

Ata da Reunião do Júri da prova Teórica do Exame Final do Internato de Medicina Geral e Familiar, Época Normal, fevereiro de 2020

Nos dias 2 a 6 do mês de março de dois mil e vinte, reuniu o Júri da Prova Teórica do Exame Final do Internato de Medicina Geral e Familiar, Época Normal, fevereiro de dois mil e vinte, na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, com a seguinte Ordem de Trabalhos:

Ponto Um - Resposta ao pedido de revisão da chave da Prova Teórica do exame final do Internato de Medicina Geral e Familiar, Época Normal, fevereiro de 2020;

Ponto Dois - Elaboração da chave definitiva da Prova Teórica do exame final do Internato de Medicina Geral e Familiar, Época Normal, fevereiro de 2020.

Nesta reunião estiveram presentes os seguintes elementos:

Isabel Santos (Presidente), Ângela Teixeira (apenas presente no 1º dia, por motivo de doença), Bruno Heleno, Carla Correia, Catarina Matias, Conceição Balsinha, Dagmara Paiva, Helena Boavida, José Mendonça e Maria da Luz Loureiro.

Dando seguimento ao ponto UM da Ordem de Trabalhos, conforme o regulamento da prova, os pedidos de revisão de chave foram recebidos entre os dias vinte e oito de fevereiro e um de março de dois mil e vinte, através de link publicitado na página da ACSS.IP (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdzJOP-2f4B6Xcuscke_5lbpZ-JM5WewMScVM7XkEQvR1pDBg/viewform), sendo que sete deles não foram considerados por terem sido recepcionado depois das 23:59 do dia 1 de março de 2020.

A última submissão foi considerada às 23:59 do dia 1 de outubro de dois mil e vinte.

Das cem perguntas da prova, foi pedida revisão da chave de 56 delas, através de um total de 1201 pedidos válidos.

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 a revisão da chave	% Pedidos de revisão por candidato que realizou a prova	Número de pedidos de revisão da chave	Número de pedidos por candidato que pediu revisão de chave
Açores	5	5	100%	13	2,60
Alentejo	14	6	43%	13	2,17
Algarve	16	5	31%	9	1,80
Centro	65	54	83%	271	5,02
Lisboa e Vale do Tejo	119	49	41%	194	3,96
Madeira	9	6	67%	20	3,33
Norte	173	148	86%	681	4,60

A análise dos pedidos de revisão mereceu as considerações do júri explanadas a seguir.

A **questão 1** foi respondida corretamente por 86,75% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A vinheta apresentada refere-se a uma doente no grupo B na classificação de gravidade da DPOC. Tratando-se da terapêutica inicial a instituir nesta doente, e, de acordo com a GOLD 2020 e Norma DGS 005/2019, a terapêutica a instituir neste momento é o broncodilatador de longa ação referido na alínea b).

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.

A **questão 3** foi respondida corretamente por 86,25% dos candidatos. Foram submetidos 5 pedidos de revisão de chave da prova.

Esta questão avalia qual a melhor opção contraceptiva numa puérpera (parto há 5 semanas) que não está a amamentar. Vários candidatos argumentam que não é claro se a puérpera está neste momento a amamentar. Uma vez que a vinheta refere que puérpera esteve internada em UCI durante 7 dias e diz na consulta que não amamentou, o júri da prova não aceita este argumento. Já passaram mais que 21 dias, pelo que todas as opções contraceptivas listadas

seriam possíveis. Para além do puerpério, não existem atualmente outros fatores de risco tromboembólicos (imobilização, idade ≥ 35 anos, TVP anterior, trombofilia, transfusão, miocardiopatia periparto, IMC ≥ 30 kg/m², hemorragia pós-parto, parto por cesariana, pré-eclâmpsia ou tabagismo). Um candidato argumenta que a utente esteve internada em UCI pelo que pode ter estado imobilizada, contudo a imobilização já terminou há pelo menos quatro semanas pelo que o júri não aceita este argumento. Uma vez que a mulher refere que gostaria de manter a regularidade do ciclo menstrual, as opções desogestrel oral, dispositivo de libertação intrauterino de levonorgestrel e implante etonorgestrel são as menos adequadas para este fim. Uma vez que já fez pílula combinada no passado e não tinha esquecimentos, justifica-se reiniciar essa pílula combinada.

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.

A **questão 4** foi respondida corretamente por 94,00% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A questão destina-se a saber a hipótese diagnóstica mais provável e não todas as possíveis. De facto, muitas podem ser as causas de hiperprolactinemia, mas, com o quadro clínico referido na vinheta e as hipóteses colocadas, a mais provável é o prolactinoma. A cefaleia persistente não faz parte do quadro da síndrome do ovário poliquístico.

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.

A **questão 6** foi respondida corretamente por 95,50% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que as alíneas a) e b) estão corretas.

Pretende-se saber qual é a atitude mais correta. De acordo com a Norma DGS nº 015/2013, atualizada em 04/11/2015: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito, o documento deve ser assinado pelo tutor legal e pelo menor ou tutelado, se o mesmo tiver discernimento. De acordo com o Documento-Guia sobre Consentimento Informado da ARS Norte: “g) Mesmo em casos de menoridade ou de deficiência, em respeito pelo princípio da



autonomia da pessoa, deve ser dada adequada informação e considerado, com razoabilidade, o direito do próprio à recusa de tratamentos ou exames”.

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.

A **questão 7** foi respondida corretamente por 88,75% dos candidatos. Foram submetidos 18 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que a opção c) "Manobra de Dix Hallpike" deverá ser também considerada como resposta certa. Há três argumentos principais: primeiro, que os primeiros passos da Manobra de Epley correspondem a manobra de Dix-Hallpike; segundo que a legenda da figura faz referência ao tratamento da vertigem; terceiro que o exame físico pode incluir manobras terapêuticas. Contudo, a questão 7 perguntava qual a "manobra do exame objetivo" que estava representada na imagem. Das opções de resposta apresentadas, a manobra de Dix Hallpike é uma manobra de exame objetivo, todas as restantes manobras são manobras terapêuticas. Uma revisão de livros de texto sobre semiologia médica (*McGee S Evidence-Based Physical Examination; Guaytt G Rational Clinical Examination; Hutchinson's clinical methods*) sugere que o exame físico é uma manobra para recolha de informação para fins diagnósticos; quando há referências ao efeito terapêutico do exame físico, este relaciona-se com o aprofundamento da relação médico-doente, indicando que o exame físico tem por fim chegar ao diagnóstico final ou como ato simbólico de estabelecimento da relação médico-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.

A **questão 10** foi respondida corretamente por 95,50% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A argumentação defende a possibilidade de existirem duas respostas certas: a) embolia pulmonar e d) pneumonia adquirida na comunidade.

A hipótese diagnóstica de embolia pulmonar é a mais provável dada a ocorrência de dispneia de início súbito associada ao edema unilateral da perna direita. Segundo o UptoDate, a

apresentação mais comum de embolia pulmonar pode incluir ainda dor pleurítica e tosse, e no exame objetivo podem estar presentes crepitações pulmonares. No Dynamed também é referido que a febre é um sintoma que pode estar presente, bem como alterações inespecíficas na auscultação pulmonar (e.g. roncos e crepitações).

Assim, o diagnóstico mais provável e o que melhor explica o quadro clínico na sua totalidade é a resposta a) embolia pulmonar.

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.

A **questão 11** foi respondida corretamente por 90,75% dos candidatos. Foram submetidos 8 pedidos de revisão de chave da prova.

A questão é sobre a atitude a tomar relativamente à terapêutica com a varfarina e não relativamente ao INR para qualquer patologia que necessite de hipocoagulação. Na situação descrita na vinheta importa tão só referir qual é a indicação que deve ser dada. De acordo com a *European Society of Cardiology*, a terapêutica com a dose referida na vinheta deve ser mantida.

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.

A **questão 12** foi respondida corretamente por 97,75% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que deve ser reformulada uma nova estratégia de apoio, de acordo com a NOC 003/2019: Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos. Esta consideração não suporta a alínea tida como correta no pedido de revisão da chave: “deixar passar algum tempo, porque talvez mude de ideias após o processo de luto.”

De acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, Diário da República, Regulamento n.º 707/2016, Artigo 15º, nº 2: "O médico assistente deve respeitar o direito do doente a mudar de médico, devendo antecipar-se, por dignidade profissional, à menor suspeita de que tal vontade exista".



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.

A **questão 13** foi respondida corretamente por 80,75% dos candidatos. Foram submetidos 8 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende a necessidade de excluir outras opções de diagnóstico antes de atribuir a hematúria ao diagnóstico de neoplasia da bexiga. Este caso clínico foi construído de forma a que todas as opções de resposta fossem diagnósticos plausíveis, pelo que perante este caso clínico os médicos de família procurariam excluir cada uma das hipóteses diagnósticas. Contudo, a pergunta pede o diagnóstico que melhor explica este quadro clínico. Trata-se de hematúria terminal, indolor, em doente fumador (64 UMA). Este quadro sugere neoplasia da bexiga. Esteve algaliado, mas já se passou um ano desde essa intervenção. Não tem disúria e os restantes sintomas urinários são antigos, o que diminui a probabilidade de cistite. Não tem dor lombar ou sinal de Murphy, o que diminui a probabilidade de nefrolitíase. Não temos resultados analíticos que nos façam pensar em nefropatia IgA (elevação creatinina, proteinúria, fragmentos de eritrócitos na urina) e este utente não se enquadra no grupo etário em que habitualmente surge a nefropatia IgA. Alguns candidatos argumentam que a nefrolitíase é uma causa mais frequente de hematúria que a neoplasia da bexiga. Isto é verdade na população de pessoas com hematúria microscópica, mas não quando há hematúria macroscópica. Em doentes com hematúria macroscópica, cerca de 20% têm neoplasia da bexiga e 3% têm nefrolitíase. Khadra MH, Pickard RS, Charlton M, Powell PH, Neal DE. A prospective analysis of 1,930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. The Journal of Urology. 2000 Feb 1;163(2):524-7., doi: [10.1016/S0022-5347\(05\)67916-5](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)67916-5)

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.

A **questão 15** foi respondida corretamente por 53,25% dos candidatos. Foram submetidos 88 pedidos de revisão de chave da prova.

A pergunta é sobre o diagnóstico de suspeição considerando os dados clínicos que a vinheta disponibiliza. A argumentação centra-se maioritariamente na ausência de dados do exame

objetivo que permitam a confirmação do diagnóstico decorrente da etiologia do pé Charcot. O diagnóstico da fase aguda do pé de Charcot na sua fase prodrómica é um desafio. A etiologia do pé de Charcot ainda hoje está sob discussão se é neurotraumática ou neurovascular. O tipo de neuropatia subjacente tanto pode ser periférica como autonómica. A forma precoce e minor de apresentação pode ser confundida com celulite e ou gota. No entanto a ausência de dor, de leucocitose e de maceração interdigital e de fissuras exclui ou relega para segundo plano qualquer uma das alternativas. O pé agudo de Charcot deve ser a primeira hipótese a considerar numa doente com diabetes não controlada que aparece com um fenómeno inflamatório no pé (calor, rubor, edema, mas sem dor) sem explicação. A radiografia pode não revelar alterações numa fase aguda do processo. Face aos dados presentes a suspeição de doença de Charcot deve ser elevada (Dynamed - Neuropathic Arthropathy, Harris A, Violand M. Charcot Neuropathic Osteoarthropathy (Charcot Joint) [Updated 2019].

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.

A **questão 17** foi respondida corretamente por 58,00% dos candidatos. Foram submetidos 5 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que não estavam disponíveis as seguintes informações na vinheta que lhes permitiriam responder: antecedentes pessoais do jovem (deficiência ou doença crónica), dimensão da fratria, idades e antecedentes pessoais dos irmãos e possibilidade do outro progenitor prestar assistência. Argumentaram que, sem essas informações, não era possível aferir do direito do subsídio ou da sua duração, propondo como correta a opção d).

De acordo com o artigo 49º do Código do Trabalho, "o trabalhador pode faltar ao trabalho até 15 dias por ano para prestar assistência inadiável e imprescindível em caso de doença ou acidente a filho com 12 ou mais anos de idade que, no caso de ser maior, faça parte do seu agregado familiar." A possibilidade do outro progenitor prestar assistência não é relevante porque a questão é colocada do ponto de vista da duração máxima do subsídio atribuível à mãe. Na vinheta não é dada informação sobre os antecedentes do jovem ou a sua fratria, pelo que se assume que o jovem não é portador de doença crónica ou deficiência e que não tem irmãos.

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.

A **questão 18** foi respondida corretamente por 85,25% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A vinheta refere um caso clínico de luto dum utente que vivia com a esposa que faleceu por atropelamento. Apesar de ser uma família nuclear sem filhos, o risco de isolamento é pequeno porque tinham um bom suporte familiar. Deste modo, o único fator de risco para luto prolongado é a morte violenta de acordo com a Norma 003/2019 da DGS.

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.

A **questão 20** foi respondida corretamente por 92,50% dos candidatos. Foram submetidos 3 pedidos de revisão de chave da prova.

A pergunta é sobre a melhor alteração terapêutica no quadro clínico descrito. Não existe, pois, justificação, como propõe um dos requerentes, para alterar o tipo de insulina. O uso dos análogos da insulina, apesar do seu perfil mais fisiológico, tem uma relação custo/benefício superior. Mudar para insulina glargina não é uma hipótese adequada. A outra argumentação propõe como certa aumentar a insulina para 22U à noite. O júri da prova não aceita esta opção pois a glicemia capilar está mais aumentada antes do jantar, o que pressupõe necessidade de aumento da dose de insulina na toma matinal.

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.

A **questão 22** foi respondida corretamente por 96,00% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A vinheta refere um caso clínico de um doente com o diagnóstico recente de diabetes tipo 2, obesidade e sem outras comorbilidades. A melhor hipótese para início de monoterapia é a metformina de acordo com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Diabetologia e da

ADA 2019. A insulina é considerada como primeira opção quando a hemoglobina glicada está acima de 10%.

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.

A **questão 23** foi respondida corretamente por 83,50% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A vinheta descreve a situação de um fumador que, apesar de conhecer os malefícios do tabaco e de ser pressionado a mudar, não se sente verdadeiramente motivado para deixar de fumar, mas admite fazê-lo num prazo de 6 meses. Essa é a definição para a fase de contemplação definida no modelo de Prochaska e Diclemente. Fonte: Linhas de Intervenção para a intervenção em dissuasão - SICAD, 2013. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 38(4), 443-448.

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.

A **questão 24** foi respondida corretamente por 84,75% dos candidatos. Foram submetidos 9 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que, de acordo com a Norma de Orientação Clínica da DGS nº 041/2011 – “Prescrição de Antidepressivos”, os antidepressivos são tratamento de 1ª linha para as perturbações de ansiedade. Propõe também a alínea d) como correta. Alguns candidatos fazem referência ao documento do UpToDate sobre a abordagem da depressão major: "Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment", apesar da vinheta descrever claramente uma utente com um quadro que cumpre os critérios de diagnóstico da DSM-5 de perturbação de ansiedade generalizada.

De acordo com o UpToDate em "Approach to treating generalized anxiety disorder in adults" (atualizado em junho de 2019) e o National Institute for Clinical Care and Excellence "Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management" (atualizado em julho de 2019), tanto a opção não farmacológica de psicoterapia cognitivo-comportamental como a

farmacológica de inibidores de recaptção de serotonina são igualmente de primeira linha (isolados ou em combinação) e dependem da preferência do utente.

A vinheta descreve uma doente com um quadro de perturbação de ansiedade generalizada, cujo tratamento de primeira linha inclui uma prescrição não farmacológica eficaz, que vai de encontro ao seu desejo de não tomar 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. O pedido de alteração da chave é indeferido.

A **questão 26** foi respondida corretamente por 86,75% dos candidatos. Foram submetidos 6 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que a fasceíte plantar está frequentemente associada a esporão do calcâneo e que é necessário um exame radiológico para os distinguir, citando um artigo publicado pelo Am Fam Physician em 2018 "Heel pain: diagnostic and management" (<https://www.aafp.org/afp/2018/0115/p86.html>) e o livro "Regras de Ouro em Reumatologia". Propõe as respostas a) esporão do calcâneo e b) fasceíte plantar como corretas.

O quadro clínico apresentado na vinheta é muito típico de uma fasceíte plantar, uma das patologias músculo-esqueléticas mais frequentes do calcânhar em cuidados de saúde primários e cujo diagnóstico é clínico ("Regras de Ouro em Reumatologia"). O esporão do calcâneo, por si só, sem fasceíte associada, é habitualmente assintomático. Aliás, no artigo citado pelos candidatos, os autores referem que apesar dos esporões do calcâneo estarem presentes em aproximadamente 50% dos doentes com fasceíte plantar, não se correlacionam bem com os sintomas e podem também ser encontrados em pessoas sem fasceíte plantar.

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.

A **questão 27** foi respondida corretamente por 92,50% dos candidatos. Foram submetidos 5 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende como corretas as opções b) budesonida e d) formoterol.

Das opções, apenas a fenilefrina é classificada como "3.3 Simpaticomimético/Aparelho cardiovascular". Sendo um agonista alfa-adrenérgico, mesmo em utilização tópica e nas doses

terapêuticas a sua ação direta é sempre a vasoconstrição, estando associado diretamente ao risco de hipertensão (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 19th ed.*).

No RCM da neosinefrina® (fenilefrina) pode ler-se "Os descongestionantes nasais apresentam os seguintes efeitos de classe: hipertensão, hipertensão intraocular e sintomas gastrointestinais."

http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5960&tipo_doc=rcm

A budesonida é um corticoesteróide inalado, sem atividade mineralocorticoide, com um efeito de primeira passagem elevado e consequentemente uma biodisponibilidade sistémica reduzida (*Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 12th ed*). As reações adversas comuns dos corticosteróides inalados não incluem a hipertensão (RCM da budesonida

http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=32435&tipo_doc=rcm).

O formoterol é um agonista beta-2 seletivo sem atividade alfa adrenérgica pelo que a recomendação que consta no RCM de "uso com precaução durante o tratamento de doentes com tirotoxicose, feocromocitoma, cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva, estenose aórtica subvalvular idiopática, hipertensão grave, aneurisma ou outra patologia cardiovascular grave, tal como a cardiopatia isquémica, taquiarritmias ou insuficiência cardíaca grave" se justifica pelo risco de taquiarritmias. Aliás no RCM não consta a hipertensão no quadro de reações adversas

http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6564&tipo_doc=rcm.

Pretende-se a identificação do fármaco mais frequentemente associado a aumento da pressão arterial. Não há qualquer justificação para considerar que a budesonida ou o formoterol estejam mais frequentemente associados a aumento da pressão arterial que a fenilefrina.

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.

A **questão 29** foi respondida corretamente por 68,25% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que não está claro que a impossibilidade de retração do prepúcio é pelo médico e que a especialidade correta para referenciar seria a Cirurgia Pediátrica.

O quadro clínico descrito é indiscutivelmente de parafimose (dor e impossibilidade de retração do prepúcio à observação pelo médico, conforme a descrição a partir de "à observação"). Neste caso, a única opção correta é referenciar o doente para especialidade cirúrgica. Dependendo dos recursos locais, poderia ser referenciado para Cirurgia Pediátrica ou Urologia. Estando disponível para resposta apenas a opção Urologia, só pode ser esta a resposta correta. 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.

A **questão 30** foi respondida corretamente por 67,00% dos candidatos. Foram submetidos 60 pedidos de revisão de chave da prova.

A vinheta pretende saber qual das alterações eletrocardiográficas descritas, é a mais sugestiva de estar associada ao diagnóstico de enfarte. A elevação do segmento ST, no contexto clínico adequado, medida no ponto J, é considerada sugestiva de oclusão coronária aguda em curso, seja de $\geq 0,25$ mV (2,5 mm) nos homens abaixo dos 40 anos, ou ≥ 0.2 mV (2mm) nos homens acima dos 40 anos, ≥ 0.15 mV (1,5 mm) nas mulheres nas derivações V2–V3 e/ou ≥ 0.1 mV (1mm) nas outras derivações.

As alterações de condução de novo, como por exemplo o bloqueio completo de ramo esquerdo, podem estar associadas a enfarte, mas são de difícil valorização. A depressão do segmento ST nas derivações V1-V3 pode sugerir isquemia do miocárdio posterior, especialmente quando a onda T terminal é positiva (equivalente à elevação do segmento ST), com confirmação pela elevação concomitante do segmento ST ≥ 0.5 mm obtido nas derivações V7-V9, tratando-se, por isso, numa situação menos frequente. A onda Q pode estar presente em diversas situações, como defeitos fisiológicos ou posicionais ou na dilatação ventricular; no enfarte é mais tardia e indica lesão do miocárdio [2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal* (2018) 39, 119–177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393]; *Dynamed - ST-elevation Myocardial Infarction (STEMI)*].

Assim, das opções eletrocardiográficas listadas, a única que faz diagnóstico eletrocardiográfico de enfarte agudo do miocárdio é o supradesnivelamento de ST.

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.

A **questão 31** foi respondida corretamente por 93,00% dos candidatos. Foram submetidos 4 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende a necessidade de considerar como certa também a opção c) FVC com aumento superior a 12% e a 200 mL. De facto, quer na norma da DGS, quer na GOLD, quer no UpToDate, o teste de reversibilidade brônquica considera-se positivo quando há aumento de 12% e 200 mL de variação, no FEV1 ou na FVC.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta tem duas respostas corretas. O pedido de alteração de chave é deferido considerando-se as opções a) e c) como corretas.

A **questão 32** foi respondida corretamente por 87,75% dos candidatos. Foram submetidos 4 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que: 1) os triglicédeos não se encontram abaixo do valor recomendado e a suspensão do fenofibrato poderia aumentar o risco de uma pancreatite; 2) o clopidogrel poderia ser suspenso ao final de um ano; 3) a estatina poderia ser substituída por uma associação de estatina e fibrato. Citam-se as recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia (2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias/2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation). Solicitam que se considere como correta a alínea c) ou as alíneas a) b) e c) mas não a d).

De acordo com as referências citadas pelos candidatos, de todas as opções de resposta na vinheta, apenas o fenofibrato não demonstrou reduzir a mortalidade após um síndrome coronário agudo. Adicionalmente, de acordo com a mesma bibliografia, o fenofibrato pode mesmo aumentar ligeiramente o risco de pancreatite, pelo que a sua suspensão não colocaria o doente em risco.

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.

A **questão 37** foi respondida corretamente por 79,00% dos candidatos. Foram submetidos 2 pedidos de revisão de chave da prova.

A questão colocada apresenta três tipos legais de crime distintos:

De acordo com o Código Penal:

"Artigo 180.º

Difamação

1 - Quem, dirigindo-se a terceiro, imputar a outra pessoa, mesmo sob a forma de suspeita, um facto, ou formular sobre ela um juízo, ofensivos da sua honra ou consideração, ou reproduzir uma tal imputação ou juízo, é punido com pena de prisão até 6 meses ou com pena de multa até 240 dias.

2 - A conduta não é punível quando:

- a) A imputação for feita para realizar interesses legítimos; e
- b) O agente provar a verdade da mesma imputação ou tiver tido fundamento sério para, em boa fé, a reputar verdadeira.

3 - Sem prejuízo do disposto nas alíneas b), c) e d) do n.º 2 do artigo 31.º, o disposto no número anterior não se aplica quando se tratar da imputação de facto relativo à intimidade da vida privada e familiar.

4 - A boa fé referida na alínea b) do n.º 2 exclui-se quando o agente não tiver cumprido o dever de informação, que as circunstâncias do caso impunham, sobre a verdade da imputação.

Artigo 181.º

Injúria

1 - Quem injuriar outra pessoa, imputando-lhe factos, mesmo sob a forma de suspeita, ou dirigindo-lhe palavras, ofensivos da sua honra ou consideração, é punido com pena de prisão até 3 meses ou com pena de multa até 120 dias.

2 - Tratando-se da imputação de factos, é correspondentemente aplicável o disposto nos nos 2, 3 e 4 do artigo anterior.

Artigo 153.º

Ameaça

1 - Quem ameaçar outra pessoa com a prática de crime contra a vida, a integridade física, a liberdade pessoal, a liberdade e autodeterminação sexual ou bens patrimoniais de considerável valor, de forma adequada a provocar-lhe medo ou inquietação ou a prejudicar a



sua liberdade de determinação, é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 120 dias.

2 - O procedimento criminal depende de queixa."

Os crimes de difamação e de injúria são crimes particulares.

O crime de ameaça (sem agravação) é semipúblico.

O crime particular depende de queixa e de acusação particular.

O crime semipúblico depende de queixa.

Pese embora se afigure correta a explicação apresentada no pedido de revisão – o crime de ameaça a profissional de saúde no exercício das funções é considerado um crime público, pelo que basta a notícia do crime pelas autoridades judiciárias ou de polícia, ou denúncia de qualquer pessoa para haver procedimento. No entanto, a questão não se encontra formulada apenas para o crime de ameaça, mas também para os crimes de difamação e injúria, pelo que a resposta terá de abarcar a questão na sua globalidade, pelo que não poderá ter-se como explicação apenas a natureza de crime público do crime de ameaça agravada para considerar válida a alínea c), pois não se podem esquecer os outros dois tipos de crime, que estão incluídos na questão (difamação e injúria), que não têm natureza de crime público.

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.

A **questão 38** foi respondida corretamente por 47,25% dos candidatos. Foram submetidos 3 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende a resposta d) alteração ventilatória obstrutiva moderada, como sendo a correta.

O objetivo da pergunta foi avaliar a capacidade de interpretação de uma espirometria e não de fazer diagnóstico definitivo. O resultado desta espirometria aponta para uma alteração ventilatória mista, uma vez que cumpre os seguintes critérios (Dynamed e GOLD): FVC < 80% do valor previsto e FEV1/FVC < 85% do valor previsto, que é sugestivo de doença pulmonar mista.

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.

A **questão 39** foi respondida corretamente por 92,50% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que o quadro representado na vinheta poderia corresponder também a uma síndrome piriforme, citando o artigo “Síndrome piriforme: uma causa de dor ciática” publicado na RPMGF, que refere que “a semiologia mais comum da síndrome piriforme é a dor na nádega acompanhada de ciatalgia, que é despoletada pela posição sentada, pela palpação e por manobras que aumentem a tensão do músculo piriforme”. Propõe que se considere correta também a opção c).

Apesar de alguma clínica comum com a referida síndrome, a localização da dor e o exame físico não são compatíveis com síndrome piriforme. A utente representada na vinheta queixa-se de dor na anca e não da nádega e tem dor à palpação do grande trocânter do fémur. O quadro clínico apresentado na vinheta é muito típico de uma trocanterite, uma das patologias músculo-esqueléticas mais frequentes da anca em adultos em cuidados de saúde primários.

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.

A **questão 40** foi respondida corretamente por 60,25% dos candidatos. Foram submetidos 120 pedidos de revisão de chave da prova.

A vinheta descreve uma situação de pneumonia na comunidade, num doente de 55 anos, com diabetes tipo 2, com temperatura acima de 39°C, normotenso e com saturação de oxigénio >90% (considerado clinicamente estável).

Nestas circunstâncias, e aplicando os dados conhecidos quer do índice de gravidade de pneumonia, quer o CURB-65 ou CRB-65, não é necessário proceder a internamento, devendo o doente ser medicado com uma associação de amoxicilina com um dos três seguintes: azitromicina, claritromicina ou doxiciclina (Norma DGS 45/2011, Antibioterapia na Pneumonia Adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes).

Das hipóteses apresentadas a única correta é a alínea a).

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.



A **questão 42** foi respondida corretamente por 93,75% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que se deveria considerar também inútil para avaliar o sucesso da terapêutica de erradicação do *Helicobacter pylori* o exame histológico de biópsia gástrica, porque o pedido da endoscopia não está fundamentado na vinheta.

O que é perguntado é qual dos exames é inútil, e não qual está indicado fazer. Quando realizado, o exame histológico é útil nesta situação.

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.

A **questão 44** foi respondida corretamente por 88,00% dos candidatos. Foram submetidos 4 pedidos de revisão de chave da prova.

Esta questão pede que os candidatos selecionem o exame complementar de diagnóstico que confirme a causa de hipertensão secundária mais provável num homem de 42 anos, obeso, com hipertensão resistente. Três candidatos argumentam que outras opções de resposta deveriam ser consideradas corretas e um candidato argumenta que a questão deve ser anulada. Das opções de resposta, o cálcio sérico pode ser útil na suspeita de hiperparatiroidismo, o ecocardiograma na suspeita de coartação, as metanefrinas urinárias na suspeita de feocromocitoma e a polisonografia na suspeita de SAOS. No grupo etário do doente acima referido, o SAOS é muito mais frequente (5-10%) que qualquer uma das outras hipóteses diagnósticas alternativas (<1%). A ausência de assimetria clinicamente significativa na pressão arterial exclui a coartação da aorta e a ausência de sintomas paroxísticos torna a hipótese de feocromocitoma ainda menos provável. Embora a ausência de sintomas e outros achados do exame físico reduzam a probabilidade de se tratar de um SAOS, num doente com obesidade esta continua a ser a hipótese mais provável. As hipóteses diagnósticas que são avaliadas pelas outras opções de resposta são raridades. O júri da prova entende também que há outras etiologias possíveis para este quadro que não estão contempladas na opção de resposta. Entende também que os candidatos devem escolher a melhor opção de resposta dentro daquelas que foram apresentadas [Dynamed. Viera AJ, Neutze DM. Diagnosis of secondary hypertension: an age-based approach. Am Fam Physician. 2010 Dec 15;82(12):1471-

8. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)].

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.

A **questão 45** foi respondida corretamente por 59,00% dos candidatos. Foram submetidos 68 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que a introdução do glúten pode ocorrer em qualquer uma das idades listadas, um dos argumentos refere que deve ser mantido aleitamento materno exclusivo, outros fazem alusão a recomendações que não são as mais atuais. É perguntado a partir de quando pode ser introduzido o glúten quando se decide iniciar a diversificação alimentar num lactente de 4 meses. O glúten pode fazer parte da alimentação do lactente em qualquer uma das idades referidas. No entanto, o seu início só deve acontecer a partir dos 4 meses. Esta é a resposta correta corroborada pelas normas de orientação de 2017 da ESPHAN e pelas recomendações da DGS no seu documento "Alimentação saudável dos 0 aos 6 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.

A **questão 51** foi respondida corretamente por 86,00% dos candidatos. Foram submetidos 26 pedidos de revisão de chave da prova.

O caso clínico referido na vinheta apresenta um quadro clínico compatível com abscesso peridontal com febre ou com abscesso periapical/dentoalveolar com mais de 72h de evolução da doença sem terapêutica. Em qualquer destas situações é recomendada antibioterapia com amoxicilina-ácido clavulânico como terapêutica inicial (Norma DGS 64/2011, atualizada a 25/11/2014).

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.



A **questão 53** foi respondida corretamente por 97,50% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que se deveria considerar correta também a resposta bisoprolol, porque "há vários beta-bloqueantes que podem ser utilizados no tratamento preventivo da enxaqueca, incluindo o bisoprolol", fundamentando num único artigo: "Headache Prophylaxis", publicado na revista American Family Physician (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30600979>).

Nesse mesmo artigo, as conclusões referem que a medicação de primeira linha inclui: valproato, topiramato, metoprolol, propranolol e timolol e em segunda linha amitriptilina, venlafaxina, atenolol e nadolol. O bisoprolol aparece referido no artigo por três vezes, sempre afirmando que não há evidência que suporte o seu uso na prevenção da enxaqueca. Também no UpToDate é o propranolol o betabloqueante de primeira linha.

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.

A **questão 55** foi respondida corretamente por 92,75% dos candidatos. Foram submetidos 3 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que a opção "análise genética molecular" seja considerada correta. Argumentam que nas situações de "hemoglobinopatia no outro elemento do casal" ou em "situações de pré-implantação" este seria o exame indicado. Segundo a DGS, o primeiro exame a realizar na suspeita de hemoglobinopatia é a electroforese das hemoglobinas (DGS, Circular Normativa nº 18/DSMIA de 2004).

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.

A **questão 57** foi respondida corretamente por 85,5% dos candidatos. Foram submetidos 3 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação propõe as respostas a) ou b) como corretas.

As orientações para o tratamento da tosse crónica são o tratamento empírico dirigido às causas mais frequentes (grau de recomendação segundo Dynamed):

- evicção tabágica (recomendação forte)
- descontinuar o uso de IECA (recomendação forte)
- medicar os doentes com medicação anti-refluxo para doentes com queixas sugestivas de refluxo gastroesofágico e nos doentes em que o tabaco e o uso de IECA tenha sido excluído (recomendação forte)
- não está indicado o uso isolado de IBP em doentes sem refluxo ou sem azia.

O UpToDate refere que a tosse de etiologia respiratória superior, a asma e o refluxo gastroesofágico, isolados ou combinados são responsáveis por cerca de 90% dos casos de tosse crónica, mas um dos estudos mostrou que esta prevalência só se verificou em doentes não fumadores, não medicados com IECA e com radiografia torácica sem alterações.

A norma da DGS não é uma orientação em relação a abordagem da tosse, mas sim sobre a sua abordagem Imagiológica (DGS, Norma 044/2011 Abordagem Imagiológica da Pessoa com Tosse). No entanto, refere a necessidade de "excluir a hipótese da tosse crónica ser efeito secundário de medicação em curso".

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.

A **questão 58** foi respondida corretamente por 26,00% dos candidatos. Foram submetidos 64 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que: 1) a obstipação não está descrita como reação adversa numa das fontes recomendadas na bibliografia da prova, 2) a pergunta apela à memorização de eventos raros, 3) o efeito adverso obstipação é mais comum nos bloqueadores não diidropiridínicos comparados com as diidropiridinas.

A pergunta avalia qual dos quatro fármacos está mais frequentemente associado a obstipação. Este conhecimento é relevante em medicina geral e familiar porque uma das causas importantes de obstipação no idoso é iatrogénica. Por exemplo, no Dynamed os bloqueadores de canais de cálcio são listados como causa de obstipação (*Constipation in Adults*) e no UpToDate referem os anti-hipertensores como causas de obstipação (*Constipation in the older adult*). Este efeito é esperado pelo mecanismo farmacológico (relaxamento da musculatura lisa). A amlodipina é a única opção para a qual a obstipação está descrita.

Salienta-se que todas as restantes opções de resposta estão associadas a diarreia, uma das quais expectável pelo mecanismo farmacológico (levotiroxina) e noutras duas a diarreia é o efeito adverso mais comum (colquicina, cloreto de magnésio). Assim sendo, dos referidos, a amlodipina (uma diidropiridina) continua a ser o fármaco mais frequentemente associada a obstipação.

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.

A **questão 59** foi respondida corretamente por 28,00% dos candidatos. Foram submetidos 144 pedidos de revisão de chave da prova.

Um dos argumentos defende a anulação da pergunta alegando que não é possível escolher nenhuma das alternativas. A restante argumentação defende que sejam consideradas como corretas as alíneas a) e c).

O hipotiroidismo primário significa que a causa da disfunção é da tiroide. O hipotiroidismo subclínico é um subtipo de hipotiroidismo primário, que é definido por uma alteração laboratorial. A importância deste subtipo reside no facto destas alterações laboratoriais cursarem, na maioria das vezes, sem sintomatologia, ou quando esta existe, os sintomas são habitualmente ligeiros (UpToDate e Dynamed).

Os critérios de diagnóstico estão bem explícitos no Dynamed:

- O diagnóstico de hipotiroidismo primário pressupõe:
 - TSH \geq 10 mU/L,
 - T4L baixa ou T4L normal-baixa com sintomas.
- O diagnóstico de hipotiroidismo subclínico pressupõe:
 - ausência de sintomas
 - TSH ligeiramente elevada mas inferior a 10 mU/L e T4L normal.

O UpToDate refere que o quadro mais típico de hipotiroidismo subclínico manifesta-se por níveis de TSH $<$ 10 mU/L e ausência de sintomas. Quando sintomático, os sintomas são habitualmente ligeiros.

O caso clínico apresentado refere um conjunto de sintomas e sinais sugestivos de hipotiroidismo com exames laboratoriais concordantes.



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.

A **questão 60** foi respondida corretamente por 81,75% dos candidatos. Foram submetidos 2 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que a opção b) (isotretinoína oral) deveria ser também considerada certa. A vinheta representa uma rosácea com sobreposição do fenótipo eritemato-teleangietásico e do pápulo-pustular, em grau ligeiro. Os candidatos são questionados sobre o melhor tratamento inicial para este quadro clínico. Os tratamentos de primeira linha para esta situação são o metronidazol gel, o ácido azeláico ou ivermectina tópica (UpToDate e Dynamed). O tacrolimus é ineficaz no tratamento da rosácea (UpToDate). A utilização de antibióticos orais é uma opção terapêutica na rosácea, mas as tetraciclina são de primeira linha (UpToDate e Dynamed), podendo ser utilizados macrólidos (UpToDate e Dynamed) ou metronidazol (UpToDate) como segunda linha. Os derivados da penicilina não são usados nesta indicação. A isotretinoína é um tratamento reservado para rosáceas graves que não respondem a terapêuticas tópicas ou a antibióticos orais (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.

A **questão 63** foi respondida corretamente por 52,25% dos candidatos. Foram submetidos 82 pedidos de revisão de chave da prova.

A vinheta descreve uma história de uma criança de 9 meses que a mãe receia possa vir a ter problemas de desenvolvimento ponderal.

Todas as hipóteses referidas têm interesse para ajudar à resolução de algumas das situações de carência referidas no enunciado. Todavia, a única que permite uma abordagem integrada e global é a referenciação ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Este engloba todas as instituições e serviços que podem contribuir para promover um desenvolvimento adequado em todas as situações de risco identificadas, preferencialmente num momento precoce do desenvolvimento infantil.



Neste caso, são critérios de elegibilidade para esta referenciação: a pobreza, o isolamento social que lhe dificulta o acesso a recursos formais e informais, o desemprego e a preocupação manifestada pela mãe relativamente à evolução ponderal da criança.

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.

A **questão 65**, foi respondida corretamente por 93,75% dos candidatos. Foram submetidos 8 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que a terapêutica em questão não está na “dose máxima” pelo que não se cumprem os critérios de diagnóstico de hipertensão resistente.

A HTA resistente é considerada quando os registos de pressão arterial ultrapassam os valores-alvo, apesar do uso concomitante de três classes terapêuticas de anti-hipertensores, incluindo um bloqueador dos canais de cálcio de longa ação, um IECA ou ARA e um diurético, em doses consideradas ótimas ou em doses máximas toleradas, definição que se enquadra no caso clínico em questão (a dose máxima de perindopril erbumina é de 8 mg, que é equivalente a 10 mg de perindopril arginina).

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.

A **questão 67** foi respondida corretamente por 72,50% dos candidatos. Foram submetidos 7 pedidos de revisão de chave da prova.

A questão destina-se a saber a causa mais provável e não todas as causas possíveis. Tendo em conta os antecedentes de hemitiroidectomia descritos na vinheta, o quadro é consistente com hipocalcemia resultante de hipoparatiroidismo. O hipoparatiroidismo crónico pode resultar de lesão isquémica das paratiroides em qualquer tipo de cirurgia do pescoço. Adicionalmente, o hipoparatiroidismo pode provocar parestesias e convulsões, o que é compatível com as restantes informações da vinheta. A doente não tem qualquer clínica de hipertiroidismo. A hipótese de défice de vitamina D é possível, mas menos provável como explicação da totalidade do quadro clínico.

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.

A **questão 68** foi respondida corretamente por 62,75% dos candidatos. Foram submetidos 62 pedidos de revisão de chave da prova.

Dois pedidos de revisão não se referiam a esta pergunta. A generalidade dos pedidos de revisão apresentados refere que: 1) a dor moderada implica a prescrição de um opioide fraco (referindo a Norma da DGS 15/2010); 2) o doente já estava medicado com um AINE (considerando que o AINE tópico é equivalente ao AINE de toma oral); 3) sendo o doente idoso, os AINE só deverão ser usados durante curtos períodos, durante uma crise de dor.

No Dynamed, é referido que “o paracetamol ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são o tratamento inicial para dor leve (1-3 na escala de classificação numérica de 10 pontos)”. No UpToDate, para “a maioria dos pacientes que desenvolvem metástases ósseas (...) inicialmente, analgésicos não opioides, como acetaminofeno e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), podem ser usados isoladamente para dor leve a moderada”. Refere ainda “com base em observações clínicas, os AINEs podem ser especialmente úteis em pacientes com dor óssea ou dor relacionada a lesões inflamatórias grosseiras”. Mesmo se indicado o tramadol, a dose apresentada não seria a dose inicial de tratamento. Assim, considera-se que, das hipóteses apresentadas, a mais correta é o naproxeno.

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.

A **questão 69** foi respondida corretamente por 54,00% dos candidatos. Foram submetidos 95 pedidos de revisão de chave da prova.

A vinheta representa uma situação de uma potencial vítima de violência doméstica que já fez participação da situação às autoridades policiais. Dos procedimentos listados, todos eles possíveis na abordagem desta situação, é prioritário proceder a um adequado registo no processo clínico de todos os factos que possam, em qualquer momento, presente ou futuro, ser relevantes para o desenvolvimento do processo, se esse for o desejo da potencial vítima



(fluxograma pág. 2 de DGS Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde, 2016).

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.

A **questão 70** foi respondida corretamente por 85,25% dos candidatos. Foram submetidos 19 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende a anulação da pergunta ou que várias opções sejam consideradas corretas. Os argumentos incluem que: 1) não é claro que a vinheta seja sobre contraceção de emergência e contraceção de longo prazo; 2) não é claro na vinheta que não existam contraindicações para a aplicação de DIU; 3) a ausência de citologia desaconselha a inserção de DIU; 4) uma vez que a utente está assustada, ela será incapaz de fornecer consentimento informado; 5) o DIU está contraindicado pela possibilidade de gravidez. A vinheta descreve uma mulher que procura contraceção, após falência do método barreira há um dia e com um TIG negativo. O pedido inicial é de contraceção de emergência, mas ao longo da consulta manifesta o desejo de contraceção mais eficaz. Das opções apresentadas, o implante subcutâneo de etonorgestrel não é um método de contraceção de emergência. A opção etinilestradiol 30mcg + levonorgestrel 150mcg é contraindicada dado tratar-se de uma fumadora com idade superior a 35 anos. A opção por levonorgestrel oral não assegura contraceção após o evento. O dispositivo intra-uterino é uma opção eficaz e assegura contraceção a longo prazo (DGS + Dynamed + 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.

A **questão 72** foi respondida corretamente por 81,00% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A vinheta descreve a clínica típica da doença de Osgood-Schlatter num jovem de 14 anos, desportista. Na apofisite patelar, as queixas são localizadas na rótula, e não na zona da tuberosidade proximal da tíbia. A bursite anserina é mais frequente em adultos entre os 55-80 anos, praticantes de corridas de fundo e a dor é localizada à região média da tíbia. A bursite

pré-patellar ocorre mais em desportos com frequentes traumatismos a nível do joelho e é caracterizada por uma tumefacção mole do joelho, sempre dolorosa e com frequência associada a rubor.

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.

A **questão 74** foi respondida corretamente por 75,00% dos candidatos. Foram submetidos 16 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que não é possível fazer o diagnóstico diferencial entre o baby blues, depressão pós-parto e resposta normal à exigência da maternidade.

A vinheta descreve uma puérpera com humor deprimido, perturbação de sono, dificuldade de concentração, falta de energia e falta de apetite que persistem na sexta semana de puerpério e com duração superior a duas semanas. A hipótese que melhor explica este quadro é a depressão pós-parto. O diagnóstico de baby blues está excluído porque este é um quadro autolimitado e que habitualmente está resolvido entre os 10 e 14 dias após o parto. Alguns dos aspectos referidos pelos candidatos como sendo fundamentais ao diagnóstico de depressão pós-parto (i.e. presença obrigatória de anedonia, ideação suicida, vontade de magoar o bebé) não são critérios necessários para o diagnóstico. A resposta normal à exigência da maternidade não inclui todos os sintomas descritos na vinheta (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.

A **questão 77** foi respondida corretamente por 95,25% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que deve ser tentada a abertura do olho. Na situação relatada de traumatismo ocular de criança de 7 anos por queda em esquina de mesa e em que há referência a dor ocular intensa e incapacidade de abertura do olho, a aplicação de penso não compressivo e referenciação hospitalar é a atitude imediata recomendada dada a possibilidade de perfuração, mesmo se só suspeitada (DGS, Boas práticas em Oftalmologia 2008 - elementos clínicos de avaliação e referenciação).



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.

A **questão 78** foi respondida corretamente por 93,50% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A argumentação defende poder tratar-se de urticária. No enunciado desta pergunta vem referido o quadro clínico de escabiose: são referidas pequenas pápulas, nódulos e escoriações em localização típica na criança (cabeça, pescoço, dorso, palmas e plantas). Numa urticária esperar-se-iam placas eritematosas que podem coalescer em qualquer localização.

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.

A **questão 80** foi respondida corretamente por 53,50% dos candidatos. Foram submetidos 3 pedidos de revisão de chave da prova.

Tanto o estudo caso-controlado como o de coorte podem ser usados para estudar a etiologia de doenças raras. No entanto, nas doenças raras, o estudo caso-controlado é mais eficiente, logo é o mais adequado.

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.

A **questão 81** foi respondida corretamente por 83,75% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

A vinheta descreve uma doente com diversas queixas do foro psicológico. A perturbação de personalidade borderline é a única que associa a instabilidade emocional, os comportamentos de automutilação e os problemas de relacionamento interpessoal às queixas depressivas relatadas na vinheta, sendo por isso a hipótese diagnóstica mais provável. A instabilidade emocional descrita na vinheta não é característica do quadro clínico de depressão major e atualmente a doente não cumpre critérios diagnósticos para depressão. Os doentes com esquizofrenia apresentam-se normalmente com um discurso desorganizado e sintomas



psicóticos, que aqui estão ausentes. A perturbação bipolar ocorre normalmente em surtos recorrentes, com início súbito, de episódios de mania ou hipomania ou depressão, além de alterações do humor [Dynamed - Borderline Personality Disorder; DSM V - Transtorno da Personalidade Borderline - 301.83 (F60.3)].

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.

A **questão 82** foi respondida corretamente por 70,50% dos candidatos. Foram submetidos 12 pedidos de revisão de chave da prova.

O círculo de Thrower é a representação gráfica do valor que têm para o indivíduo as pessoas, objetos e seres que lhe são próximos. A alínea a) descreve a dinâmica familiar de Minuchin, a alínea b) descreve o ecomapa e a alínea c) o Apgar familiar (Thrower SM, Bruce WE, Walton RF. The family circle method for integrating family systems concepts in family medicine. J Fam Pract. 1982 Sep;15(3):451-7).

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.

A **questão 89** foi respondida corretamente por 91,50% dos candidatos. Foram submetidos 11 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que a resposta a) princípio da beneficência deve ser considerada correta.

O princípio da não maleficência inclui reconhecer os efeitos iatrogénicos dos atos clínicos. No caso concreto, o rastreio sugerido à doente resultou numa biópsia e sofrimento psicológico, assim o princípio da não maleficência é o princípio que está mais em causa. O princípio da beneficência, consiste no primado ético dos médicos em agir no benefício dos seus pacientes. Face à incerteza quanto à eficácia do rastreio do cancro da mama com mamografia, o júri da prova considera que o "princípio da beneficência" também pode ter sido desrespeitado.

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta tem duas respostas corretas. O pedido de alteração de chave é deferido considerando-se as opções a) e d) como corretas.

A **questão 91** foi respondida corretamente por 98,00% dos candidatos. Foram submetidos 3 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que se considerem corretas as opções a) anorexia nervosa e b) bulimia nervosa. A vinheta descreve uma mulher com episódios recorrentes de excesso de alimentação seguidos por comportamentos compensatórios para impedir o ganho de peso. Os episódios de excessiva ingestão de alimentos são acompanhados por uma sensação de perda de controle e os comportamentos compensatórios geralmente incluem vômito autoinduzido, abuso de laxantes ou exercício excessivo. Cumpre assim critérios diagnósticos de bulimia nervosa (Dynamed e UpToDate). Não é anorexia nervosa porque não se refere nem um medo intenso de ganho de peso, nem comportamentos de restrição alimentar.

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.

A **questão 93** foi respondida corretamente por 82,75% dos candidatos. Foram submetidos 9 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação defende que: 1) a duração dos sintomas não era clara no enunciado; ou 2) apesar de se tratar de um luto fisiológico, a prescrição de psicoterapia estruturada (alínea b) ou de uma benzodiazepina (alínea d) poderiam ser consideradas.

A informação na vinheta alude estritamente a um evento recente de um falecimento do progenitor e a queixas de insónia, anorexia, anedonia e dificuldade de concentração. Não há qualquer indício na vinheta de que os sintomas sejam prévios ao evento descrito. Neste contexto, perante uma situação de luto fisiológico, deve ser prestada informação e apoios básicos sobre o luto e não está recomendada a prescrição inicial de benzodiazepinas (Tol WA, Barbu C, Van Ommeren M. Management of acute stress, PTSD, and bereavement: WHO recommendations. JAMA. 2013 Aug 7;310(5):477-8; Direção Geral da Saúde. Norma nº 003/2019 de 23/04/2019. Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos.).

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.

A **questão 97** foi respondida corretamente por 88,50% dos candidatos. Foi submetido 1 pedido de revisão de chave da prova.

O pedido não se refere à questão 97, pelo que não foi considerado pelo júri.

A **questão 98** foi respondida corretamente por 44,25% dos candidatos. Foram submetidos 129 pedidos de revisão de chave da prova.

Na maioria dos pedidos argumenta-se que se deve considerar sete dias como resposta correta, citando os Consensos da Sociedade Portuguesa de Ginecologia sobre Contraceção (2011), fonte que já não está incluída na bibliografia de apoio à prova. Salienta-se que a questão é sobre contraceção de emergência e não sobre a interrupção de uma gravidez indesejada. A contraceção de emergência refere-se a qualquer método contraceptivo que pode ser usado após uma relação sexual desprotegida ou inadequadamente protegida, mas antes da gravidez ocorrer. Na vinheta, não se diz se foi ou não efetuado um teste de gravidez e se este foi negativo. A partir dos cinco dias pode já ter ocorrido nidação.

A utilização do Dispositivo Intra-Uterino como contraceção de emergência até cinco dias após uma relação sexual não protegida é apoiada pelo Dynamed (2019); UpToDate (2019); Family Planning - A global handbook for providers, edição de 2018; US Medical Eligibility Criteria (US MEC) for Contraceptive Use (2016); Practice Bulletin on Emergency Contraception da ACOG (2015); Associação Portuguesa para o Planeamento Familiar (2016).

O Júri da Prova Teórica entende que a pergunta está bem formulada, com uma opção de resposta 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.

A **questão 99** foi respondida corretamente por 94,75% dos candidatos. Foram submetidos 3 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação refere-se à dificuldade em fazer o diagnóstico diferencial entre depressão no idoso e doença de Alzheimer. Os quadros clínicos propostos para as correspondências baseiam-se nas características que melhor definem as hipóteses de diagnóstico apresentadas. Segundo o Dynamed e o UpToDate, a doença de Alzheimer é caracterizada pelo declínio progressivo da cognição e da memória, que interfere com a funcionalidade. A mesma entidade refere que os principais sintomas que caracterizam a depressão no doente idoso incluem a lentificação psicomotora e a anorexia.



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.

A **questão 100** foi respondida corretamente por 37,00% dos candidatos. Foram submetidos 63 pedidos de revisão de chave da prova.

A argumentação centra-se nas atribuições ou competências do médico de família relativamente à emissão de atestados médicos e nos requisitos necessários para o exercício profissional. Ora a pergunta destina-se a averiguar se o médico reconhece a fundamentação legal que determina a necessidade de atestado médico independentemente do médico ou entidade que o deve emitir.

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

A chave definitiva da Prova é:

Pergunta	Chave
1	B
2	B
3	C
4	C
5	D
6	B
7	B
8	D
9	A
10	A
11	C
12	A
13	D
14	B
15	D
16	C
17	C
18	D
19	D
20	A
21	B
22	C
23	B
24	B
25	C
26	B

27	C
28	D
29	D
30	C
31	A / C
32	D
33	B
34	A
35	D
36	C
37	A
38	B
39	D
40	A
41	B
42	B
43	A
44	D
45	A
46	A
47	A
48	B
49	A
50	C
51	A
52	A
53	D

54	A
55	C
56	B
57	C
58	A
59	A
60	C
61	C
62	A
63	D
64	B
65	D
66	C
67	D
68	B
69	D
70	A
71	C
72	D
73	C
74	B
75	D
76	C
77	A
78	C
79	D
80	A

81	C
82	D
83	A
84	A
85	A
86	C
87	B
88	C
89	A / D
90	A
91	B
92	B
93	A
94	B
95	A
96	A
97	técnico
98	5
99 A	2
99 B	1
99 C	4
99 D	3
100 A	F
100 B	F
100 C	V
100 D	V

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.

Isabel Santos (Presidente)

Ângela Maria Oliveira Teixeira

Bruno Miguel Costa Heleno

Dagmara Kondek Paiva

Carla Maria Loureiro Correia

Catarina Isabel dos Santos Matias

José Mendonça da Costa

Maria da Conceição Sousa Balsinha

Maria Helena Boavida Pontes Gonçalves

Maria da Luz Rodrigues Loureiro Amorim