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar.

O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou o pedido de revisão de chave da **pergunta 34** (94,8% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. O candidato sugere que a opção correta poderá ser a opção a) agorafobia. De acordo com DSM 5, a vinheta descreve um quadro de fobia situacional, por ser um medo irracional relativamente a uma situação, que neste caso é andar de avião. A hipótese agorafobia está errada porque existe informação de que a doente não tem medos em locais abertos ou fechados.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou o pedido de revisão de chave da **pergunta 35** (92,2% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

O candidato sugere que a opção correta deverá ser c), argumentando que a Norma 055/2011 da DGS refere o “tratamento sintomático da ansiedade e insónia com benzodiazepinas e fármacos análogos”. O quadro clínico descrito diz respeito a uma situação de perturbação de ansiedade e tanto no Dynamed como no UpToDate, os SSRI são os fármacos considerados de primeira linha para tratamento.



O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou o pedido de revisão de chave da **pergunta 39** (96,1% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. O candidato sugere que a opção correta poderá ser a opção c. A vinheta descreve um caso de uma grávida com obesidade, com aumento ponderal de 9Kg às 23 semanas. Um dos antidepressivos mais indicados seria a fluoxetina (Norma 4/2012 da DGS e Uptodate). A paroxetina não é primeira linha pelo aumento de peso. O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar.

O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 32 pedidos de revisão de chave da **pergunta 40** (64,8% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos consideram a opção a) também como correta.

A pergunta pretendia que se distinguisse icterícia fisiológica de 1 forma patológica de icterícia e de 2 formas de icterícia associada à amamentação. Estão descritas pelo menos três formas de icterícia associada à amamentação: um agravamento da icterícia fisiológica durante a primeira semana de vida, uma persistência da icterícia após a primeira semana de vida e icterícia por na falência da amamentação (por baixo aporte calórico e desidratação). A vinheta fornecia informação suficiente para excluir icterícia patológica e icterícia exagerada na primeira semana de vida. Dado que a consulta foi realizada ao 4.º dia de vida, não seria possível diagnosticar uma icterícia persistente.

Através da análise dos pedidos de revisão, o júri reconhece que não é consistente a terminologia para distinguir os vários tipos de icterícia associada à amamentação. Existem ainda fontes na bibliografia recomendada que equiparam a icterícia do aleitamento à icterícia fisiológica.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. Dada a variação de terminologia nas

diferentes fontes bibliográficas recomendadas, o pedido de alteração da chave é deferido e aceitam-se como corretas a opção a) e b).

O Júri da Prova Teórica apreciou os 17 pedidos de revisão da chave e 2 pedidos de anulação da **pergunta 44** (31,3% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os candidatos solicitam que a opção A seja considerada verdadeira, pois referem que existem estudos que mostram uma associação estatisticamente significativa entre a toma de antiagregantes e o aumento da incidência de hemorragias retinianas em doentes com hipertensão arterial e degenerescência macular da idade (patologias de elevada prevalência nas pessoas com diabetes). No entanto, é preciso ter em consideração que a população em estudo é diferente. Adicionalmente, é preciso considerar a evidência atual que sintetiza os estudos sobre retinopatia em populações com diabetes. A recomendação, expressa em Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes 2021, Diabetes Care 2021; 44(Suppl. 1):S151–S167 | <https://doi.org/10.2337/dc21-S011>, refere no ponto 11.24: “The presence of retinopathy is not a contraindication to aspirin therapy for cardioprotection, as aspirin does not increase the risk of retinal hemorrhage. Recommendation grade A—Clear evidence from well-conducted, generalizable randomized controlled trials that are adequately powered”.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 3 pedidos de anulação da **pergunta 45** (79,9% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os candidatos sugerem que a pergunta deve ser anulada porque nada impede "que o novo elemento que pondera entrar na equipa da USF seja proposto e escolhido como Coordenador da USF". No entanto, o que se pergunta é "Qual das situações descritas pode conduzir à extinção da USF?". Não se encontra descrita na vinheta a hipótese do médico vir a ser proposto e muito menos a hipótese de ser aceite.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 3 pedidos de revisão de chave e os 10 pedidos de anulação da **pergunta 46** (54,8% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considere também a alínea c) como correta, argumentando que a surdez de condução pode coexistir, apesar de otoscopia sem alterações, por causas mais raras. A proposta de anulação da pergunta baseia-se no pressuposto da falta de dados do exame objetivo e de exames complementares de diagnóstico que permitam responder.

A vinheta descreve um utente com perda progressiva da audição ao longo de décadas. O diagnóstico definitivo, sem recurso a outros elementos do exame físico ou audiometria é, de facto, impossível. No entanto, a questão pede o diagnóstico mais provável. A hipoacusia neurosensorial é o tipo mais frequente. O quadro descrito na vinheta reflete o padrão típico de perda de audição simétrica e progressiva ao longo de vários anos num idoso. A hipoacusia mista num utente com exame otoscópico sem alterações é muito menos provável.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. Os pedidos de alteração da chave e de anulação da pergunta são indeferidos.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 3 pedidos de revisão de chave da **pergunta 48** (86,4% de respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considerem também as opções b) e c) como corretas. Com base na idade e sexo do doente, cor da pele, tempo de evolução, localização, cor e hipervascularização da lesão, o diagnóstico mais provável é o carcinoma basocelular.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar.

O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 2 pedidos de revisão de chave e o pedido de anulação da **pergunta 49** (69,7% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considere a opção b) como correta ou a referência para consulta de Fisiatria (que não consta nas opções). Argumentam que a criança está na idade limite para se considerar o pé plano como fisiológico e que apresenta sintomas, uma vez que gasta o calçado de forma assimétrica.

Na vinheta é referido que a criança não apresenta dor e que o pé plano é fisiológico, havendo correção espontânea na posição "em pontas". A vinheta descreve um pé plano flexível assintomático. Está indicada apenas vigilância, pelo que a conduta mais adequada é a tranquilização da mãe (UpToDate e DynaMed). A referência a consulta de fisiatria não é uma opção de resposta.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou o pedido de revisão de chave da **pergunta 51** (94,5% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

O pedido de revisão da chave pede para ser considerada correta a opção d). De acordo com o candidato, segundo o UpToDate: "Before administering a live vaccine to a woman of childbearing age, reasonable practices should include asking the woman if she is pregnant or could become pregnant in the next four weeks and counselling her about the potential risks of vaccination during pregnancy or just before conception", defendendo que no texto não é explícito que a mulher, caso fosse vacinada no imediato, usaria contraceção ou não engravidaria nas 4 semanas seguintes, e como tal, a melhor e mais segura altura para vacinar com a vacina viva referida, seria nas 4 semanas após o parto, dado que "The MMR vaccine is not given during pregnancy because of a theoretical risk of live vaccines to the mother or fetus".

De acordo com o PNV, para prevenção da síndrome de rubéola congénita as mulheres em idade fértil devem estar vacinadas contra a rubéola (2 doses de VAR/VASPR), aproveitando todas as oportunidades de vacinação. Por precaução, recomenda-se que a vacinação com VASPR ocorra até pelo menos 4 semanas antes de engravidar. De acordo com o UpToDate, as mulheres em idade fértil devem ser vacinadas contra as doenças que aumentem o risco de resultados adversos para elas ou para os fetos, incluindo a VASPR, obviamente garantindo ausência de gravidez. Consideram que, para a administração de vacinas vivas, o 1º dia do



cataménio ter ocorrido nos 7 dias anteriores é critério clínico suficiente para se estar seguro que a mulher não está grávida.

Neste caso, como está no segundo dia do cataménio, a vacina pode e deve ser administrada de imediato, devendo obviamente serem adotadas as medidas necessárias para que não ocorra gravidez nas 4 semanas seguintes, o que também não é seguro que não aconteça quatro semanas após o parto.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 11 pedidos de revisão de chave da **pergunta 52** (81,7% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considere a opção d) como correta.

A vinheta traduz um caso clínico de insuficiência cardíaca em doente com fração de ejeção reduzida $\leq 40\%$, com sinais de edema pulmonar e retenção de líquidos, sem terapêutica prévia. A terapêutica inicial recomendada para todos os doentes sintomáticos com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida é: inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) (ou bloqueadores do recetor da angiotensina se intolerantes), betabloqueadores e diuréticos, para alívio dos sintomas congestivos. A ESC recomenda antagonistas dos recetores mineralocorticoides, como a espironolactona, em doentes com fração de ejeção $\leq 35\%$ ou em caso de ausência de melhoria sintomática com diurético de ansa e de alterações hidroeletrólíticas. O propranolol não é indicação de 1ª linha de insuficiência cardíaca, não existindo dados de impacto sobre a mortalidade, sendo os mais indicados o carvedilol, metoprolol e bisoprolol.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar.

O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 2 pedidos de anulação da **pergunta 56** (89,3% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.



Ambos solicitam a anulação da questão, argumentando que não é claro a que situação concreta de objeção de consciência se refere a vinheta. A vinheta descreve uma situação de um pedido de interrupção da gravidez no prazo legalmente previsto. A objeção de consciência é referente ao pedido da doente.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou o pedido de revisão de chave da **pergunta 57** (43,3% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

O pedido corresponde à pergunta 52 e não à 57.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 15 pedidos de revisão de chave da **pergunta 58** (65,0% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considere a opção b) como correta.

Os candidatos argumentam que: os NOAC não apresentam vantagens clínicas sobre os antagonistas da vitamina K numa FA não valvular e que a escolha daqueles se poderia basear apenas na opção do doente; não há certezas de que a insuficiência mitral deste doente não possa ter origem reumática; a insuficiência mitral poderá evoluir para severa e assim contraindicar os NOAC.

A pergunta formulada é "qual é a prescrição farmacológica mais adequada neste momento?".

A bibliografia é consensual em considerar que os NOAC são a escolha mais adequada nos doentes com FA exceto na estenose mitral moderada a severa, válvula mecânica ou problemas económicos (UpToDate, Dynamed, orientações clínicas da ESC e AHA/ACC/HRS). Na vinheta não há nenhum indício destas exceções.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou um pedido de revisão de chave e um pedido de anulação da **pergunta 59** (36,6% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.



O pedido de revisão sugere que se considere a opção b) ou c) como correta. Ambos os pedidos argumentam fármacos e posologias alternativas, citando referências desatualizadas, que não correspondem à melhor evidência disponível sobre o tema. A alínea considerada correta a) Azitromicina 1g, dose única, é a orientação terapêutica atual para a diarreia do viajante considerada grave e com origem no sudoeste asiático (Yellow Book CDC 2019; Dynamed e UpToDate).

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou 12 pedidos de revisão de chave da **pergunta 61** (76,2% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos sugerem que se considere a opção a) como correta.

Trata-se de uma mulher de 74 anos, com défice de memória progressivo e episódios de desorientação espacial. A filha descreve uma deterioração significativa face ao funcionamento normal da mãe. Há referência a compromisso funcional em algumas das atividades instrumentais da vida diária (cozinhar). Não existem queixas de humor deprimido ou anedonia, que são características da depressão. (Dynamed, UpToDate) Não existem flutuações agudas ou subagudas do pensamento, como desorientação, desorganização do pensamento, labilidade emocional ou alterações do ciclo de sono-vigília, característicos do delírio. (Dynamed, UpToDate) Assim, estão presentes os 5 critérios diagnósticos da classificação DSM-5 para demência. A existência de compromisso funcional, sugere demência (neste caso, doença de Alzheimer) e não défice cognitivo ligeiro. A demência tem diferentes graus de gravidade e esta doente tem uma doença de Alzheimer em fase inicial, onde a capacidade de manter a higiene, ir à missa e ir ao café ainda estão mantidas (dado serem hábitos provavelmente de vários anos).

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou 3 pedidos de anulação e 10 de revisão de chave da **pergunta 62** (55,9 % respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de



revisão de chave sugerem as opções a), b) ou c) como corretas, argumentando não se poder excluir as restantes hipóteses. Os pedidos que sugerem a anulação alegam que a imagem não é típica nem compatível com a descrição de tinha do corpo.

A tinha do corpo apresenta-se tipicamente como uma mancha ou placa eritematosa anular com clareamento central e bordo elevado e escamoso. O diagnóstico é feito pela presença desta típica lesão anular. Como descrito na vinheta observam-se várias destas lesões anulares com semanas de evolução e a doente não apresenta outros sintomas a não ser prurido. Outras características clássicas referidas na vinheta incluem o bordo da erupção ser elevada e escamosa ao toque e a pele ao redor da erupção estar seca. As erupções pruriginosas localizam-se apenas na região dorsal esquerda e braço. O diagnóstico é clínico, baseado na aparência clássica da erupção cutânea. Esta descrição faz parte do enunciado da vinheta e a figura espelha uma lesão típica.

A psoríase em placas, caracteriza-se por placas bem circunscritas, eritematosas e achatadas com escamas prateadas aderentes. O eczema atópico apresenta-se como manchas e placas eritematosas escamosas e pruriginosas. A pitiríase rósea requer 3 critérios: lesões circulares ou ovais discretas; descamação na maioria das lesões; descamação periférica de colarinho com folga central em ≥ 2 lesões. Estas características não estão descritas na vinheta nem a figura apresenta qualquer destas lesões típicas.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou um pedido de revisão de chave da **pergunta 63** (92,43% de respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. O pedido de revisão solicita que seja considerada como correta a opção b), argumentando que a gravidez está a 2 semanas de atingir o limite de poder ser interrompida, no caso de haver “grave doença” ou “malformação congénita” do nascituro, pelo que se considera como correta a opção de referenciar para consulta de alto risco obstétrico.

Nas referências utilizadas, nomeadamente “Saúde Reprodutiva, Doenças Infecciosas e Gravidez, DGS 2000” a primeira opção de encaminhamento de grávida com VDRL positivo é a sua quantificação e confirmação por prova serológica treponémica. Se ambas as provas forem positivas, proceder-se-á ao tratamento farmacológico imediato. Se VDRL for reativo, com



prova treponémica negativa, sem sintomatologia nem história de sífilis, não há necessidade de fazer qualquer tratamento, dado que a gravidez é uma das causas de falsa positividade nas provas serológicas não treponémicas (1-5% de falsos positivos).

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 43 pedidos de revisão de chave da **pergunta 64** (68.4% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de revisão sugerem que se considere a opção d).

A vinheta descreve uma família cujo filho mais velho tem 12 anos. Segundo Duvall, a fase V do ciclo só se inicia após o filho mais velho completar 13 anos. Quer a OMS, quer a DGS, consideram adolescência a partir dos 10 anos, mas ao aplicar-se o ciclo de Duvall tem de se respeitar as definições da autora.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou dois pedidos de revisão de chave da **pergunta 65** (88% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os candidatos sugerem como opção correta a opção b).

A vinheta apresentada descreve uma situação clínica muito sugestiva de prostatite aguda devido à presença de dor perineal, diminuição da intensidade do jato urinário, apenas piúria na tira teste e ausência de dor lombar ou abdominal.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou 27 pedidos de revisão de chave da **pergunta 66** (63,7% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de revisão sugerem que se considere a opção c) como correta.

A vinheta perguntava o que tornava uma lactente de 1 mês elegível para vacinação BCG. Na Norma da DGS 006/2016, a viagem para países com elevada incidência é critério de vacinação se viagem for superior a 3 meses, podendo ser considerada para estadias mais curtas se for considerado elevado risco de infeção.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou 21 pedidos de revisão de chave da **pergunta 67** (46,7% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considere as opções a), c) e d) como corretas.

Trata-se de uma mulher adulta, não idosa, pós-menopáusica, autónoma e independente, que vive num país desenvolvido. Os dados clínicos e laboratoriais fornecidos sugerem o diagnóstico de anemia ferropénica, o que não foi contestado por nenhum candidato. O objetivo desta pergunta é avaliar qual a etiologia mais frequente da anemia ferropénica no contexto da doente apresentada.

Em relação às referências bibliográficas que os candidatos apresentam para justificarem outras respostas como corretas, importa referir que a Norma DGS nº 030/2013: Abordagem, Diagnóstico e Tratamento da Ferropénia no Adulto, não identifica as etiologias mais frequentes da anemia ferropénica do adulto. De acordo com o UpToDate e o DynaMed a causa mais comum de anemia ferropénica nos homens e mulheres na pós-menopausa é a hemorragia digestiva.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 4 pedidos de revisão de chave da **pergunta 68** (89,8% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considere como corretas as opções b) e d).

A vinheta descreve uma situação de uma Sra. que tinha o rastreio oncológico desatualizado por ter a última citologia em lâmina há mais de 3 anos. Está indicada a repetição do rastreio, o que refuta o argumento de violação do princípio da "não maleficência". Em relação ao



princípio da confidencialidade este aplica-se ao médico e não ao doente. Ao não ter acesso à citologia em meio líquido, não está a ser respeitado o princípio da justiça que estabelece a justa distribuição de bens e recursos na tentativa de igualar as oportunidades de acesso.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 11 pedidos de revisão de chave da **pergunta 72** (82,0% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de revisão da chave sugerem que se considerem as opções b) e c) como corretas. A vinheta orienta para um quadro clínico compatível com diagnóstico mais provável de endometriose. A dor pélvica é o sintoma mais comum associado à endometriose, que geralmente é crónica e com dismenorreia intensa. São mais afetadas as mulheres em idade reprodutiva, de raça branca e nulíparas.

A infeção por clamídia é, na maioria das vezes, assintomática. Quando sintomática, manifesta-se sobretudo por cervicite aguda, com corrimento mucopurulento e uretrite. A DIP, quando causada pela clamídia, não tem mais de duas semanas de evolução e o início da dor é mais frequente no período pós-menstrual.

A obesidade, a descendência africana e a idade entre 40-50 anos, são fatores que orientariam no diagnóstico do leiomioma. No entanto, o quadro clínico e o exame objetivo não são compatíveis com leiomioma (Dynamed).

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 3 pedidos de revisão de chave da **pergunta 74** (91,6% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Dois pedidos de revisão de chave sugerem que a opção correta deve ser a c) e outro sugere a d), apesar desta ser a correta.

Efetivamente existe alguma sobreposição no quadro da anemia perniciosa e na anemia megaloblástica por deficiência de folatos. No entanto, na vinheta são referidos outros dados



que tornam mais provável tratar-se de uma deficiência de vitamina B12. Para além de sintomas de anemia e de comprometimento neurológico, a doente apresenta glossite. Tem ascendência africana, 60 anos de idade e não come carne, ovos ou laticínios. O conjunto destes elementos torna a suspeita de deficiência de vitamina B12 muito forte (Dynamed).

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou 5 pedidos de revisão de chave da **pergunta 76** (78,6% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de revisão de chave sugerem que as opções corretas deverão ser as alíneas b) e d).

A vinheta descreve uma mulher de 25 anos com uma erupção cutânea sugestiva de varicela desde a véspera. O tratamento mais indicado para a situação apresentada é o tratamento antiviral, dado ser o único tratamento apresentado que reduz a gravidade dos sintomas e o risco de complicações. Este tratamento está indicado nos adultos (independentemente da existência de fatores de risco acrescido para complicações), preferencialmente nas primeiras 24h do aparecimento da erupção cutânea (Dynamed e UpToDate).

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou 1 pedido de anulação e 10 pedidos de revisão de chave da **pergunta 77** (44,9% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de revisão de chave pedem que se considere a opção a) como correta.

A vinheta descreve um homem com LUTS por HBP, com sintomas predominantemente irritativos, próstata com dimensão < 35mL, resíduo pós-miccional 40mL e que não tem alívio adequado dos sintomas com um antagonista alfa. A predominância de sintomas irritativos e o pequeno resíduo pós-miccional sugerem a associação de um alfa-agonista com um anticolinérgico (Dynamed, UpToDate). Vários pedidos argumentam que os anticolinérgicos estão contraindicados para resíduos pós-miccionais de 30mL, mas essa afirmação não é feita na NOC citada (DGS 048/2011). O critério dos 30mL é utilizado para decidir entre monoterapia com anticolinérgico ou terapêutica combinada. Na norma, a única contraindicação a



anticolinérgicos descrita é o bloqueio infra-vesical, que não existe na situação descrita na vinheta. Noutras fontes, recomenda-se precaução na utilização de anticolinérgicos para resíduos pós-miccionais acima de 150mL (EAU), 250mL (Dynamed, AUA) ou 300mL (UpToDate).

As opções “finasterida” e “dutasterida + tansulosina” são alternativas possíveis nesta situação. Contudo, o efeito terapêutico dos inibidores da 5- α redutase é observável após 3 meses de tratamento, (Dynamed, UpToDate) e este doente já está previamente medicado com um antagonista alfa pelo que não se espera que a associação fixa “dutasterida + tansulosina” possa levar a um alívio rápido dos sintomas irritativos. Acresce ainda que, não existindo uma próstata muito aumentada (>35 g UpToDate, > 40mL Dynamed e EAU, > 50mL DGS 048/2011; NICE refere >30mL como moderadamente aumentada), não existe razão para preferir um inibidor da 5- α redutase a outras opções farmacológicas. A terazosina é um antagonista alfa à semelhança da tansulosina, pelo que não há razão para fazer a substituição.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 4 pedidos de anulação e 8 pedidos de revisão de chave da **pergunta 78** (49,9% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão de chave sugerem que se considere a opção c) como correta, argumentando que o doente tem indicação para anticoagulação por ser hipertenso. Os pedidos de anulação da pergunta referem que o doente tem indicação para anticoagulação, mas que esta não pode ser iniciada sem estudo da causa da elevação das transaminases. Referem ainda que, por apresentar elevação das transaminases, o doente deveria suspender a pravastatina.

O doente não é descrito como hipertenso e, nesta idade, a medicação com nebivolol na dose de 2,5 mg não é considerada dose anti-hipertensora. O doente está a fazer nebivolol para controlo de frequência da FA. Assim, o doente tem CHA₂DS₂-VASc=0.

Não existem dados na vinheta que permitam fazer o diagnóstico de insuficiência hepática: não há descrição de estigmas de insuficiência hepática nem há parâmetros de alteração da função hepática. Não há, neste momento, indicação formal para suspender de imediato a terapêutica atual. No entanto, pediu-se reavaliação analítica para rever a situação na próxima consulta.



O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou um pedido de anulação e os 3 pedidos de revisão de chave da **pergunta 79** (26,1% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de revisão de chave sugerem as opções c) e d) como corretas.

A vinheta refere a descrição de um sopro pulmonar numa criança com 3 anos.

O pedido de anulação cita fonte cuja validade científica não se sobrepõe às recomendações do Dynamed e UpToDate.

De acordo com o Dynamed, as características dos sopros inocentes incluem: intensidade <3, ser protossistólico, de natureza suave ou musical e localizados ao longo do bordo esquerdo do esterno. Por outro lado, os sinais de alarme são: intensidade grau ≥ 3 , ser holossistólico/telessistólico ou diastólico.

No UpToDate, os sinais de alarme são: intensidade grau ≥ 3 , ser holossistólico, ter intensidade máxima no bordo superior esquerdo do esterno e a intensidade aumentar com o ortostatismo.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar.

O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou quatro pedidos de revisão de chave da **pergunta 80** (80,9% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de revisão sugerem as opções b), c) e d) como corretas. A vinheta descreve uma crise vaso-oclusiva numa criança, no contexto de uma anemia de células falciformes, não havendo referência a sinais ou sintomas de infeção.

As complicações agudas da anemia das células falciformes incluem: febre, crises vaso-oclusivas, síndrome torácica aguda, sequestro esplénico, crise aplástica, AVC e priapismo. As transfusões sanguíneas repetidas estão indicadas na prevenção primária e secundária do AVC, prevenção de enfartes cerebrais silenciosos e síndrome torácica aguda recorrente (DynaMed) e não devem ser usadas por rotina na prevenção dos episódios vaso-oclusivos (UpToDate).

A imunização antipneumocócica e profilaxia antibiótica estão indicadas para prevenir infeções, no entanto estas raramente são causa de crises vaso-oclusivas (DynaMed) e não existe nenhum indício de infeção no caso da vinheta.

A hidratação faz parte de um conjunto de medidas de prevenção das crises vaso-oclusivas (OMS, UpToDate).

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 5 pedidos de revisão de chave da **pergunta 81** (89,3% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considere as opções a) ou b) como corretas.

Argumentam que sem uma radiografia de perfil, não é possível distinguir entre atelectasia e pneumonia lobar.

A radiografia que acompanha a vinheta está bem penetrada, bem inspirada, ligeiramente rodada, mas sugere um falso desvio direito da traqueia. Destaca-se, no terço inferior do hemitórax direito, uma hipotransparência triangular de vértice hilar, homogénea, limites esfumados, aparentemente limitada pelas cisuras. O diafragma apresenta-se simétrico e os ângulos costofrénicos livres. Estes aspetos são típicos de uma pneumonia lobar. Nas atelectasias pode existir verdadeiro desvio da traqueia e podem surgir hipotransparências triangulares, mas o vértice é externo e não hilar. A embolia pulmonar é raramente visível na radiografia de tórax; os sinais mais específicos prendem-se com a vascularização (ingurgitamento da artéria pulmonar ou da artéria descendente direita; oligoemia regional; corte abrupto na perfusão da artéria descendente direita). Na presença de enfarte pode haver uma hipotransparência, geralmente mais periférica e arredondada do que a que está presente na imagem da vinheta. Adicionalmente, tem uma incidência mais de 10 vezes inferior à associada às pneumonias adquiridas na comunidade.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.



O Júri da Prova Teórica apreciou os 3 pedidos de anulação e os 2 pedidos de revisão de chave da **pergunta 82** (60,1% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções. Os pedidos de revisão sugerem que se considere a opção a) como correta.

Trata-se de um jovem de 19 anos com uma massa em cacho de uva em torno do testículo esquerdo, indolor e compressível, compatível com o diagnóstico de varicocele.

Os candidatos contestam o diagnóstico de varicocele por não estar descrita a reversão da massa na posição supina. Este achado no exame objetivo não invalida o diagnóstico, apenas sugere que se deve avaliar se existe alguma obstrução vascular associada (ex. existência de um trombo) (UpToDate). A característica principal de um tumor do testículo é a presença de um nódulo ou massa dura. O varicocele está associado a alterações espermáticas, nomeadamente redução da contagem de espermatozoides, redução da motilidade e morfologias espermáticas alteradas.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou 1 pedido de anulação da **pergunta 83** (94,0% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Trata-se de um contexto com alguns critérios de alerta, nomeadamente a duração da dor e o facto de a paciente ter como antecedentes pessoais carcinoma da mama. Não há indicação para realização de exames imagiológicos em pacientes com dor lombar, a menos que haja suspeita de patologia subjacente grave (Choosing Wisely Canada e NICE Guidelines). De acordo com a Norma da DGS 047/2011: “Os sinais de alerta para elevada probabilidade de doença grave na coluna vertebral a ter em consideração para a prescrição de TC coluna, são os seguintes: doentes com diagnóstico de neoplasia maligna com potencial de metastização (mais frequentemente mama, pulmão, próstata, células renais, trato gastrointestinal ou mieloma) ou já com doença metastática conhecida.”

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 2 pedidos de revisão de chave da **pergunta 84** (49,6% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considere as opções a) ou c) como corretas.

A vinheta refere a idade da doente, os seus antecedentes pessoais e familiares, a existência de herpes labial e caracteriza as lesões cutâneas. A erupção mucocutânea ocorre dez dias após a infeção por herpes labial com distribuição acral e oral. As lesões da mucosa são vesiculares e a utente apresenta exantema simétrico nas superfícies extensoras dos membros superiores e inferiores, mãos e pés, com lesões em alvo de evolução centrípeta e vesículas palmares e plantares características do eritema multiforme. O diagnóstico diferencial é feito pelas lesões típicas em alvo, elevadas, papulares e vesiculares. Embora a síndrome de Stevens-Johnson possa mimetizar o eritema multiforme, a utente descrita na vinheta apresenta lesões em alvo maculares. Esta necrólise epidérmica tóxica é em 85% dos casos causada por fármacos. A doença mão-pé-boca tem como agente patogénico um enterovírus e tem uma fase prodrómica com febre, mal-estar geral, dores, tosse, mialgia e odinofagia. Só 12 a 36 horas depois surge uma erupção cutânea maculopapular/vesicular que afeta as extremidades, predominantemente nas mãos e em menor extensão nos pés, ocorrendo sobretudo em crianças (DynaMed).

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 4 pedidos de anulação da **pergunta 86** (58,7% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os candidatos sugerem que a pergunta deve ser anulada por "ser consensual em inúmeras fontes bibliográficas fidedignas, entre elas os manuais Cecil Essentials of Medicine (pág. 576) e Harrison's Principles of Internal Medicine (págs.830-31), que 25% a 30% dos casos de hemofilia resultam de novas mutações, não existindo por isso, história familiar da doença". A pergunta desenvolve-se, no entanto, num cenário em que existe história familiar de hemofilia pretendendo-se saber, nesse caso concreto, qual é a probabilidade do casal descrito ter um filho do sexo masculino com a doença.

A hemofilia é uma doença ligada ao sexo masculino. Se uma mulher saudável tem um filho de um homem com hemofilia: se nascer um rapaz, este não terá hemofilia, uma vez que vai



herdar o cromossoma X da mãe (sem hemofilia) e o cromossoma Y do pai; no caso de ser uma rapariga, esta será portadora de hemofilia porque irá herdar um cromossoma X da mãe (sem hemofilia) e um cromossoma X do pai, o cromossoma que contém o gene da hemofilia. Ademais, dada uma incidência de hemofilia de 1/4000 RN do sexo masculino, a incidência esperada de mutações espontâneas seria de 8 por 100.000, valor muito mais próximo de 0% que dos 25%.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou 1 pedido de revisão de chave da **pergunta 87** (79,9% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

O pedido de revisão não tem qualquer conteúdo.

O Júri da Prova Teórica apreciou 1 pedido de anulação e 9 pedidos de revisão de chave da **pergunta 89** (86,9% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considere a opção a) como correta.

Invocam que deveria ter sido excluída gravidez, que devia ter havido quantificação da proteinúria em urina de 24h e ter sido explícito que a microalbuminúria foi observada na primeira urina da manhã. A vinheta descreve uma doente de 42 anos, com diabetes tipo 2, hipertensão e quatro determinações positivas para microalbuminúria. É pedido para selecionar uma de quatro hipóteses relacionadas com a gestão da microalbuminúria. A informação relevante é fornecida na vinheta, pelo que os candidatos não devem assumir informação que não está presente (como a gravidez). A determinação da microalbuminúria é feita habitualmente na primeira urina da manhã porque permite ter uma menor variação no volume da micção. Geralmente, elevados volumes urinários baixam a concentração de albumina na urina e baixos volumes urinários aumentam a sua concentração. Contudo, na vinheta existem já quatro determinações positivas para microalbuminúria, e é improvável que todos os resultados sejam falsamente positivos.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.



O Júri da Prova Teórica apreciou os 5 pedidos de anulação e os 27 pedidos de revisão de chave da **pergunta 90** (53,8% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Os pedidos de revisão sugerem que se considere a opção a) como correta.

Na argumentação é considerado que os potenciais riscos dos estrogénios locais não são transponíveis aos tratamentos sistémicos e que os antecedentes de cancro da mama não são considerados como uma contraindicação para o uso de estrogénio vaginal. A vinheta descreve uma mulher com antecedentes de cancro da mama, e de tratamento com inibidor da aromatase, com múltiplas queixas genitais. Só valoriza a dispareunia profunda. Para este sintoma, o melhor tratamento inicial é o uso de lubrificante vaginal antes das relações sexuais (UptoDate e DynaMed). No caso de falência desta abordagem inicial, poderá então considerar-se a aplicação de estrogénio vaginal, já que o tratamento anterior com inibidor da aromatase não é contraindicação formal para a sua utilização (UptoDate e DynaMed). A testosterona tópica e a tibolona não são opções de tratamento inicial dos sintomas urogenitais por atrofia.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou o pedido de revisão de chave e os 9 pedidos de anulação da **pergunta 91** (45,2% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

O pedido de revisão sugere que seja aceite como correta a chave A3 B4 C1 D2, argumentando que a escala de faces de Wong-Baker pode ser usada a partir da idade pediátrica, logo aplicável ao caso clínico da utente idosa com analfabetismo funcional, implicitamente indicando que a escala de faces revista poderia ser aplicada a uma criança de 3 anos.

Os restantes candidatos propõem que a questão seja anulada, argumentando que a escala PAINAD não consta da bibliografia da prova e que a norma 14/2010 da DGS recomenda usar o FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) em crianças abaixo dos 4 anos.

A escolha do instrumento de avaliação da dor mais adequado depende de vários fatores, entre os quais a idade do doente e a sua capacidade cognitiva.

É recomendado que a avaliação da dor nas pessoas com demência avançada seja feita pela escala PAINAD pela sua fiabilidade e validade (UpToDate, Dynamed). As escalas de faces podem ser utilizadas em crianças ou pessoas com baixo nível de literacia (Dynamed, DGS



2003). Nas crianças, a escala de faces de Wong-Baker está validada partir dos 3 anos com capacidade verbal (DGS 2010) e a de faces revista a partir dos 4 anos (DGS 2010). Assim, o Júri entende que a escala de faces de Wong-Baker pode ser utilizada no caso A (Ana de 3 anos) e no caso D (Sr.ª Maria, 80 anos e analfabetismo funcional); contudo, a escala de faces revista só pode ser utilizada no caso D.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. Os pedidos de alteração da chave e de anulação da pergunta são indeferidos.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 2 pedidos de revisão de chave da **pergunta 94** (51% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

Uma candidata respondeu a esta pergunta como se ela fosse uma pergunta de V/F argumentando que assinalou como verdadeira a hipótese correta. Este pedido, não sendo de revisão de chave, é respondido separadamente.

O outro candidato considera a opção b) como correta. Refere que a pergunta pretende avaliar viéses de um teste na situação do ensaio clínico do cancro do pulmão. Ora, a pergunta pretende avaliar mais do que isso. Pretende avaliar o que o candidato sabe sobre o rastreio do cancro do pulmão e em consequência se sabe interpretar os resultados do ensaio.

O lead time bias é o tempo entre a deteção de uma situação mediante rastreio e a data de quando teria sido feito o diagnóstico em resultado da presença de sintomas. Atualmente, não existe qualquer evidência que o rastreio por RX de tórax tenha qualquer influência na mortalidade por cancro do pulmão. Na vinheta apresentada, o cancro do pulmão das pessoas pertencentes ao grupo experimental terá sido identificado antecipadamente pela realização de RX, parecendo assim que que eles sobreviveram mais tempo. No grupo controlo, o cancro do pulmão terá sido diagnosticado apenas quando as pessoas iniciaram sintomas. Todavia, o tempo de sobrevida terá sido exatamente o mesmo.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.



O Júri da Prova Teórica apreciou 1 pedido de revisão de chave e 1 pedido de anulação da **pergunta 96** (65,5% respostas certas), bem como a vinheta, a pergunta e as opções.

O pedido de revisão sugere a alínea c) como correta, argumentando que a vinheta descreve alodinia (dor ao toque) porque a utente refere que a dor alivia quando coloca as pernas por cima do edredão. A vinheta não descreve alodinia. Este fator de alívio transitório resulta da mudança de temperatura, é um dos sintomas referidos pelos doentes e é sugerido por várias sociedades científicas como medida de alteração comportamental nos doentes com síndrome de pernas inquietas.

O candidato que propõe que a pergunta seja anulada alega que a informação na vinheta é insuficiente para distinguir síndrome de pernas inquietas de insuficiência arterial. No entanto, a dor associada à insuficiência arterial periférica é tipicamente agravada pela elevação dos membros inferiores, que é o oposto do descrito na vinheta.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção que é mais correta que as restantes e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. Os pedidos de alteração da chave e de anulação da pergunta são indeferidos.

O Júri da Prova Teórica apreciou os 111 pedidos de revisão de chave da **pergunta 97** (6% respostas certas), bem como a vinheta e a pergunta.

Os pedidos de revisão sugerem que se considerem como corretas as respostas: a) qualidade e b) desempenho; a) efetividade e b) qualidade; a) saúde e b) qualidade; a) saúde e b) desempenho. Os pedidos de anulação argumentam que: 1) a pergunta transcende o âmbito da prova; 2) os termos não são referidos no BI dos CSP; 3) a pergunta é idêntica a uma pergunta do teste de MGF4 de um teste na ARS LVT; 4) a pergunta foi anulada na base “não permite uma avaliação correta do objetivo de conhecimento que se pretendia avaliar”.

A pergunta faz parte do âmbito da prova porque diz respeito a Avaliação da Qualidade de Saúde, área em que todos os internos têm formação e que faz parte do conteúdo curricular da especialidade. Avaliar a qualidade dos serviços de saúde, principalmente nos CSP, é cada vez mais importante. A informação a partir da qual se inferem diferenças sobre a qualidade dos cuidados de saúde é habitualmente classificada em três categorias: "estrutura", "processo" e "resultados" - Donabedian, Avedis (1988). The Quality of Care. JAMA, 260(12), 1743–. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033.



Os conceitos que se pretendem avaliar são referidos no BI dos CSP, onde a descrição de cada indicador inclui um quadro resumo referindo, entre outros, se este é de processo ou de resultado. No entanto, no documento de 2017 a legenda dos indicadores classifica os diferentes tipos de indicador de acordo com as áreas dos seus atributos.

As perguntas da prova teórica não têm de ser originais. Inevitavelmente, com o uso mais generalizado de avaliações escritas, a possibilidade de repetição de perguntas é maior. O Júri da prova não consulta o conteúdo de provas parcelares das coordenações de internato.

A anulação de uma pergunta justifica-se quando é encontrado erro na sua formulação e não por ter sido anulada noutra teste efetuado noutra contexto, por outro tipo de júri ou responsáveis.

No entanto, o júri da prova considera que a relação estabelecida no enunciado da vinheta entre a primeira oração "Os indicadores de desempenho clínico podem ser divididos, consoante o que medem, em..." e a segunda oração, que faz a definição do tipo de indicador, não é clara. Existem diferentes classificações de indicadores, por tipo, por área, etc., que poderiam ser consideradas na resposta. Assim o Júri da Prova Teórica entende que a pergunta deve ser anulada.

O Júri da Prova Teórica apreciou 8 pedidos de anulação e os 14 pedidos de revisão de chave da **pergunta 98** (40,7% respostas certas), bem como a vinheta e a pergunta.

A questão colocada é clara pois solicita o número máximo de dias numa prescrição inicial de um certificado de incapacidade para o trabalho e não o número de dias que o trabalhador tem direito, pelo Código do Trabalho. Tanto nos pedidos de revisão como os de anulação, existe confusão entre o número de dias inicial do CIT por assistência a familiar que o médico pode certificar e o nº de dias de subsídio a que o trabalhador tem direito.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma única resposta correta e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. O pedido de alteração da chave é indeferido.

O Júri da Prova Teórica apreciou o pedido de anulação e os 3 pedidos de revisão de chave da **pergunta 100** (63,7% respostas certas), bem como a vinheta e a pergunta.

Todos os pedidos, incluindo o de anulação, argumentam que a resposta correta é condiloma.

A questão colocada é clara pois pede para indicar o agente etiológico das lesões descritas na vinheta, que correspondem efetivamente a condilomas acuminados. Ora, o agente tem designação diferente da das lesões, pelo que apenas se podem admitir como respostas corretas as que o identificam: papiloma vírus, vírus do papiloma humano, HPV, VPH. O júri aceitou como corretas respostas que continham erros ortográficos.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma única resposta correta e incide sobre conteúdos que fazem parte da prática do especialista em medicina geral e familiar. Os pedidos de alteração da chave e anulação da pergunta são indeferidos.

Ponto quatro - Elaboração da chave definitiva

Analisados os pedidos de revisão da chave, deliberou o júri em conformidade com o n.º 1, 2 e 3, do artigo 17 do Regulamento da Prova Teórica de Avaliação Final do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar, elaborar a chave definitiva da prova. O Júri deliberou proceder às seguintes alterações:

Pergunta 14 – A e C

Pergunta 18 – B e C

Pergunta 40 – A e B

Pergunta 97 - Anulada

De acordo com o ponto 4 do artigo 17.º deste mesmo Regulamento, o júri enviou à ACSS para publicação a chave definitiva, da prova realizada no dia 9 de abril de 2021, anexa a esta ata.

Ponto cinco - Classificação dos candidatos

De acordo com os pontos 1, 2 e 4 do art.º 4 do Regulamento da prova Teórica da Avaliação Final do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar o Júri da prova solicitou à ACSS para publicar a lista de classificação final.

Nada mais havendo a tratar, deu-se por encerrada a reunião, da qual se lavrou a presente ata que, depois de lida e aprovada, foi assinada nos termos da lei.

Lisboa, 16 de abril de 2021