



Santa Casa-SP — Residência Médica 2022 (R1)

Prova comentada

100 questões · gabarito oficial e comentário autoral da equipe OsceLabs em cada questão

objetiva

Conteúdo da prova: documento de acesso público do processo seletivo.

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito C

Um paciente de 22 anos de idade foi levado ao pronto-socorro pelo resgate, por trauma. O paciente foi vítima de agressão, com múltiplos golpes pelo corpo. Em sua avaliação inicial: grande quantidade de sangue em nariz e boca; desvio da mandíbula à abertura da boca; murmúrio vesicular diminuído à esquerda, com hipertimpanismo; FR de 24 irpm; sat. de O₂ de 93%; FC de 110 bpm; PA de 110 x 70 mmHg; sangramento ativo em ferimento cortocontuso em membro superior direito; pupilas isofotorreagentes; escala de coma de Glasgow igual a 14; e escoriações em membro superior esquerdo, membros inferiores, tórax e dorso. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a primeira conduta a ser adotada.

- A. drenagem do hemitórax à esquerda
- B. punção de alívio em hemitórax, à esquerda
- C. colocação de colar cervical e intubação orotraqueal ✓**
- D. transfusão de concentrado de hemácias
- E. radiografia de tórax e pelve

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma facial com grande quantidade de sangue em boca e nariz, fratura de mandíbula e Glasgow 14: a via aérea está ameaçada e vem antes de tudo no ABCDE. Colar cervical (mecanismo de trauma) e intubação orotraqueal definitiva são a primeira conduta. O pneumotorax à esquerda existe, mas sem hipotensão nem desvio traqueal não é hipertensivo e será drenado (A) na sequência; punção de alívio (B) só no hipertensivo. Hemoderivados (D) e radiografias (E) não precedem a via aérea. Resposta C.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

Uma paciente de 32 anos de idade, vítima de atropelamento por moto, foi levada ao serviço de emergência pelo resgate. A paciente estava com colar cervical e intubação orotraqueal. Ao exame inicial, murmúrio vesicular abolido em hemitórax direito, com hipertimpanismo; FR de 24 irpm; sat. de O₂ de 81%; FC de 120 bpm; PA de 90 x 50 mmHg; com sangramento ativo em coxa direita; pupilas isofotorreagentes; escala de coma de Glasgow igual a 3; e escoriações em tórax, abdome e pelve. Com base nesse caso hipotético, assinale alternativa que apresenta a melhor conduta inicial.

- A. toracocentese de alívio e drenagem de hemitórax direito ✓**
- B. reposição volêmica com hemoconcentrados
- C. curativo compressivo em coxa direita
- D. laparotomia exploradora
- E. tomografia de crânio, tórax, abdome e pelve

COMENTÁRIO OSCELABS

Murmúrio abolido com hipertimpanismo à direita, hipoxemia grave e hipotensão em paciente já intubado: pneumotorax hipertensivo. Como a via aérea (A do ABCDE) já está garantida, o próximo passo é o B: descompressão imediata por toracocentese de alívio seguida de drenagem torácica. Volume e hemoderivados (B) não reverterem o choque obstrutivo; curativo em coxa (C), laparotomia (D) e tomografia (E) vêm depois de resolver a causa ventilatória do choque. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Um paciente de 65 anos de idade, vítima de atropelamento por ônibus, encontra-se no terceiro dia de internação. O paciente evolui com quadro de dispneia importante e rebaixamento do nível de consciência. Ao exame: mau estado geral; corado; hidratado; lentificado; FR de 28 irpm; FC de 110 bpm; murmúrio vesicular presente, bilateral, com crepitações e roncosp em base esquerda; abdome sem alterações; e presença de escoriação em tórax e dorso à esquerda. Gasometria com PaO₂ igual a 55 mmHg e sat. de O₂ de 85%. Tomografia da admissão sem alterações abdominais. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, o diagnóstico mais provável e a conduta a ser adotada.

- A. rotura esplênica em dois tempos - laparotomia exploradora
- B. pneumotórax hipertensivo - toracocentese de alívio
- C. hemotórax maciço - drenagem de hemitórax esquerdo
- D. contusão pulmonar - intubação traqueal e higiene brônquica ✓**
- E. tamponamento cardíaco - punção de Marfan

COMENTÁRIO OSCELABS

Vítima de atropelamento com escoriações torácicas que evolui no 3º dia com hipoxemia (PaO₂ 55), crepitações e roncosp na base contundida: contusão pulmonar, que tipicamente piora entre 48 e 72 horas. A conduta e suporte ventilatório (intubação) com higiene brônquica e analgesia. Pneumotorax hipertensivo e hemotorax maciço dariam murmúrio abolido, não crepitações; tamponamento cursaria com hipotensão e turgência jugular; a TC de admissão afasta lesão esplênica. Resposta D.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Um homem de 36 anos de idade foi ao pronto-socorro de um hospital secundário, referindo história de epigastralgia esporádica. No momento, tem dor, de início nas últimas doze horas. A dor é em cólica e atualmente predomina no quadrante superior direito do abdômen, associada à náusea discreta. Ao exame físico, tem percussão dolorosa do quadrante superior direito e dor no andar superior do abdômen. Realizou exames laboratoriais, que evidenciaram: hemoglobina 14,4 g/dL (referência 12 a 16 g/dL); leucócitos 16.530/microL, com desvio à esquerda (referência 3.500 a 11.000/microL); PCR 2 mg/L (referência 1.3 mg/L); bilirrubina total 1.8 mg/dL (referência até 2 mg/dL); e fosfatase alcalina e gama-GT normais. Foi solicitado US do abdômen superior, que identificou apenas vesícula biliar hiperdistendida, com cálculo imóvel no infundíbulo. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta quanto às opções terapêuticas.

- A. É recomendado o início de antibioticoterapia, com colecistectomia realizada em 48 h, mesmo que haja boa evolução.
- B. O nível de leucócitos e a idade não têm impacto prognóstico diante do diagnóstico do paciente.
- C. A colecistostomia é uma das possibilidades terapêuticas e deve ser indicada.
- D. A colecistectomia está indicada e deve ser realizada mesmo que por via aberta. ✓**
- E. O diagnóstico não está firmado com os dados apresentados, devendo-se prosseguir com a investigação da dosagem de enzimas hepáticas e com a pesquisa de outros focos infecciosos. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 2

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em hipocondrio direito há 12 horas, leucocitose com desvio, sinal de Murphy e vesícula hiperdistendida com cálculo impactado no infundíbulo fecham colecistite aguda litiasica. O tratamento e colecistectomia precoce, na mesma internação, mesmo que seja necessário converter ou partir para a via aberta. Leucocitose e idade são critérios de gravidade/prognóstico (Tokyo), o que derruba B; colecistostomia (C) fica para o paciente com risco cirúrgico proibitivo; o diagnóstico já está firmado (E). Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito D

Um jovem de dezoito anos de idade deu entrada no serviço de emergência após ter sido vítima de colisão bicicleta x anteparo fixo. Negou TCE ou perda da consciência. Recebeu atendimento em sala de trauma, seguindo os preceitos determinados pelo Advanced Trauma Life Support, além de monitorização e acesso venoso calibroso. A via aérea apresentava-se pérvia, tendo sido instalada máscara de oxigênio. O exame físico do aparelho respiratório mostrou tórax com expansão simétrica e ausculta normal. A avaliação do sistema circulatório revelou uma frequência cardíaca de 90 bpm e uma pressão arterial de 110 x 60 mmHg. Ao exame neurológico, ECG 15 e pupilas isofotorreagentes. À inspeção abdominal, foi evidenciada equimose em andar superior do abdome, que sugeria ter sido provocada pelo guidão da bicicleta. À palpação, dor abdominal, sem sinais de peritonite. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. O paciente tem quadro de trauma abdominal fechado, com indicação imediata de laparotomia exploradora, devido à dor abdominal associada a sinais de choque, com provável causa hemorrágica.
- B. O paciente tem quadro de trauma abdominal fechado, instável hemodinamicamente, estando indicada a realização de tomografia computadorizada para a investigação de possíveis lesões intra-abdominais.
- C. O paciente tem quadro de trauma abdominal fechado, estável hemodinamicamente, estando indicados o exame físico seriado e a alta hospitalar se se confirmar a estabilidade do quadro após 12 h em observação.
- D. O paciente tem quadro de trauma abdominal fechado, estável hemodinamicamente, estando indicada a realização de tomografia computadorizada para a investigação de possíveis lesões intra-abdominais. ✓**
- E. O paciente tem quadro de trauma abdominal fechado, estável hemodinamicamente, estando indicada a realização de uma lavagem peritoneal diagnóstica (FAST), se estiver disponível no serviço, para a comprovação de possíveis lesões intra-abdominais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma abdominal fechado pelo guidão da bicicleta, paciente estável (FC 90, PA 110x60), com dor mas sem peritonite: a tomografia de abdome com contraste e o exame de escolha, porque o mecanismo classicamente lesa duodeno e pâncreas, órgãos que o FAST não avalia bem. Não há choque nem irritação peritoneal que justifiquem laparotomia (A); o paciente não está instável (B); alta após observação sem imagem e arriscada (C); e FAST não é lavagem peritoneal diagnóstica (E). Resposta D.

QUESTÃO 6 — Gabarito D

Uma mulher de 25 anos de idade, sem comorbidades, não tabagista, sem uso de anticoncepcional hormonal oral, com dor em baixo ventre e leucocitose, foi submetida à laparoscopia diagnóstica e terapêutica, em que se evidenciou apêndice cecal com fibrina, edemaciado e com poucas aderências frouxas e órgãos adjacentes. Os ovários estavam normais. A cirurgia envolveu apendicectomia com grampeador laparoscópico, com três linhas de grampo, aspiração de líquido seropurulento coletado na pelve e ligadura da artéria apendicular com pinça bipolar. A cirurgia teve duração de duas horas. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta no que se refere ao pós-operatório da paciente.

- A. Deverá receber analgesia com opioide fraco, sem o uso concomitante de outras classes de analgésicos, de modo a evitar a competição pelos receptores.
- B. O uso de antieméticos é opcional e o melhor esquema terapêutico é usá-los apenas se a paciente apresentar náusea ou vômito.
- C. O aspecto intraoperatório é compatível com apendicite aguda, sendo possível o diagnóstico de certeza e sendo possível abrir mão da análise histopatológica da peça cirúrgica.
- D. Apenas uma dose de antibiótico de amplo espectro durante a indução anestésica é suficiente. ✓**
- E. Caso exista suspeita de gestação, a via de preferência é a convencional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Apendicite aguda não complicada (fibrina, edema e aderências frouxas, sem perfuração ou abscesso): a antibioticoterapia e apenas profilática, com dose única de amplo espectro na indução anestésica, sem manutenção pós-operatória. A analgesia deve ser multimodal, associando anti-inflamatório e dipirona ao opioide (A); antiemético profilático e recomendado em pacientes de risco (B); a peça sempre vai ao histopatológico pelo risco de tumor neuroendócrino oculto (C); e gestação não contraindica a via laparoscópica (E). Resposta D.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Um paciente de 24 anos de idade deu entrada no serviço de emergência por meios próprios, com queixa de fraqueza e dor abdominal. Foi prontamente atendido pelo médico do pronto-socorro, que o colocou em uma maca para a realização de analgesia, hidratação endovenosa e coleta de exames laboratoriais. Ao despistar o paciente para a colocação de vestes hospitalares, percebeu um ferimento abdominal suturado. Ao questionar o paciente sobre o ferimento, este referiu ter levado uma facada em uma briga de bar há aproximadamente 24 horas. Passou em consulta em outro serviço, onde suturaram o ferimento e deram alta com analgesia simples. A equipe cirúrgica de plantão foi chamada para avaliar o paciente, que estava descorado, letárgico, diaforético, com FC de 120 bpm e PA de 80 x 60 mmHg, queixando-se de dor abdominal intensa à palpação, com piora após descompressão brusca. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser adotada no momento.

- A. aguardar o resultado dos exames laboratoriais já solicitados para a realização de tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste, EV
 - B. realizar hemotransfusão, solicitar a tipagem sanguínea e realizar a transfusão de sangue com tipo específico
 - C. realizar hemotransfusão, solicitar a tipagem sanguínea e realizar, inicialmente, a transfusão de sangue tipo O negativo
 - D. colher a tipagem sanguínea e realizar laparotomia exploradora, com reanimação volêmica, no centro cirúrgico ✓**
 - E. colher a tipagem sanguínea e realizar laparoscopia diagnóstica após a compensação hemodinâmica do doente
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX -
APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 3

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento abdominal por arma branca suturado há 24 horas que retorna com taquicardia, hipotensão, letargia e peritonite franca: e sangramento intracavitário com abdome cirúrgico. A indicação é laparotomia exploradora imediata, com a reanimação volêmica correndo no centro cirúrgico e a tipagem apenas colhida no caminho. Esperar exames ou tomografia (A) e perder tempo; transfundir e estabilizar antes de operar (B, C, E) não controla a fonte do sangramento, que só para com cirurgia. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito A

Um homem de 26 anos de idade foi levado ao serviço de emergência pelo serviço pré-hospitalar, em prancha longa, com colar cervical e história de agressão física com trauma abdominal fechado há trinta minutos. Recebeu atendimento em sala de trauma, seguindo os preceitos determinados pelo Advanced Trauma Life Support, além de monitorização e acesso venoso calibroso. A via aérea apresentava-se pérvia, tendo sido instalada uma máscara de oxigênio. O exame físico do aparelho respiratório mostrava tórax com expansão simétrica e ausculta normal. Quando se avaliou o sistema circulatório, foram observados sinais de hipoperfusão periférica, frequência cardíaca de 140 bpm e pressão arterial de 80 x 50 mmHg. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. O Shock index é de 1,75. Deve-se iniciar hidratação parcimoniosa com cristalóide, dar início ao protocolo de transfusão hemostática, solicitando concentrado de hemácias tipo O (fator Rh positivo ou negativo), plasma fresco congelado AB e plaquetas, além de prescrever ácido tranexâmico e reavaliar a resposta hemodinâmica. ✓**
- B. O Shock index é de 1,75. Deve-se realizar FAST na sala de trauma, uma vez que o paciente não apresenta condições hemodinâmicas de realizar uma tomografia, solicitar sangue O, com fator Rh negativo, e prosseguir com o exame neurológico.
- C. O Shock index é de 1,6. Deve-se prescrever hidratação vigorosa com 2 L de cristalóide a 39 graus Celsius e transfundir de acordo com o nível de hemoglobina após o resultado de exames complementares.
- D. O Shock index é de 1,6. Deve-se iniciar hidratação parcimoniosa, prescrever concentrado de hemácias tipo O negativo, plasma fresco congelado tipo O negativo, plaquetas e ácido tranexâmico e prosseguir com o exame físico neurológico.
- E. O Shock index é de 0,625. Deve-se iniciar hidratação vigorosa com 2 L de cristalóide a 39 graus Celsius, avaliar a resposta hemodinâmica e reavaliar a via aérea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Shock index = FC/PAS = 140/80 = 1,75, muito acima de 0,9, marcando choque hemorrágico grave. A conduta atual e o controle de danos hemostático: cristalóide parcimonioso (hipotensão permissiva), ativação do protocolo de transfusão maciça com hemácias O, plasma AB e plaquetas, ácido tranexâmico nas primeiras 3 horas e reavaliação da resposta. As alternativas com índice 1,6 ou 0,625 erram o cálculo, e hidratação vigorosa com 2 L de cristalóide alimenta a tríade letal. Resposta A.

QUESTÃO 9 — Gabarito E

Um homem de 23 anos de idade procurou atendimento médico de urgência após notar abaulamento inguinal doloroso à direita, durante atividade laborativa intensa há três horas, acompanhada de dor abdominal em cólica e um episódio de vômito. Ao exame abdominal, normocárdico, normotenso e afebril, sem sinais de peritonite. O RX de abdome mostrou discreta dilatação das alças do intestino delgado e sinal de empilhamento de moedas. A equipe de cirurgia geral foi acionada e, após exame clínico detalhado, registrou em prontuário que estava indicado o procedimento cirúrgico, por via aberta e anterior, com a técnica de Lichtenstein, em decorrência de uma hérnia inguinal primária do lado direito, encarcerada e com dilatação do anel inguinal externo com diâmetro de duas polpas digitais. Com base nesse caso hipotético e na classificação das hérnias inguinais pela EHS (European Hernia Society) ou na classificação proposta por Nyhus, é correto afirmar que a melhor alternativa será a

- A. redução da hérnia com manobras compressivas na região inguinal, que tornaria ambulatorial o tratamento definitivo, uma vez que a classificação da hérnia é EHS = L2 ou Nyhus IIIb.
- B. videolaparoscopia, uma vez que a classificação da hérnia é EHS = M2 ou Nyhus II.
- C. laparotomia exploradora mediana, uma vez que a classificação da hérnia é EHS = L2 ou Nyhus IIIa.
- D. via aberta anterior, que não deve ser utilizada quando há sinais de sofrimento de alças intestinais, por não favorecer a enterectomia ou a enteroenteroanastomose, uma vez que a classificação da hérnia é EHS = M2 ou Nyhus II.

E. via aberta anterior, uma vez que a classificação da hérnia é EHS = L2 ou Nyhus II. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hernia inguinal primária a direita, encarcerada, com anel dilatado de duas polpas digitais (1,5 a 3 cm) e sem sinais de sofrimento de alca: pela EHS e lateral de tamanho 2 (L2) e, por Nyhus, tipo II - hernia indireta com anel interno alargado e parede posterior íntegra. A correção por via aberta anterior (Lichtenstein) está perfeitamente indicada. Reduzir a hernia encarcerada às cegas (A) arrisca redução em massa; as demais erram a classificação ou a via. Resposta E.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Uma paciente de 45 anos de idade, tabagista, sem outros antecedentes morbidos, deu entrada no pronto-socorro, por demanda espontânea, após apresentar quadro clínico de cefaleia súbita de forte intensidade, seguida de perda momentânea da consciência e vômitos. Após algumas horas, desenvolveu queda palpebral unilateral, embora estivesse lúcida e com rigidez de nuca. Foi feita a hipótese diagnóstica de hemorragia subaracnóidea espontânea, por provável ruptura de aneurisma cerebral, e solicitada uma avaliação da neurocirurgia. Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a presença de ptose palpebral sugere

A. lesão do nervo óptico.

B. comprometimento do nervo oculomotor. ✓

C. presença de hematoma intracraniano.

D. trombose de artéria carótida interna.

E. oclusão da veia central da retina. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 4

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia em trovoada, rigidez de nuca e ptose palpebral unilateral apontam hemorragia subaracnoidea por aneurisma de comunicante posterior comprimindo o III par craniano. A paralisia do oculomotor da triade ptose, midriase fixa e olho desviado para baixo e para fora. Lesão do nervo óptico causa perda visual sem ptose; hematoma intracraniano, trombose carotídea e oclusão da veia central da retina não explicam o quadro. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito A

Um homem de 35 anos de idade foi vítima de acidente automobilístico e encaminhado ao pronto-socorro. Na admissão, estava consciente, comunicativo, com hálito etílico e com períodos confusionais e de agitação, mas movimentava todos os quatro membros sem déficits e deambulava. Não guardava nenhuma recordação do acidente (escala de coma de Glasgow = 14 pontos). Havia contusões no couro cabeludo e fratura da clavícula direita. Seis horas após a admissão, o paciente encontrava-se sonolento e respondendo mal aos comandos verbais (escala de coma de Glasgow = 11 pontos). As principais imagens do exame de tomografia computadorizada cranioencefálica (TC) sem contraste são mostradas abaixo. Cortes axiais de TC de crânio sem contraste Com base na história clínica, na evolução neurológica e no exame de neuroimagem desse caso hipotético, é correto afirmar que o diagnóstico é o de

A. hematoma extradural agudo. ✓

B. hematoma subdural agudo.

C. hematoma intracerebral.

D. lesão axonal difusa de grau moderado.

E. contusão cerebral por contragolpe e efeito expansivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Intervalo lucido clássico: admissão consciente (Glasgow 14) com deterioração para 11 em 6 horas, associada a trauma craniano com contusão do couro cabeludo. O padrão do hematoma extradural agudo, por lesão da artéria meníngea média, com imagem biconvexa (lente) que não cruza suturas. O subdural agudo tem forma de crescente, cruza suturas e costuma cursar com rebaixamento desde o início, em cérebro atrofado ou anticoagulado; lesão axonal difusa não produz intervalo lucido. Resposta A.

QUESTÃO 12 — ANULADA

Assinale a alternativa correta quanto aos enxertos cutâneos.

- A. A alteração da pigmentação do enxerto ou da área doadora constitui um tipo de complicação dos enxertos cutâneos que poderá ser tratada com o uso de abrasão, maquiagem, tatuagem ou enxertos superpostos.
- B. O enxerto de pele parcial apresenta, via de regra, menor contração secundária e maior contração primária, tendo pior resultado estético.
- C. Entre os mecanismos de integração do enxerto, a fase de neovascularização ocorre após 48 h, quando se estabelecem conexões vasculares entre o enxerto e o leito receptor, permanecendo até o 10.º dia.
- D. A área receptora deve estar limpa, sem tecidos desvitalizados, e com bom sangramento, fator importante para a integração do enxerto.
- E. A área receptora que apresentar tecido de granulação exuberante é a que terá melhor integração do enxerto.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema cobrado foi enxertia cutânea: as fases de integração (embebição plasmática até 48 h, inosculação e neovascularização até cerca do 5º ao 7º dia), o requisito de leito receptor limpo, bem vascularizado e sem tecido de granulação exuberante, e a diferença entre enxerto de pele parcial (maior contração secundária, pior resultado estético) e total (maior contração primária). Como a questão foi anulada, não há alternativa oficial a ser apontada.

QUESTÃO 13 — ANULADA

Um paciente de trinta anos de idade deu entrada no pronto-socorro, após ter sido vítima de queimadura causada por chama direta de explosão de recipiente de álcool de 1 L, ao acender fogo em churrasqueira portátil que havia sido usada na noite anterior (não havia percebido que tinha brasas de carvão ativas). Estava sem camiseta e de bermuda. Na explosão, o conteúdo líquido do álcool caiu em seu corpo, entrando em combustão. Ao exame físico, apresentava-se consciente, agitado, com FC de 110 bpm e com PA de 120 x 70 mmHg. O diagrama das áreas queimadas é mostrado na figura abaixo. Obs.: 50% das queimaduras de 2.º grau são profundas. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Pela regra dos nove, classifica-se o paciente em grande queimado, devendo ser hidratado com solução de ringer lactato $4 \text{ mL} \times \% \text{ de superfície corpórea} \times \text{peso (kg)}$, sendo que, nas primeiras 16 h, deve-se administrar 50% do total da solução calculada e, nas demais 8 h, os outros 50%.
- B. A avaliação nutricional deve ser postergada por, pelo menos, 24 h, devendo-se priorizar a hidratação, a analgesia e os cuidados com as queimaduras.
- C. A infecção é a principal causa de morte do grande queimado, sendo a terapia tópica antimicrobiana o elemento isolado mais importante no tratamento das lesões em pacientes hospitalizados, diminuindo infecções locais e prevenindo a sua disseminação.
- D. A insuficiência renal aguda dos grandes queimados ocorre sempre mais tardiamente (dez dias depois), nas situações de instabilidade hemodinâmica associada à septicemia.
- E. A escarotomia deve ser evitada em queimaduras circulares de extremidades, pelo risco de causar piora da perfusão sanguínea. Está indicada somente nas restrições torácicas com insuficiência respiratória causada por queimaduras circulares. Primeiro grau Segundo grau Terceiro grau IRMANDADE DA SANTA CASA DE

MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 5

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo cobrado foi o manejo do grande queimado: cálculo da superfície queimada pela regra dos nove, reposição pela fórmula de Parkland ($4 \text{ mL} \times \text{peso} \times \% \text{SCQ}$ de Ringer lactato, metade nas primeiras 8 horas), suporte nutricional precoce pelo estado hipermetabólico, infecção como principal causa de morte e escarotomia indicada nas queimaduras circunferenciais que comprometem perfusão ou ventilação. Sem alternativa oficial a ser indicada.

QUESTÃO 14 — Gabarito C

Um paciente em pós-operatório de gastrectomia parcial, com reconstrução a Billroth, sem intercorrências, evoluiu no 2.º dia com dispnéia e sudorese. Ao RX de tórax, observou-se hemitórax direito opaco, com redução volumétrica do pulmão direito e mediastino desviado para o lado direito, cúpula diafragmática e seios costofrênicos livres. A área cardíaca estava normal. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- A. pneumotórax hipertensivo
- B. derrame pleural
- C. atelectasia ✓**
- D. pneumomediastino
- E. derrame pericárdico

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemitórax opaco com REDUÇÃO volumétrica e mediastino desviado PARA o lado da opacidade caracteriza perda de volume, ou seja, atelectasia - típica do pós-operatório abdominal alto por rolha de secreção e dor que limita a tosse. Pneumotórax hipertensivo e derrame pleural volumoso empurram o mediastino para o lado CONTRALATERAL e não reduzem o volume pulmonar. Pneumomediastino e derrame pericárdico não opacificam um hemitórax inteiro. Resposta C.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Acerca da hemorragia digestiva alta por úlcera péptica, assinale a alternativa correta.

- A. A maior parte das úlceras gástricas situa-se junto ao fundo gástrico.
- B. A endoscopia digestiva alta não permite a identificação do local de sangramento, principalmente quando há múltiplas úlceras.
- C. A presença de sangramento em jato sugere maior probabilidade de ressangramento, mesmo que a terapêutica inicial tenha sido efetiva. ✓**
- D. A presença de vaso visível está associada a um índice de ressangramento de 80%.
- E. A terapêutica endoscópica combinada com o uso de inibidores de bomba de prótons, associado à segunda endoscopia, não diminui as taxas de ressangramento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento em jato corresponde ao Forrest Ia, o estigma de maior risco: mesmo após hemostasia endoscópica bem-sucedida, o ressangramento chega a cerca de 55%, justificando IBP em dose alta e vigilância. As úlceras gástricas predominam na pequena curvatura/incisura angular, não no fundo (A); a endoscopia e justamente o método que localiza a fonte (B); vaso visível (Forrest IIa) ressangra em torno de 40 a 50%, não 80% (D); e terapia combinada com IBP reduz ressangramento (E). Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

A respeito da cirurgia eletiva no megacólon chagásico, julgue os itens a seguir. I São indicações para a cirurgia eletiva no megacólon chagásico os episódios de vôlvo do sigmoide tratados com retossigmoidoscopia descompressiva. II O fecaloma de repetição tem indicação para a cirurgia eletiva no megacólon chagásico. III A constipação intestinal refratária ao tratamento clínico tem indicação para a cirurgia eletiva no megacólon chagásico. IV Todo megacólon chagásico tem indicação de cirurgia eletiva, pelo risco de complicações graves. V Para a realização de uma cirurgia eletiva no megacólon chagásico, é necessário o uso diário de laxativo catártico ou osmótico. Assinale a alternativa correta.

- A. Apenas os itens I e IV estão certos.
- B. Apenas os itens IV e V estão certos.
- C. Apenas os itens I, II e III estão certos. ✓**
- D. Apenas os itens II, III e V estão certos.
- E. Todos os itens estão certos.

COMENTÁRIO OSCELABS

São indicações de cirurgia eletiva no megacolon chagásico a constipação refratária ao tratamento clínico, o fecaloma de repetição e o vôlvo de sigmoide previamente descomprimido por via endoscópica (alta recidiva). Nem todo megacolon chagásico precisa de cirurgia - assintomáticos ou controlados clinicamente são acompanhados (item IV errado) - e o uso diário de laxativo catártico não é pré-requisito para operar (item V errado). Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Um paciente de 24 anos de idade, HIV +, com CD4 200 e carga viral negativa, refere incômodo e saída de secreção anal após coito anal receptivo sem proteção. Ao exame físico, apresenta úlceras anais e perianais, com saída de pequena quantidade de secreção mucopurulenta. Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que há suspeita do(s) seguinte(s) diagnóstico(s):

- A. sífilis; herpes; cancroide; e donovanose. ✓**
- B. herpes; condiloma acuminado; linfogranuloma venéreo; e molusco contagioso.
- C. cancroide; linfogranuloma venéreo; sífilis; e úlcera idiopática do HIV.
- D. úlcera idiopática do HIV; donovanose; cancroide; e condiloma acuminado.
- E. trauma relacionado ao coito anal receptivo. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 6

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlceras anais e perianais após coito receptivo desprotegido em paciente HIV+ obrigam a pensar nas causas clássicas de úlcera genital: sífilis (cancro duro), herpes simples (a mais comum e frequentemente recidivante no imunossuprimido), cancroide e donovanose. Condiloma acuminado e molusco contagioso produzem lesões vegetantes e papulas umbilicadas, não úlceras. Atribuir tudo a trauma do coito (E) ignora o rastreio obrigatório de IST. Resposta A.

QUESTÃO 18 — ANULADA

Julgue os itens subsequentes. I O tratamento cirúrgico é indicado para mulheres com hérnia inguinocrural, seja ela sintomática ou assintomática. II A observação pode ser uma alternativa segura para pacientes do sexo masculino com hérnia inguinal assintomática, que apresentam uma chance acima de 70% de desenvolver sintomas ao longo da observação e de necessitar de tratamento cirúrgico. III O motivo para se definir o momento da cirurgia não é o risco de encarceramento ou estrangulamento, mas, sim, o prejuízo na qualidade de vida do paciente que a presença da hérnia pode causar. IV Os pacientes que se beneficiarão da cirurgia precoce no momento do diagnóstico são os que têm dor ao realizar atividades extenuantes, constipação crônica e prostatismo ou os indivíduos classificados como ASA 1 ou 2 (American Society of Anesthesiology). Assinale a alternativa correta.

- A. Apenas o item IV está certo.
- B. Apenas os itens I e II estão certos.
- C. Apenas os itens I e III estão certos.
- D. Apenas os itens II e IV estão certos.
- E. Todos os itens estão certos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O tema era a conduta na hernia inguinal: nas mulheres a correcao esta indicada mesmo se assintomatica, pelo risco elevado de hernia femoral e encarceramento; nos homens com hernia assintomatica ou minimamente sintomatica, a observacao (watchful waiting) e segura, embora a maioria acabe migrando para cirurgia por sintomas ao longo dos anos. Como a questao foi anulada, nao ha alternativa oficial a ser apontada.

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Um paciente de vinte anos de idade foi admitido no pronto-socorro após ter sido vítima de acidente motociclístico. Apresenta dor, deformidade, crepitação e impotência funcional no braço direito, sem sinais de exposição óssea ou lesões vasculares. Não apresenta instabilidade hemodinâmica ou sinais de lesões em outros locais. Na avaliação do paciente, observou-se, também, a presença de déficit de força motora para a extensão do punho e uma diminuição da sensibilidade nas regiões dorsal e radial da mão direita. Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que os achados sugerem a presença de

- A. fratura na diáfise do úmero, com paralisia do nervo radial. ✓**
- B. fratura na diáfise da ulna, com paralisia do nervo radial.
- C. fratura na diáfise do úmero, com paralisia do nervo mediano.
- D. fratura na diáfise da ulna, com paralisia do nervo mediano.
- E. luxação do cotovelo, com paralisia do nervo ulnar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura fechada de braco com deformidade e crepitacao, associada a deficit de extensao do punho (mao caída) e hipoestesia no dorso radial da mao, indica fratura da diafise umeral com lesao do nervo radial no sulco espiral - a neuropatia mais comum nesse trauma, em geral neuropraxia com recuperacao espontanea. O nervo mediano causaria perda da oposicao do polegar e alteracao palmar; o ulnar, garra ulnar e hipoestesia do 4o/5o dedos. Resposta A.

QUESTÃO 20 — Gabarito A

Um paciente de 35 anos de idade deu entrada no pronto-socorro após ter sido vítima de atropelamento, sofrendo fratura diafisária dos ossos da perna direita, sem sinais de exposição óssea. Na urgência, foi realizada uma analgesia endovenosa com dipirona e cetoprofeno e a imobilização provisória do membro inferior com tala gessada. No entanto, o paciente evoluiu com piora progressiva da dor e edema tenso do membro, com presença de flictenas. Quando o plantonista foi reavaliá-lo, observou piora significativa da dor com a extensão passiva dos artelhos (dedos dos pés). Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a melhor conduta será

- A. levar o paciente para o centro cirúrgico, fixar a fratura com fixador externo e realizar dermatofasciotomia. ✓**
- B. levar o paciente para o centro cirúrgico, realizar fasciotomia percutânea e não fixar a fratura na urgência, aguardando a melhora das partes moles.
- C. levar o paciente para o centro cirúrgico, fixar a fratura com placa e parafusos e realizar dermatofasciotomia.
- D. melhorar a redução da fratura e realizar gesso circular, uma vez que a tala gessada não garante estabilidade suficiente para a fratura, justificando a dor do paciente.
- E. aumentar a analgesia endovenosa e elevar o membro para a melhora do edema. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 7 PEDIATRIA

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor progressiva e desproporcional, edema tenso, flictenas e, sobretudo, dor a extensão passiva dos artelhos após fratura de perna: síndrome compartimental aguda. É emergência cirúrgica - dermatofasciotomia ampla dos quatro compartimentos, associada à estabilização da fratura com fixador externo. Fasciotomia percutânea não descomprime adequadamente (B); gesso circular aumenta a pressão e piora o quadro (D); e apenas aumentar analgesia e elevar o membro mascara e perpetua a isquemia (E). Resposta A.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Um paciente de quatro anos de idade, com exacerbação de asma, foi levado ao serviço de emergência agitado, com fala entrecortada, oximetria de 90% em ar ambiente, FR de 42 ipm, FC de 155 bpm e murmúrio vesicular muito diminuído, com raros sibilos. Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que, após instalar monitorização e oxigênio, seguindo as recomendações da Global Initiative for Asthma, deve-se

- A. iniciar beta-2 agonista de curta duração, inalatório (6 puffs), e, se houver persistência dos sintomas, repetir a cada 20 minutos e considerar a associação de brometo de ipratrópio; caso haja falha de resposta durante a primeira hora de tratamento, será necessário prescrever prednisolona 2 mg/kg. ✓**
- B. iniciar beta-2 agonista de curta duração, inalatório (2 puffs), e, se houver persistência dos sintomas, repetir a cada 20 minutos e considerar a associação de brometo de ipratrópio; caso haja falha de resposta durante a primeira hora de tratamento, será necessário prescrever prednisolona 1 mg/kg.
- C. iniciar beta-2 agonista de curta duração, inalatório (6 puffs), e, se houver persistência dos sintomas, repetir a cada 20 minutos, não considerando a associação de brometo de ipratrópio; caso haja falha de resposta durante a primeira hora de tratamento, será necessário prescrever prednisolona 1 mg/kg e substituir o beta-2 agonista inalatório por terbutalina intravenosa.
- D. iniciar beta-2 agonista de curta duração, inalatório (2 puffs), e, se houver persistência dos sintomas, repetir a cada 20 minutos, não considerando a associação de brometo de ipratrópio; caso haja falha de resposta durante a primeira hora de tratamento, será necessário prescrever prednisolona 1 mg/kg e substituir o beta-2 agonista inalatório por terbutalina intravenosa.
- E. iniciar beta-2 agonista de curta duração, inalatório (6 puffs), e, se houver persistência dos sintomas, repetir a cada 20 minutos e considerar a associação de brometo de ipratrópio; caso haja falha de resposta durante a primeira hora de tratamento, será necessário prescrever um corticoide inalatório.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise de asma grave (agitacao, fala entrecortada, SpO2 90%, torax silencioso com raros sibilos). Pelo GINA, inicia-se beta-2 de curta duracao inalatorio em dose alta - 6 jatos com espacador - repetido a cada 20 minutos na primeira hora, com brometo de ipratropio associado justamente nas crises graves, alem de corticoide sistemico. As opcoes com 2 jatos subdosam a crise grave, e trocar o inalatorio por terbutalina intravenosa ou usar corticoide inalatorio no resgate nao segue a diretriz. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Uma gestante com quadro de febre há dois dias, tosse, coriza e anosmia deu entrada na maternidade em trabalho de parto. Está na 39.a semana de gestação e nega contato com outras pessoas com síndrome gripal. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. A amamentação é contraindicada e deve ser oferecida uma fórmula infantil em copinho para o neonato até que os resultados dos exames da mãe sejam recebidos.
- B. A amamentação é contraindicada e deve ser oferecido leite materno ordenhado para o neonato até que saiam os resultados dos exames da mãe.
- C. A amamentação é contraindicada e deve ser oferecido leite materno pasteurizado para o neonato até que saiam os resultados dos exames da mãe.
- D. Não há contraindicação à amamentação nem ao aleitamento materno, independentemente do resultado dos exames da mãe, mas, mesmo que haja leite materno excedente, há contraindicação para a doação de leite humano. ✓**
- E. Não há contraindicação à amamentação nem ao aleitamento materno, independentemente do resultado dos exames da mãe e, se houver leite materno excedente, não há contraindicação para a doação de leite humano.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome gripal com anosmia em gestante a termo levanta suspeita de covid-19, mas isso NAO contraindica amamentar nem o aleitamento materno: mantem-se o peito com mascara, higiene das maos e das mamas. O que fica proibido enquanto ha suspeita ou confirmacao de sindrome gripal e a DOACAO de leite humano para o banco de leite. Todas as alternativas que suspendem a amamentacao (A, B, C) contrariam a recomendacao do Ministerio da Saude e da OMS. Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

Uma adolescente de catorze anos de idade foi à consulta de rotina sem queixas. Refere que, durante todo o período da pandemia, permaneceu em casa, assistindo às aulas de forma on-line, praticamente sem atividades esportivas ou sociais com as amigas. Na avaliação pondero-estatural: peso = 68 kg e altura = 1,50 m. Com base nesse caso hipotético e na curva acima, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico nutricional para a adolescente.

- A. risco de sobrepeso
- B. risco de obesidade
- C. sobrepeso
- D. obesidade ✓**
- E. obesidade grave IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 8

COMENTÁRIO OSCELABS

IMC = $68 / (1,50)^2 = 30,2 \text{ kg/m}^2$. Em adolescentes o diagnóstico nutricional usa o IMC para idade em escore-z: entre +1 e +2 e sobrepeso, entre +2 e +3 e obesidade e acima de +3 e obesidade grave. Para uma menina de 14 anos, IMC de 30,2 situa-se acima do escore-z +2 e abaixo de +3, fechando obesidade. Risco de sobrepeso e categoria usada em menores de 5 anos. Resposta D.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Um paciente de um ano e dois meses de idade, 10 kg, com diarreia aguda há três dias, foi levado ao serviço de emergência. Ao exame físico, sinais clínicos de desidratação grau 2 e vômitos incoercíveis. Realizou os seguintes exames laboratoriais: pH 7,25; pCO₂ 25; bic 11; BE -14,5; Na 137; K 4,7; e cloro 106. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor prescrição no momento para o paciente.

- A. bicarbonato de sódio 8,4% 12 mEq EV em 4 h
- B. SF 0,9% 500 mL EV em uma hora ✓**
- C. SF 0,9% 200 mL EV em 10 a 20 min.
- D. SF 0,9% 100 mL EV em uma hora
- E. bicarbonato de sódio 8,4% 12 mEq EV em uma hora

COMENTÁRIO OSCELABS

Desidratação com vômitos incoercíveis contraindica a terapia de reidratação oral: e indicação de hidratação venosa. A acidose metabólica (pH 7,25, bicarbonato 11, BE -14,5) e consequência da perda intestinal de bicarbonato e da hipoperfusão, e corrige com volume - reposição de bicarbonato (A e E) se se cogita em acidose muito grave e refratária, com risco de hipernatremia e hipocalcemia. Volumes de 100 a 200 mL são insuficientes para uma criança de 10 kg. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito E

Uma paciente de dois anos de idade foi levada ao serviço de emergência com história de estar tratando uma pneumonia com cefalexina há quatro dias e, há um dia, vir apresentando piora do estado geral, prostração e inapetência. Ao exame, paciente em mau estado geral, agitada, toxemiada, afebril, com FC de 140 bpm, FR de 50 ipm, sat. de O₂ de 85% em nebulização, PA de 80 x 45 mmHg, MV presente bilateralmente e diminuído à esquerda, tempo de enchimento capilar de 3 segundos e pulsos periféricos finos. Decidiu-se intubar a paciente e, durante a preparação do material e das drogas pela equipe da enfermagem, estabeleceu ventilação com bolsa-valva-máscara. Após alguns minutos, ainda antes do procedimento, a paciente iniciou crise de tosse, com FC de 180 bpm, FR de 65 ipm, sat. de O₂ de 78% em ventilação com bolsa-valva-máscara e PA de 60 x 30 mmHg. A radiografia realizada na sala de emergência segue abaixo. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada no momento.

- A. 20 mL/kg SF 0,9% em bólus, em acesso intraósseo, repetir até duas vezes se não houver melhora clínica e iniciar antibioticoterapia de amplo espectro na sala de emergência
- B. 20 mL/kg SF 0,9% em bólus, em acesso intraósseo, repetir até duas vezes se não houver melhora clínica e iniciar droga vasoativa para a estabilização
- C. 20 mL/kg SF 0,9% em bólus, em acesso intraósseo, repetir até duas vezes se não houver melhora clínica e iniciar droga vasoativa e antibioticoterapia de amplo espectro na sala de emergência
- D. sequência rápida de intubação e intubação imediata
- E. punção imediata de hemitórax esquerdo ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Deterioração súbita durante ventilação com bolsa-valva-máscara em criança com pneumonia: queda da saturação, taquicardia extrema e hipotensão apontam pneumotorax hipertensivo por barotrauma, do lado em que o murmúrio já estava reduzido. O tratamento e a descompressão imediata por punção do hemitorax esquerdo, antes de qualquer exame. Expansão volêmica, vasoativo e antibiótico (A, B, C) tratam o choque séptico, mas não reverterem o choque obstrutivo; intubar (D) só aumenta a pressão intratorácica. Resposta E.

QUESTÃO 26 — Gabarito B

Um paciente com nove meses de vida, previamente hígido, com história de tosse, coriza hialina e diminuição da ingestão alimentar há três dias, foi levado ao serviço de emergência com episódio de crise convulsiva tônico-clônica generalizada há quinze minutos, com duração de cinco minutos e resolução espontânea. Ao exame: paciente sonolento, mas respondendo a estímulo verbal; febril (38,0°C); e com FC de 110 bpm, FR de 36 ipm e saturação de 96% em ar ambiente, sem outras alterações. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, o diagnóstico mais provável e a conduta a ser adotada.

A. encefalite viral; realizar tomografia de crânio e coleta de líquor

B. crise convulsiva febril; realizar coleta de líquor ✓

C. meningite bacteriana; realizar coleta de líquor

D. shaken baby; realizar tomografia de crânio

E. hipoglicemia; realizar dextro

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise tônico-clônica generalizada, única, com menos de 15 minutos, resolução espontânea e associada a febre em vigência de quadro viral define crise febril simples. O detalhe que muda a conduta e a idade: em lactente menor de 12 meses (aqui, 9 meses) e ainda sonolento, a punção lombar deve ser realizada pela dificuldade de reconhecer sinais meníngeos nessa faixa. Não há sinais focais que justifiquem tomografia (A, D) e a glicemia não explica febre com foco viral (E). Resposta B.

QUESTÃO 27 — Gabarito E

Quanto ao teste de triagem neonatal, julgue os itens que se seguem. I O Ministério da Saúde recomenda que o período ideal de coleta da primeira amostra esteja compreendido entre o 3.º e o 5.º dia de vida do bebê. II Após o resultado positivo inicial no programa de triagem neonatal para hipotireoidismo congênito, deve ser realizada a dosagem do T4 (total e livre) e do TSH em amostra de sangue venoso, para que haja a efetiva confirmação diagnóstica. III Atualmente, a triagem neonatal disponibilizada pelo SUS rastreia fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase e há uma programação estabelecida de inclusão no rastreio pelo SUS da toxoplasmose congênita. Assinale a alternativa correta.

A. Apenas o item II está certo.

B. Apenas os itens I e II estão certos.

C. Apenas os itens I e III estão certos.

D. Apenas os itens II e III estão certos.

**E. Todos os itens estão certos. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 9 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Todos os itens estão corretos. A primeira amostra do teste do pezinho deve ser colhida entre o 3o e o 5o dia de vida (após o início da alimentação proteica, mas antes da alta tardia). Resultado alterado no rastreio de hipotireoidismo congênito exige confirmação com TSH e T4 total e livre em sangue venoso. E o SUS rastreia fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase, com ampliação escalonada prevista em lei. Resposta E.

QUESTÃO 28 — Gabarito E

Durante a reanimação de um recém-nascido em sala de parto, deve-se realizar

- A. a intubação do paciente, sem se considerar a sincronia entre compressão e ventilação.
- B. trinta compressões para cada duas ventilações.
- C. quinze compressões para cada duas ventilações.
- D. cinco compressões para cada ventilação.

E. três compressões para cada ventilação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na reanimação neonatal em sala de parto a relação é de 3 compressões para 1 ventilação, totalizando 90 compressões e 30 ventilações por minuto, de forma sincronizada - o racional é que a parada do recém-nascido é quase sempre de origem asfíxica, exigindo maior peso na ventilação. As relações 30:2 e 15:2 pertencem ao suporte de vida pediátrico fora da sala de parto. Mesmo após a intubação, a sincronia 3:1 é mantida nesse cenário. Resposta E.

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Uma paciente de doze anos de idade foi à consulta médica, acompanhada da mãe, referindo coluna “torta” há um ano. A paciente não teve menarca, nega dores e, ao exame, apresenta teste de Adams positivo e assimetria do triângulo do talhe. Radiografias de coluna e bacia evidenciam escoliose idiopática torácica direita, com curvatura com ângulo de Cobb de 32 graus. O sinal de Risser da paciente é 1. Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a melhor conduta para a paciente será

A. observação e acompanhamento ambulatorial semestral.

B. uso de colete. ✓

C. cirurgia para interromper o crescimento da curva, sem correção cirúrgica da deformidade.

D. cirurgia para interromper o crescimento da curva, com correção cirúrgica da deformidade.

E. tranquilizar a mãe sobre a benignidade do caso e encaminhar a paciente para reabilitação e melhora postural.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escoliose idiopática do adolescente com ângulo de Cobb de 32 graus em paciente com enorme potencial de crescimento remanescente (pre-menarca, Risser 1): a indicação é o uso de colete. A regra prática é observação para curvas até 25 graus, colete entre 25 e 45 graus em esqueleto imaturo, e cirurgia (artrodese com correção) acima de 45 a 50 graus ou com progressão apesar do colete. Apenas fisioterapia e postura não freiam a progressão da curva. Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito B

A dengue é a arbovirose mais frequente do mundo. O aumento crescente de casos nas áreas endêmicas e a possível expansão da área de risco de infecção caracterizam um grave problema de saúde pública nos países. Em relação à única vacina contra a dengue (DengvaxiaR), atualmente licenciada para uso contra a doença, assinale a alternativa correta.

- A. A vacina é indicada para todos os indivíduos de nove a sessenta anos de idade que vivem em áreas endêmicas da doença, com restrição apenas para gestantes.
- B. A vacina tetravalente de vírus atenuados é indicada para indivíduos da faixa etária entre nove e 45 anos de idade que vivam em áreas endêmicas da doença e que sejam soropositivos para dengue. ✓**
- C. A vacina é recomendada para indivíduos entre nove e 45 anos de idade que morem em área de alta transmissão de dengue, independentemente de histórico prévio de exposição ao vírus causador da doença.
- D. A vacina tetravalente de vírus inativados utiliza como estrutura básica o vírus vacinal da febre amarela (cepa 17 D).
- E. A imunização completa inclui três doses da vacina, com intervalos de dois meses entre as doses e com indicação de reforço a cada cinco anos para os que vivam em zonas endêmicas da doença.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Dengvaxia é uma vacina tetravalente de vírus VIVOS atenuados, construída sobre o esqueleto da cepa 17D do vírus vacinal da febre amarela, licenciada para pessoas de 9 a 45 anos residentes em área endêmica e apenas para quem já teve dengue previamente (soropositivos) - em soronegativos há risco aumentado de dengue grave na infecção subsequente. O esquema é de 3 doses com intervalo de 6 meses, sem reforço preconizado. Isso derruba A, C, D e E. Resposta B.

QUESTÃO 31 — Gabarito D

Um menino de sete anos de idade, portador de anemia falciforme, foi levado ao serviço de emergência com queixa de tosse há cinco dias e febre. Refere dor torácica, que não melhora com dipirona, há dois dias. Ao exame físico, está taquidispneico, descorado, hidratado, com boa perfusão periférica e saturando 94% em ar ambiente. Apresenta tiragem subcostal e intercostal e estertores crepitantes bilaterais. A radiografia de tórax mostrou infiltrado pulmonar bilateral difuso. Reação em cadeia de polimerase (PCR) para covid-19 positiva. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Não se configura o diagnóstico de síndrome torácica aguda, pois não há presença de hipoxemia.
- B. Está indicado um soro endovenoso de manutenção, com volume 30% acima da necessidade basal pela regra de Holliday-Segar.
- C. A transfusão simples de concentrado de hemácias está indicada, independentemente do nível de hemoglobina.
- D. Existe evidência clara de benefício com a espirometria de incentivo. ✓**
- E. A administração de opioide está contraindicada, pelo risco de depressão respiratória.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome torácica aguda na anemia falciforme: novo infiltrado pulmonar associado a febre e sintomas respiratórios. A espirometria de incentivo tem benefício demonstrado em ensaio clássico, reduzindo a ocorrência da síndrome em pacientes internados por dor torácica ou crise. Hipoxemia não é obrigatória para o diagnóstico (A); hiper-hidratação favorece edema pulmonar (B); a transfusão é guiada pela gravidade e pela queda da hemoglobina (C); e o opioide é pilar da analgesia, com monitorização (E). Resposta D.

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Uma menina de sete anos de idade apresenta, desde os dois anos de idade, tosse produtiva crônica e dificuldade de ganhar peso. Em sua cultura de escarro, houve o crescimento de *Pseudomonas aeruginosa*. Na triagem neonatal, havia elevação do tripsinogênio imunorreativo (IRT), que foi confirmada no segundo teste. Realizou dois testes do suor, com cloro em torno de 90 mEq/L. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa incorreta.

A. A tobramicina por via inalatória tem indicação na erradicação da *Pseudomonas aeruginosa*.

B. O diagnóstico só pode ser confirmado com o teste genético. ✓

C. Dependendo das mutações genéticas, a paciente não precisará receber enzimas pancreáticas.

D. A terapêutica antibiótica deve ser direcionada por culturas de escarro.

E. A inalação hipertônica faz parte do tratamento. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 10

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a INCORRETA. O diagnóstico de fibrose cística já está fechado: quadro clínico compatível, IRT alterado em duas amostras e dois testes do suor com cloro em torno de 90 mEq/L (dois valores acima de 60 confirmam). O teste genético é útil para prognóstico, aconselhamento e elegibilidade a moduladores do CFTR, mas não é obrigatório para o diagnóstico. As demais alternativas são verdadeiras: tobramicina inalatória na erradicação de *Pseudomonas*, antibiótico guiado por cultura, salina hipertônica e suficiência pancreática dependente do genótipo. Resposta B.

QUESTÃO 33 — Gabarito D

Uma lactente com dois meses de vida, sem antecedentes morbidos, foi levada ao pronto-socorro com história de coriza, tosse, febre de 37,8 °C há três dias e cansaço há um dia. Ao exame físico, está taquidispneica, acianótica, levemente desidratada e com saturação de oxigênio de 89%. Apresenta tiragem subcostal e intercostal, além de sibilância. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

A. A radiografia de tórax é imprescindível para estabelecer o diagnóstico.

B. O painel molecular da pesquisa de vírus respiratórios é necessário para determinar o tratamento.

C. A hidratação endovenosa pode ser realizada com soro hipotônico.

D. A oximetria de pulso contínua não é recomendada. ✓

E. Já é possível a prevenção dessa doença por meio de vacina contra o agente mais frequente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 2 meses com pródromo viral, taquidispneia, sibilância e tiragem: bronquiolite viral aguda. A oximetria de pulso CONTINUA não é recomendada nos casos sem necessidade de oxigênio, pois dessaturações transitórias e fisiológicas prolongam internações sem benefício. A radiografia não é necessária para o diagnóstico (A) e o painel viral não muda a conduta (B); soro hipotônico é proscrito pelo risco de hiponatremia por SIADH (C); e a doença é classicamente descrita sem vacina disponível contra o VSR na época da prova (E). Resposta D.

QUESTÃO 34 — Gabarito B

Um menino de cinco anos de idade foi levado ao ambulatório com queixa de inchaço progressivo em face e no corpo inteiro há cerca de dez dias. Sua mãe refere urina espumosa, com diminuição do volume, e diarreia líquida há dois dias. Nega outros antecedentes morbidos. Ao exame físico, apresenta-se em anasarca e com intenso edema de bolsa escrotal. Os exames laboratoriais revelam hipoalbuminemia de 1,6 g/dL, creatinina de 1 mg/dL e ureia de 70 mg/dL. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

A. A proteinúria de 30 mg/kg/dia confirmaria o diagnóstico de síndrome nefrótica.

B. A hipercolesterolemia é um achado comum. ✓

- C. Há indicação de diuréticos de alta potência para o controle do edema.
D. A etiologia mais provável é a glomerulosclerose segmentar e focal.
E. Não há evidências claras de benefícios no uso de corticosteroide.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anasarca, urina espumosa, hipoalbuminemia de 1,6 g/dL em pre-escolar fecham síndrome nefrótica, e a hipercolesterolemia compõe a tetra clássica (proteinúria maciça, hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia), por aumento da síntese hepática de lipoproteínas. O critério de proteinúria é acima de 50 mg/kg/dia (A); diurético de alça deve ser usado com cautela pelo risco de hipovolemia e trombose (C); a etiologia mais provável nessa idade é a lesão mínima (D); e o corticoide induz remissão em cerca de 90% (E). Resposta B.

QUESTÃO 35 — Gabarito A

Um lactente com cinco meses de vida, em aleitamento materno exclusivo, tem história de regurgitações pós-alimentares, com choro e irritabilidade. A mãe refere que o filho apresentou alguns episódios de arqueamento do tronco. O pediatra verificou desaceleração do ganho ponderal. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Está indicada a exclusão dietética da proteína do leite de vaca para a mãe, por pelo menos duas semanas. ✓**
B. Uma endoscopia digestiva normal afastaria a doença do refluxo gastroesofágico.
C. Deve ser iniciado o tratamento com omeprazol.
D. A pHmetria está indicada por diagnosticar até os refluxos não ácidos.
E. O leite de soja é uma opção terapêutica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente em aleitamento exclusivo com regurgitações, choro, irritabilidade, arqueamento do tronco (síndrome de Sandifer) e desaceleração do ganho ponderal: há sinal de alarme, e a principal hipótese é alergia à proteína do leite de vaca. A conduta é dieta materna de exclusão por pelo menos 2 a 4 semanas. Endoscopia normal não afasta DRGE (B); IBP não é indicado empiricamente em lactente (C); a pHmetria justamente NÃO detecta refluxo não ácido - isso é a impedanciometria (D); e fórmula de soja não é opção nessa idade (E). Resposta A.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Um menino de dez anos de idade foi levado ao serviço de urgência com queixa de febre de 39 °C há quatro dias, acompanhada de dor abdominal, vômitos e cefaleia. Ao exame físico, apresentava taquicardia, taquipneia, pulsos finos, palidez, prostração, estertores crepitantes em bases, abdome doloroso difusamente e hepatomegalia dolorosa. A radiografia de tórax revelou cardiomegalia e congestão pulmonar. Os exames laboratoriais revelaram anemia, leucocitose com neutrofilia, plaquetose e elevação expressiva da proteína C-reativa, da velocidade de hemossedimentação, do D-dímero, da troponina I e da ferritina. Além disso, verificou-se hipoalbuminemia. O ecocardiograma mostrou disfunção ventricular esquerda e fração de ejeção de 34%. Os pais e os avós, que moram junto com o paciente, tiveram sintomas e confirmação de covid-19 no último mês. O paciente não teve nenhum sintoma até quatro dias atrás. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Não preenche os critérios para síndrome inflamatória multissistêmica associada à covid-19.
B. A imunoglobulina não está indicada porque não foram preenchidos os critérios para síndrome de Kawasaki.
C. Deve ser iniciada uma antibioticoterapia de amplo espectro. ✓
D. Não há necessidade de isolamento respiratório.

E. Não há indicação de anticoagulação. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 11

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, disfunção miocárdica (FE 34%), marcadores inflamatórios muito elevados e contato domiciliar recente com covid-19 configuram síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica. Como o quadro é clinicamente indistinguível de sepse ou choque séptico, inicia-se antibiótico de amplo espectro até a exclusão de infecção bacteriana. Os critérios estão preenchidos (A); a imunoglobulina é indicada mesmo sem Kawasaki completo (B); o isolamento é necessário (D); e a anticoagulação/antiagregação está indicada pelo D-dímero elevado e pela disfunção ventricular (E). Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito D

Um menino de cinco anos de idade foi atropelado e sofreu traumatismo cranioencefálico (TCE) grave. Chegou ao pronto-socorro inconsciente e com escala de coma de Glasgow igual a 7. Foi realizada intubação orotraqueal e tomografia de crânio, que revelou edema cerebral e ausência de hematomas, sem sinais de herniação cerebral. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais adequada.

- A. sedação e analgesia, sem utilizar cetamina, que é contraindicada por elevar a pressão intracraniana
- B. hiperventilação com $\text{PaCO}_2 < 30$ mmHg
- C. infusão de solução salina hipertônica a 20%, em bólus de 0,5 mL/kg
- D. manter normotermia com temperatura central menor que 38 °C ✓**
- E. manter pressão intracraniana abaixo de 5 mmHg

COMENTÁRIO OSCELABS

Neuroproteção no TCE grave pediátrico: as medidas de primeira linha são cabeça elevada, analgesia e sedação, normocapnia, normoglicemia e NORMOTERMIA, evitando temperatura central acima de 38 graus, pois a febre aumenta o consumo cerebral de oxigênio e piora o desfecho. A cetamina não está mais contraindicada (A); hiperventilação com PaCO_2 abaixo de 30 causa vasoconstrição e isquemia, sendo reservada a herniação iminente (B); a salina hipertônica usada é a 3% (C); e o alvo de PIC é abaixo de 20 mmHg (E). Resposta D.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Uma menina de doze anos de idade, com diagnóstico de diabetes mellitus há três anos, foi levada ao pronto-socorro com vômitos, oligúria e sinais de desidratação grave. Está orientada, taquicárdica, com respiração acidótica, pulsos presentes e pressão arterial normal para a idade. A glicemia capilar é de 450 mg/dL. A gasometria arterial mostra acidose metabólica com pH de 7,15 e bicarbonato de 9 mEq/L. O potássio é de 4,6 mEq/L. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para a paciente.

- A. repor o déficit volêmico de 24 a 48 horas, para evitar edema cerebral ✓**
- B. administrar dose de ataque de insulina regular 0,1 UI/kg por via endovenosa
- C. aguardar diurese acima de 1 mL/kg/hora para iniciar a administração de potássio endovenoso
- D. corrigir a acidose, com bicarbonato endovenoso, em quatro horas
- E. suspender a infusão contínua de insulina endovenosa assim que a glicemia ficar menor que 250 mg/dL, independentemente da cetonemia ou cetonúria

COMENTÁRIO OSCELABS

Cetoacidose diabética na criança: o ponto crítico e o edema cerebral, por isso a reposição do déficit volêmico deve ser lenta e distribuída em 24 a 48 horas, após a expansão inicial. Não se faz dose de ataque de insulina em pediatria, pelo risco de queda abrupta da osmolaridade (B); o potássio é iniciado junto com a insulina desde que haja diurese e K abaixo de 5,5, sem esperar 1 mL/kg/h (C); bicarbonato só em pH abaixo de 6,9 (D); e a infusão de insulina é mantida com adição de glicose ao soro até a resolução da cetose (E). Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Um menino com dezoito meses de vida foi levado à consulta com queixa de febre alta há seis dias, sem melhora após 72 horas de azitromicina, prescrita em outro serviço médico devido ao diagnóstico de amigdalite. A mãe refere irritabilidade desde o início do quadro e nega sintomas respiratórios ou gastrointestinais e epidemiologia conhecida para covid-19. Ao exame físico, está um pouco irritado, mas corado, hidratado, eupneico, acianótico, com boa perfusão periférica e sinais vitais dentro da normalidade. Apresenta “língua em framboesa”, eritema de lábios com fissuras e hiperemia conjuntival bilateral, sem exsudato e eritema palmo-plantar. O restante do exame físico não revela nenhuma outra anormalidade. Os exames laboratoriais revelam os seguintes resultados: proteína C-reativa 6 mg/dL; VHS 78 mm/h; Hb 9,5 g/dL; leucócitos 16.700/mm³; e plaquetas 200.000/mm³. Além disso, apresenta albumina igual a 3 g/dL e elevação de transaminase pirúvica (ou alanina aminotransferase). Os exames de urina do tipo I e de função renal não revelaram anormalidades. O ecocardiograma está normal. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Preenche os critérios para a doença de Kawasaki clássica.
- B. Nos casos resistentes ao tratamento com a imunoglobulina endovenosa, não é recomendável repetir essa medicação.
- C. O ácido acetilsalicílico (AAS) deve ser introduzido na dose de 3 a 5 mg/kg/dia.
- D. Em alguns casos de alto risco de aneurisma coronariano, a American Heart Association sugere tratamento inicial adjuvante com metilprednisolona, em associação com a imunoglobulina endovenosa, até a resolução da febre. ✓**
- E. A presença de infecção gastrointestinal ou de vias aéreas superiores afastaria a possibilidade de doença de Kawasaki.

COMENTÁRIO OSCELABS

Doença de Kawasaki com febre prolongada, língua em framboesa, fissura labial, conjuntivite não exsudativa e eritema palmoplantar. A AHA recomenda, nos casos de alto risco de aneurisma coronariano, associar metilprednisolona a imunoglobulina na terapia inicial, mantendo até a resolução da febre. Nos resistentes, repete-se a IGIV (B); o AAS na fase aguda e em dose anti-inflamatória (30 a 100 mg/kg/dia), sendo 3 a 5 mg/kg a dose antiagregante da convalescença (C); e infecção concomitante não exclui o diagnóstico (E). Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Um menino de sete anos de idade foi levado ao pronto-socorro com história de febre baixa e coriza há uma semana. Há dois dias, apresenta cansaço aos pequenos esforços, dor abdominal e palpitações. Ao exame físico, está taquidispneico, gemente, com frequência cardíaca de 154 bpm, pressão arterial normal para a idade, pulsos finos e hepatomegalia. A radiografia torácica mostra cardiomegalia e o eletrocardiograma, inversão da onda T nas derivações precordiais. O ecocardiograma revela aumento de câmaras esquerdas, com disfunção sistólica de ventrículo esquerdo, sem alterações estruturais. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. A biópsia endomiocárdica é obrigatória para definir o diagnóstico de miocardite.
- B. A troponina I é um marcador diagnóstico sensível e específico.

C. A ressonância magnética cardíaca é o padrão-ouro para avaliar volumes ventriculares, além de demonstrar inflamação e necrose. ✓

D. A epinefrina seria mais segura que o milrinone, por ser menos arritmogênica.

E. Corticosteroides estão contraindicados, pela probabilidade de etiologia infecciosa. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 12 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

COMENTÁRIO OSCELABS

Pródromo viral seguido de insuficiência cardíaca aguda, cardiomegalia, inversão de onda T e disfunção sistólica sem alteração estrutural: miocardite. A ressonância magnética cardíaca é o padrão-ouro não invasivo, avaliando volumes e demonstrando edema, hiperemia e realce tardio (critérios de Lake Louise). A biópsia não é obrigatória (A); a troponina é sensível mas pouco específica (B); o milrinone é inodilatador menos arritmogênico que as catecolaminas (D); e o corticoide não é contraindicação absoluta (E). Resposta C.

QUESTÃO 41 — Gabarito E

Uma paciente nuligesta, com desejo reprodutivo, com ciclos hipermenorrágicos há doze meses, refratária a tratamento clínico, realizou USG TV, que mostrou um mioma intramural-submucoso, tipo G2, medindo 6 cm, com manto externo de 0,3 cm e manto interno inexistente, o que foi confirmado na RM. Terminada a investigação com vídeo-histeroscopia diagnóstica, a conclusão foi Lasmar com escore 6. Foi indicado o uso de análogo de GnRh por um período de três meses e as dimensões do mioma permaneceram inalteradas. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o melhor tratamento para a paciente.

A. contraindicação absoluta de videolaparoscopia, indicando-se, portanto, miomectomia por laparotomia

B. repetir o uso do análogo do GnRh por um período de mais três meses e, após, reavaliar a conduta

C. vídeo-histeroscopia cirúrgica, com energia monopolar

D. vídeo-histeroscopia cirúrgica, com energia bipolar

E. videolaparoscopia ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mioma FIGO tipo 2 (intramural-submucoso) de 6 cm, com manto interno inexistente e manto externo de apenas 0,3 cm, e escore de Lasmar 6: escore alto significa risco proibitivo para a via histeroscópica - perfuração, síndrome de absorção e cirurgia em dois tempos. Como a paciente tem desejo reprodutivo, indica-se miomectomia, e a videolaparoscopia é factível em mãos treinadas. O análogo de GnRh já falhou, não há razão para repeti-lo (B), e não há contraindicação absoluta a via laparoscópica (A). Resposta E.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Em relação à miomectomia laparoscópica, assinale a alternativa correta.

A. É uma técnica reservada apenas para miomas de pequeno tamanho, devido à eficácia da sutura laparoscópica ser inferior à da sutura aberta.

B. É uma técnica reservada apenas para miomas de pequeno tamanho e em pacientes sem desejo reprodutivo.

C. O uso de técnicas para minimizar o sangramento intraoperatório, como, por exemplo, o uso de vasopressina ou o clampamento temporário das artérias uterinas, permite realizar cirurgias de miomas maiores em tamanho e número. ✓

D. Essa técnica promove mais aderência que a aberta.

E. Para a extração dos nódulos dos miomas, pode-se realizar o morcelamento sem o uso de safe bag (morcelamento protegido), visto que é uma doença benigna.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na miomectomia laparoscópica, o fator limitante é o sangramento e a qualidade da histerorráfia. Técnicas hemostáticas - vasopressina intramiometrial, torniquete ou clameamento temporário das artérias uterinas - permitem abordar miomas maiores e em maior número. A via laparoscópica gera MENOS aderências que a aberta (D), não está restrita a miomas pequenos nem exclui desejo reprodutivo (A, B), e o morcelamento deve ser sempre protegido, pelo risco de disseminar um leiomiossarcoma oculto (E). Resposta C.

QUESTÃO 43 — ANULADA

Uma paciente na menopausa há três anos, com sintoma de sangramento vaginal, realizou USG TV, que revelou endométrio com 9 mm de espessura. Foi submetida à vídeo-histeroscopia diagnóstica e à biópsia, cujo anatomopatológico mostrou hiperplasia endometrial. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa incorreta.

- A. A histerectomia total oferece tratamento definitivo para a hiperplasia endometrial sem atipia, mas é um procedimento cirúrgico com morbidade e perda de fertilidade. Em geral, a histerectomia é reservada para casos de hiperplasia persistente ou recorrente apesar do uso de progesterona, progressão para hiperplasia atípica ou carcinoma e sangramento uterino anormal contínuo ou por preferência do paciente.
- B. O tratamento cirúrgico para hiperplasia endometrial sem atipia deve consistir em histerectomia total com salpingectomia, com ou sem ooforectomia bilateral.
- C. A histerectomia total com SOB é o tratamento preferido para a hiperplasia endometrial atípica, devido ao alto risco de progressão para malignidade ou para carcinoma endometrial concomitante.
- D. Estudos observacionais relataram que um carcinoma subjacente é encontrado em até 10% das amostras de biópsia endometrial relatadas como hiperplasia endometrial atípica.
- E. A histerectomia subtotal (supracervical) e o morcelamento não devem ser indicados nos casos de hiperplasia endometrial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo cobrado foi o manejo da hiperplasia endometrial diagnosticada por histeroscopia com biópsia em paciente na pós-menopausa com sangramento: hiperplasia SEM atipia responde a progestagênio, tendo o SIU de levonorgestrel como primeira linha e a histerectomia reservada à persistência, recorrência ou preferência; hiperplasia ATÍPICA tem alto risco de carcinoma concomitante e indica histerectomia total com salpingo-ooforectomia, sem morcelamento nem via supracervical. Sem alternativa oficial a apontar.

QUESTÃO 44 — Gabarito D

Uma paciente de sessenta anos de idade, G6P4A2, queixa-se de prurido vulvar há cerca de dois anos. Exame ginecológico: lesão hipopigmentada de 2 cm no terço médio do grande lábio esquerdo. Foi realizada uma biópsia da lesão, cujo diagnóstico foi o de NIV diferenciada. Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a terapêutica recomendada é o(a)

- A. radioterapia, que, após a excisão da lesão, é necessária devido à multicentricidade da doença.
- B. ablação com laser.
- C. tratamento inicial com imiquimode.

D. excisão, com bisturi, com margens. ✓

- E. vulvectomy simples. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 13

COMENTÁRIO OSCELABS

Neoplasia intraepitelial vulvar do tipo DIFERENCIADA (dVIN) e HPV-negativa, associada a liquen escleroso e dermatoses crônicas, típica de mulheres na pos-menopausa, com alto risco e curta latência para carcinoma escamoso invasor. Por isso o tratamento e a excisão cirúrgica com margens, que permite excluir invasão oculta na peça. Ablação a laser e imiquimode são opções para a NIV usual (HPV-associada), não para a diferenciada; radioterapia não tem papel e vulvectomia simples e excessiva. Resposta D.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Uma paciente de 55 anos de idade foi submetida à colposcopia, por apresentar ASCH no exame de Papanicolaou. Na colposcopia, foi evidenciada JEC justa orifício e presença de pontilhado grosseiro adentrando o canal endocervical, com visualização completa da lesão. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, o provável diagnóstico anatomopatológico e conduta a ser adotada.

- A. NIC 1 e seguimento em seis meses
- B. NIC 1 e seguimento em um ano
- C. NIC 2 e CAF com excisão do tipo 1
- D. NIC 2 e CAF com excisão do tipo 2 ✓**
- E. NIC 2 e CAF com excisão do tipo 3

COMENTÁRIO OSCELABS

ASC-H no Papanicolaou é um resultado que sugere lesão de alto grau, e o achado colposcópico maior (pontilhado grosseiro) reforça NIC 2/3. Como a junção escamocolumnar está justa ao orifício e a lesão adentra o canal endocervical, mas ainda é completamente visível, trata-se de zona de transformação tipo 2, exigindo excisão tipo 2. A excisão tipo 1 seria para JEC totalmente ectocervical; a tipo 3 (conização alta) para lesão/JEC não visualizada. Seguimento sem tratamento não cabe em alto grau. Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Uma das principais ações do FSH sobre as células da granulosa para a produção de estrogênio é induzir a atividade da enzima

- A. cicloxigenase.
- B. metiltransferase.
- C. aromatase. ✓**
- D. progesteronase.
- E. estradioliase.

COMENTÁRIO OSCELABS

Teoria das duas células e duas gonadotrofinas: o LH estimula a célula da TECA a produzir androgênios (androstenediona e testosterona), que se difundem para a célula da GRANULOSA, onde o FSH induz a AROMATASE (CYP19), convertendo-os em estrona e estradiol. É exatamente esse passo enzimático que os inibidores de aromatase bloqueiam na oncologia mamária e que o letrozol explora na indução de ovulação. Progesteronase e estradioliase não existem. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito E

Ana Maria, de 56 anos de idade, G2P2A0, queixa-se de urgência miccional, noctúria e perda urinária aos grandes esforços. Refere cirurgia anterior (Burch) para correção da incontinência urinária, com recidiva dos sintomas há dois anos. Exame físico: distopia de parede vaginal anterior estágio 1 e teste de esforço positivo. Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a conduta será

- A. fisioterapia e prescrição de drogas antimuscarínicas.
- B. ultrassom de vias urinárias, com avaliação do resíduo pós-miccional.
- C. avaliação pré-operatória e encaminhamento para cirurgia de sling.
- D. avaliação do trato urinário inferior com cistoscopia.

E. estudo urodinâmico, fisioterapia e drogas antimuscarínicas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas mistos (urgência, noctúria e perda aos esforços) em paciente com cirurgia antiincontinência previa (Burch) e recidiva: antes de qualquer nova cirurgia é obrigatório o estudo urodinâmico, que diferencia hiperatividade detrusora de incontinência de esforço recidivada e afasta obstrução pos-operatória. Enquanto isso, trata-se o componente de urgência com fisioterapia do assoalho pélvico e antimuscarínico. Indicar sling direto (C) sem urodinâmica em recidiva e erro clássico. Resposta E.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

O tratamento de bacteriúria assintomática

- A. está sempre indicado.
- B. está indicado para idosos.
- C. está indicado para mulheres.

D. está indicado para gestantes. ✓

E. nunca deve ser feito.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bacteriúria assintomática, como regra, NÃO se trata - tratar seleciona resistência e não reduz desfechos em idosos, diabéticos, mulheres não gestantes ou portadores de sonda crônica. As exceções clássicas são a gestante (risco de pielonefrite, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer) e o paciente que será submetido a procedimento urológico com previsão de sangramento de mucosa. Por isso 'sempre' e 'nunca' estão errados. Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Um paciente apresenta espermograma com as seguintes características: volume - 3 mL; concentração - 12.000.000 espermatozoides por mL; motilidade A + B = 40%; e morfologia estrita de Kruger de 1%. Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que o laudo do exame é o de

- A. oligoastenoteratozoospermia.
- B. oligoteratozoospermia. ✓**
- C. oligoastenozoospermia.
- D. hipoteratozoospermia.
- E. astenospermia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Leitura do espermograma pelos limites inferiores da OMS: volume de 3 mL e normal (acima de 1,5 mL); concentração de 12 milhões/mL esta abaixo de 15 milhões, definindo OLIGOzoospermia; morfologia estrita de Kruger de 1%, abaixo dos 4%, define TERATOzoospermia; já a motilidade progressiva (A+B) de 40% supera o limite de 32%, de modo que NAO ha astenozoospermia. Logo o laudo e de oligoteratozoospermia, e nao a forma completa OAT. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

Para se dar o diagnóstico de menopausa, deve-se solicitar a dosagem hormonal de

- A. LH.
- B. FSH. ✓**
- C. estradiol.
- D. progesterona.
- E. testosterona.

COMENTÁRIO OSCELABS

A menopausa e um diagnostico clinico e retrospectivo - 12 meses consecutivos de amenorreia sem outra causa - e, na mulher acima de 45 anos com sintomas tipicos, nao exige dosagem hormonal. Quando o exame e necessario (falencia ovariana precoce, histerectomizadas, duvida diagnostica), o marcador e o FSH elevado, que sobe pela perda do feedback negativo da inibina B e do estradiol. LH, estradiol, progesterona e testosterona nao definem o diagnostico. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito E

Uma parturiente, quartigesta de 38 semanas e quatro dias, com um parto normal, uma cesariana e um abortamento prévios, deu entrada no pronto-atendimento obstétrico na fase ativa do trabalho de parto. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Trata-se de uma paciente do grupo 1 de Robson.
- B. Trata-se de uma paciente do grupo 2 de Robson.
- C. Trata-se de uma paciente do grupo 3 de Robson.
- D. Trata-se de uma paciente do grupo 4 de Robson.
- E. Trata-se de uma paciente do grupo 5 de Robson. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Classificacao de Robson, grupo 5: multipara com pelo menos uma cesarea previa, gestacao unica, cefalica, com 37 semanas ou mais. E o grupo que mais contribui para as taxas de cesarea nos servicos. Grupo 1 e nulipara em trabalho de parto espontaneo; grupo 2, nulipara induzida ou cesarea antes do trabalho de parto; grupo 3, multipara SEM cesarea previa em trabalho espontaneo; grupo 4, a mesma multipara induzida. Resposta E.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Uma mulher, com atraso menstrual de oito semanas, deu entrada no pronto-socorro com dor abdominal de forte intensidade há duas horas. Ao exame, dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, com descompressão brusca positiva. Sua frequência cardíaca era de 132 bpm e sua pressão arterial era de 80 x 40 mmHg, com pulso filiforme. O BHCG na urina era positivo. O ultrassom endovaginal mostrou cavidade uterina com eco endometrial de 14 mm, massa anexial heterogênea de 5,4 cm e grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada.

A. curetagem uterina

B. laparoscopia

C. laparotomia exploradora ✓

D. tratamento clínico com metotrexato intramuscular

E. tratamento clínico com metotrexato diretamente na massa anexial

IRMANDADE DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS
DE ACESSO DIRETO 14

COMENTÁRIO OSCELABS

Atraso menstrual, beta-hCG positivo, abdome agudo com descompressão dolorosa, massa anexial, líquido livre abundante e choque (FC 132, PA 80x40, pulso filiforme): gravidez ectópica ROTA com instabilidade hemodinâmica. A conduta é laparotomia exploradora imediata para hemostasia. Metotrexato, sistêmico ou local, exige paciente estável e ectópica íntegra; a laparoscopia só é opção com estabilidade hemodinâmica; e a curetagem não trata gestação tubária. Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Uma primípara de 39 semanas e seis dias encontra-se no segundo período do trabalho de parto há três horas e meia. Ao exame físico, dinâmica uterina presente, cinco contrações de 50 segundos em 10 minutos e BCF de 72 batimentos por minuto sustentado. Toque vaginal com dilatação cervical de 10 cm, bolsa rota, apresentação cefálica em plano +2 de De Lee e variedade de posição OET. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada.

A. fórceps de Simpson

B. fórceps de Piper

C. fórceps de Kielland ✓

D. manobra de Zavanelli

E. manobra de Woods reversa

COMENTÁRIO OSCELABS

Bradycardia fetal sustentada de 72 bpm no expulsivo, com dilatação total, bolsa rota e cefálica em +2 de De Lee: há sofrimento fetal agudo e condições para parto instrumental. O detalhe que define o instrumento e a variedade de posição OET, ou seja, TRANSVERSA - exige rotação, e o fórceps de Kielland, com articulação deslizante e curvatura pélvica mínima, foi desenhado exatamente para isso. O de Simpson é fórceps de tração, para variedades anteroposteriores; Piper é só para cabeça derradeira na pélvica; Zavanelli e Woods pertencem a distócias de ombro. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Uma secundigesta, com um parto normal anterior e idade gestacional de 36 semanas e dois dias, deu entrada no pronto-atendimento obstétrico com queixa de sangramento vaginal em grande quantidade há quarenta minutos. Refere que a hemorragia ocorreu “do nada”, tendo início após um “acesso de tosse”. Nega dor abdominal. Realizou seis consultas de pré-natal, com todos os exames dentro do limite da normalidade. Nega antecedentes pessoais de comorbidades. Ao exame de entrada, descorada +/4+, PA de 90 x 50 mmHg, FC de 101 bpm, altura uterina de 33 cm, ausência de dinâmica uterina, tônus uterino normal e BCF de 101 bpm. Especular mostrando grande quantidade de coágulos na vagina e sangramento ativo por orifício externo do colo. Foi encaminhada para cesariana de emergência. A foto abaixo corresponde à placenta, após dequitada. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico do sangramento da segunda metade da gestação.

- A. placenta prévia
- B. descolamento prematuro de placenta
- C. rotura uterina
- D. rotura de vasa prévia ✓**
- E. avulsão do colo uterino

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vaginal subitico e indolor, deflagrado por esforço (tosse), com tonus uterino NORMAL e sofrimento fetal precoce e desproporcional a perda materna (BCF 101 com PA 90x50): esse padrao e da rotura de vasa previa, em que o sangue perdido e FETAL - por isso o feto descompensa antes da mae. O DPP cursa com dor e hipertonia; a placenta previa sangra sem sofrimento fetal imediato; e a rotura uterina exige cicatriz previa, dor e parada da dinamica. Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Uma primigesta com nove semanas de gestação iniciou acompanhamento em pré-natal de alto risco por apresentar antecedente de lúpus eritematoso sistêmico. No retorno, com exames, seu VDRL era de 1/64. Refere apenas um parceiro sexual nos últimos dois anos. Nega antecedentes de IST. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada.

- A. solicitar teste treponêmico específico para a gestante, realizar teste do parceiro e iniciar penicilina benzatina se o teste treponêmico for positivo ✓**
- B. considerar o quadro como sífilis primária e tratar a gestante com penicilina benzatina
- C. solicitar teste treponêmico específico para a gestante e iniciar penicilina cristalina se o teste treponêmico for negativo
- D. considerar o quadro como lúpus e, portanto, o VDRL como falso-positivo, devido à reação cruzada pelos autoanticorpos maternos
- E. considerar o quadro como sífilis secundária e não tratar a gestante

COMENTÁRIO OSCELABS

VDRL 1/64 em gestante com lupus e o classico dilema: o LES e causa consagrada de reacao falso-positiva do teste NAO treponemico (anticorpos antifosfolipide). Titulo alto, porem, nao permite descartar sífilis. A conduta e confirmar com teste treponemico (FTA-Abs, TPHA ou teste rapido), tratar com penicilina benzatina se positivo e convocar e testar o parceiro. Assumir sífilis sem confirmacao ou assumir falso-positivo sem testar arrisca sífilis congenita. Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito B

Uma puérpera no décimo quarto dia pós-parto encontra-se com febre de 39 graus; seu exame físico é ilustrado na imagem abaixo. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, o diagnóstico, o agente etiológico mais comum e a conduta a ser adotada.

- A. abscesso mamário, Chlamydia trachomatis e drenagem cirúrgica
 - B. abscesso mamário, Staphylococcus aureus e drenagem cirúrgica ✓**
 - C. abscesso mamário, Streptococcus agalactiae e drenagem cirúrgica
 - D. mastite puerperal, Staphylococcus aureus e antibioticoterapia endovenosa com ciprofloxacino
 - E. mastite puerperal, Escherichia coli e antibioticoterapia endovenosa com gentamicina
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021
ISC MSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 15

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre de 39 graus no 14º dia de puerperio com achado mamário de coleção flutuante: abscesso mamário, complicação da mastite puerperal não tratada ou tratada tardiamente. O agente mais comum é o Staphylococcus aureus, procedente da orofaringe do lactente através de fissuras mamilares. O tratamento é drenagem (cirúrgica ou guiada por ultrassom) associada a antibiótico antiestafilocócico, mantendo o esvaziamento da mama. Resposta B.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Uma gestante com início tardio de pré-natal e 26 semanas, no retorno em consulta, entre os exames solicitados, tinha sorologia de toxoplasmose com IgM positivo e IgG positivo. Considerando o resultado da sorologia e a idade gestacional, nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. É necessária a realização de teste de avididade da IgG para, assim, determinar se a infecção por toxoplasmose é aguda.
- B. Deve-se iniciar espiramicina e realizar amniocentese com pesquisa de PCR para Toxoplasma gondii. ✓**
- C. Deve-se iniciar espiramicina, não havendo necessidade de amniocentese ou pesquisa de PCR para Toxoplasma gondii.
- D. Não se deve iniciar espiramicina, mas é necessário realizar amniocentese com pesquisa de PCR para Toxoplasma gondii, só iniciando a terapia após o resultado de PCR.
- E. Deve-se iniciar tratamento com pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Toxoplasmose com IgM e IgG positivos às 26 semanas: o teste de avididade de IgG só tem valor até cerca de 16 semanas de gestação - depois disso, avididade alta não afasta infecção na gravidez atual e não muda conduta. Assim, inicia-se espiramicina IMEDIATAMENTE (reduz a transmissão vertical) e investiga-se a infecção fetal por amniocentese com PCR para Toxoplasma gondii (a partir de 18 semanas). Se a PCR for positiva, troca-se para o esquema triplice com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito C

Uma tercigesta com doze semanas, um parto normal e um abortamento anterior apresenta glicemia de jejum de 112 mg/dL. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Trata-se de overt diabetes, sendo indicado o início do tratamento medicamentoso.
- B. Deve ser realizada a curva glicêmica com 75 g para confirmação do diagnóstico de diabetes gestacional.
- C. Trata-se de diabetes gestacional, sendo indicado o início do tratamento comportamental, com dieta e atividade física. ✓**

- D. Trata-se de overt diabetes, sendo indicado o início do tratamento comportamental, com dieta e atividade física.
- E. Trata-se de diabetes gestacional, sendo indicado o início do tratamento medicamentoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia de jejum na gestação: valores de 92 a 125 mg/dL já fecham diabetes mellitus gestacional, dispensando o teste oral de tolerância à glicose; valores iguais ou acima de 126 mg/dL (ou HbA1c acima de 6,5%) caracterizam diabetes prévio, o chamado overt diabetes. Com 112 mg/dL o diagnóstico e DMG, e o tratamento inicial e sempre não farmacológico: dieta fracionada e atividade física, reavaliando o controle glicêmico em 1 a 2 semanas antes de indicar insulina. Resposta C.

QUESTÃO 59 — Gabarito A

Uma gestante de quarenta e uma semanas e três dias compareceu ao pronto-atendimento obstétrico com queixa de redução da movimentação fetal. Realizou nove consultas de pré-natal e todo o acompanhamento ocorreu sem intercorrências clínicas. Todas as sorologias negativas. Ao exame físico obstétrico, apresentava altura uterina de 33 cm, dinâmica uterina ausente e BCF presente (149 bpm). Toque vaginal com colo posterior, grosso e impérvio. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. A vigilância da vitalidade fetal deve começar com quarenta semanas, com avaliação do perfil biofísico fetal, duas vezes por semana. ✓**
- B. A vigilância da vitalidade fetal deve começar com quarenta e uma semanas, com avaliação do perfil biofísico fetal, duas vezes por semana.
- C. A vigilância da vitalidade fetal deve começar com quarenta semanas, com avaliação de Dopplerfluxometria obstétrica, duas vezes por semana.
- D. A vigilância da vitalidade fetal deve começar com quarenta e uma semanas, com avaliação de Dopplerfluxometria obstétrica, duas vezes por semana.
- E. A vigilância da vitalidade fetal deve começar com quarenta semanas, com avaliação do perfil biofísico fetal, uma vez por semana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestação que se aproxima do pos-termo: a vigilância da vitalidade fetal deve começar às 40 semanas, com avaliação pelo menos duas vezes por semana, tipicamente cardiotocografia e perfil biofísico fetal (que inclui a medida do líquido amniótico, cuja redução é o marcador mais precoce nessa situação). A dopplerfluxometria avalia insuficiência placentária em restrição de crescimento, não sendo o método de eleição na gestação prolongada de baixo risco. Resposta A.

QUESTÃO 60 — ANULADA

Uma gestante de quarenta semanas, quartigesta, com três partos normais anteriores, foi internada para indução do trabalho de parto. Ao ser admitida no centro obstétrico, apresentava vitalidade fetal preservada, comprovada por cardiotocografia. O exame obstétrico mostrou altura uterina de 34 cm, dinâmica uterina ausente, BCF de 136 bpm, toque vaginal com colo amolecido, posteriorizado, esvaecido 20%, dilatação de 4 cm, apresentação cefálica alta e móvel, em plano -2 de De Lee e bolsa das águas íntegra. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, o diagnóstico mais provável e a conduta a ser adotada.

- A. Índice de Bishop 1, preparo do colo com misoprostol e indução com ocitocina se Bishop > 6
- B. Índice de Bishop 2, preparo do colo com misoprostol e indução com ocitocina se Bishop > 6
- C. Índice de Bishop 3, preparo do colo com misoprostol e indução com ocitocina se Bishop > 6
- D. Índice de Bishop 4, preparo do colo com misoprostol e indução com ocitocina se Bishop > 6

E. índice de Bishop 6 e indução com ocitocina IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 16 CLÍNICA MÉDICA

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema era o índice de Bishop, que soma dilatação, esvaziamento, altura da apresentação (De Lee), consistência e posição do colo, orientando a escolha entre preparo cervical com misoprostol (colo desfavorável) e indução direta com ocitocina (colo favorável, em geral acima de 6 a 8 pontos). A pontuação atribuída aos parâmetros descritos gerou divergência, e a banca anulou a questão - portanto não há alternativa oficial a apontar.

QUESTÃO 61 — Gabarito A

Na ocorrência de infarto agudo do miocárdio de parede inferior, a coexistência com infarto de ventrículo direito indica que se deve observar atentamente alguns aspectos para que seja realizada a abordagem.

Considerando essa informação, assinale a alternativa correta.

- A. A evolução complicada dos pacientes infartados na parede inferior é identificada na associação do infarto do ventrículo direito, impactando no prognóstico dos pacientes quando não adequadamente reperfundidos. ✓**
- B. A perspectiva de complicações do infarto inferior é diretamente proporcional ao infarto do ventrículo direito não documentado.
- C. A relação entre o infarto agudo do miocárdio inferior e o infarto agudo do miocárdio do ventrículo direito somente implica na prática clínica em caso de identificação da tríade clínica clássica dessa ocorrência.
- D. Deve-se observar, no curso do infarto agudo do miocárdio inferior, a presença de supradesnivelamento do seguimento ST em V4R para o diagnóstico definitivo de infarto de ventrículo direito, independentemente do tempo de dor torácica.
- E. A coexistência de infarto agudo do miocárdio inferior e infarto de ventrículo direito somente determina a infusão de volume rápido na terapia emergencial se confirmar a presença do supradesnivelamento de seguimento ST em V4R, independentemente da apresentação clínica do paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O infarto de ventrículo direito complica até um terço dos infartos de parede inferior e piora significativamente o prognóstico - hipotensão, bradiarritmias, bloqueios e choque cardiogênico - especialmente quando a reperfusão não é feita adequadamente. O supradesnivelamento em V4R é fugaz, some em poucas horas, e por isso as derivações direitas devem ser registradas precocemente em TODO infarto inferior; a expansão volêmica é guiada pela clínica (hipotensão sem congestão), não apenas pelo eletrocardiograma. Resposta A.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Em uma unidade de emergência, uma paciente de dezoito anos de idade recebeu o diagnóstico de diabetes mellitus tipo I, com cetoacidose diabética. Na dosagem da cadeia lipídica, apresenta níveis demasiadamente elevados de triglicérides (acima 10.000/mg/dl), causando surpresa, na visualização do sangue coletado, de aspecto leitoso. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Tem relação exclusiva com a ingestão, pela paciente, de produtos alimentícios processados.
- B. A baixa atividade da lipase lipoproteica e da lipase-hormônio sensível pela escassez insulínica certamente contribui para a elevação dos triglicérides na paciente. ✓**
- C. A oxidação permanente de radicais livres interfere diretamente no metabolismo dos triglicérides, sendo o primeiro motivo de seus níveis extremos no sangue.
- D. Justifica-se pelo acúmulo glicêmico do diabetes mellitus tipo I, com consequente aumento de reservas gordurosas.

E. A associação comum da doença de Hashimoto com diabetes mellitus tipo I, abrindo também um diagnóstico de hipotireoidismo, determina aos indivíduos nessas condições processos de hipertrigliceridemia inusitadamente documentados.

COMENTÁRIO OSCELABS

Soro leitoso com triglicerídeos acima de 10.000 mg/dL na cetoacidose e explicado pela insulinopenia: a insulina é o principal ativador da lipase lipoproteica endotelial, responsável pela depuração de quilomicrons e VLDL. Sem insulina, a depuração despenca e o aporte de ácidos graxos livres ao fígado aumenta, elevando a síntese de VLDL. O tratamento é a própria insulina, com atenção ao risco de pancreatite aguda. Dieta, radicais livres e Hashimoto não explicam níveis dessa magnitude. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito B

Não raramente são admitidos no pronto-socorro indivíduos com ingestão alcoólica abusiva. Assim, a equipe médica deve observar e decidir por medidas medicamentosas e preventivas com urgência. Com relação a esse tema, assinale a alternativa correta.

- A. O uso de drogas depressoras do sistema nervoso central é rotina para a contenção química e a prevenção de convulsões.
- B. O uso concomitante de tiamina e glicose, ambos intravenosos, está indicado para prevenir a encefalopatia de Wernicke-Korsakoff. ✓**
- C. Ao apresentar vômitos, o paciente deve ser sedado e decidir por intubação orotraqueal de imediato, pelo risco de broncoaspiração.
- D. O esvaziamento gástrico com sonda nasogástrica não contribui para a melhora clínica, mesmo em ingestão alcoólica exacerbada, em intervalo de tempo menor que uma hora.
- E. O uso de furosemida intravenosa acelera o metabolismo e a eliminação do álcool em seus níveis tóxicos, podendo ser útil no arsenal medicamentoso contra intoxicações graves pelo álcool.

COMENTÁRIO OSCELABS

No etilista crônico admitido com intoxicação ou desnutrição, repor tiamina é obrigatório: a reserva de vitamina B1 é baixa e a infusão de glicose consome o que resta, podendo precipitar encefalopatia de Wernicke (confusão, oftalmoplegia, ataxia) e a seqüela de Korsakoff. Sedativos não são rotina e somam depressão respiratória ao álcool (A); intubar por vômito não é automático (C); e nem lavagem gástrica nem furosemida aceleram a eliminação do álcool, cuja cinética é de ordem zero (D, E). Resposta B.

QUESTÃO 64 — Gabarito D

A habilidade para orientar e tratar a síndrome do coração pós-feriado na urgência depende de conhecimento dos fundamentos dessa síndrome, também conhecida como Holiday Heart Syndrome. A partir dessa informação, assinale a alternativa correta.

- A. As arritmias ventriculares estão presentes na maioria dos casos, mas têm desfecho benigno.
 - B. A fibrilação atrial é frequente, mas, devido ao paroxismo do quadro com reversão espontânea, não impacta no aumento da mortalidade.
 - C. A ingestão alcoólica interfere no sistema de condução cardíaca pelo aumento da condução, justificando o mecanismo de desenvolvimento das arritmias.
 - D. O acetaldeído metabólito do álcool demonstra exibir propriedades arritmogênicas, com possível elevação das catecolaminas sistêmicas e dos intramiocárdicos. ✓**
 - E. A relação dose/resposta entre a quantidade ingerida de álcool e o risco de fibrilação atrial não está comprovada, se relacionando apenas à ingestão alcoólica.
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 17

COMENTÁRIO OSCELABS

Holiday heart syndrome e a arritmia - tipicamente fibrilacao atrial - desencadeada por libacao alcoolica em pessoas sem cardiopatia estrutural. O acetaldeido, metabolito do etanol, tem propriedades arritmogenicas diretas e se associa a elevacao das catecolaminas sistemicas e intramiocardicas. O predomínio e de arritmias supraventriculares, nao ventriculares (A); a FA, mesmo paroxistica, aumenta o risco tromboembolico (B); o alcool LENTIFICA a conducao e encurta o periodo refratario atrial (C); e ha relacao dose-resposta demonstrada (E). Resposta D.

QUESTÃO 65 — Gabarito D

A atuação em emergência determina a necessidade criteriosa de conhecimento acerca do manuseio de pacientes gravemente afetados por anafilaxia. Quanto ao uso de adrenalina, assinale a alternativa correta.

- A. Em praticamente 95% dos casos, uma única dose de adrenalina controla e reverte o quadro.
- B. O uso da adrenalina na anafilaxia apresenta riscos para todos os casos, devendo, portanto, ser considerado como última opção terapêutica.
- C. Doses excessivas de adrenalina intravenosa são consideradas como de baixo risco, pouco importantes para arritmias e outros transtornos cardiovasculares, tendo em vista a necessidade de controle imediato da anafilaxia.
- D. As vias intravenosa e intramuscular são recomendadas para o tratamento da anafilaxia perioperatória por anestesistas experientes, embora as diretrizes internacionais recomendem o uso de adrenalina intramuscular para o tratamento de primeira linha em todos os ambientes. ✓**
- E. O uso de adrenalina, pela via subcutânea, na anafilaxia é o padrão mais seguro e mais eficiente na prática clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A adrenalina intramuscular na face anterolateral da coxa (vasto lateral) e o tratamento de primeira linha da anafilaxia em qualquer ambiente, pela absorcao rapida e pela ampla margem de seguranca. A via intravenosa, diluida e titulada, fica restrita a ambientes monitorizados e a profissionais experientes, como no cenario perioperatorio. Ate um terco dos pacientes precisa de segunda dose (A); adrenalina nunca e ultima opcao (B); doses IV excessivas causam arritmias e isquemia (C); e a via subcutanea tem absorcao erratica (E). Resposta D.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Um paciente foi admitido no pronto-socorro com quadro clínico de choque séptico de foco pulmonar. Foram indicadas a administração de noradrenalina e a passagem de acesso venoso central em veia jugular interna direita, pela via central. Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a punção envolve a localização do marco anatômico, no ápice do triângulo formado pela(s)

- A. cabeças do músculo esternocleidomastóideo e pela clavícula. ✓**
- B. cabeças do músculo esternocleidomastóideo e pelo músculo platisma.
- C. cabeças do músculo platisma e pela clavícula.
- D. inserção do músculo escaleno e pelo músculo trapézio.
- E. inserção medial do músculo esternocleidomastóideo e pelo músculo escaleno.

COMENTÁRIO OSCELABS

A punção da veia jugular interna pela via central usa o triângulo de Sedillot, delimitado pelas duas cabeças do músculo esternocleidomastoideo (esternal e clavicular) e pela clavícula. Punciona-se no ápice do triângulo, com a agulha orientada a 30 graus em direção ao mamilos ipsilateral, após palpar o pulso carotídeo medialmente. O ideal atual é a punção guiada por ultrassom, que reduz complicações. Platísmo, escaleno e trapézio não delimitam esse marco anatômico. Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito A

Uma paciente de 32 anos de idade, com antecedente de doença de Graves, com tratamento irregular, procurou o pronto-socorro com relato de agitação, taquicardia, hipertermia, tremores e diarreia aquosa há dez dias. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o escore apropriado para a avaliação diagnóstica da paciente.

A. Burch-Wartofsky ✓

B. Forrest

C. Maddrey

D. GRACE

E. PESI

COMENTÁRIO OSCELABS

Doença de Graves com tratamento irregular evoluindo com agitação, febre, taquicardia, tremores e diarreia: suspeita de crise tireotóxica (tempestade tireoidiana). O escore de Burch-Wartofsky pontua temperatura, efeitos sobre o sistema nervoso central, disfunção gastrointestinal-hepática, frequência cardíaca, insuficiência cardíaca e presença de fator precipitante - 45 ou mais e altamente sugestivo. Forrest é para hemorragia digestiva, Maddrey para hepatite alcoólica, GRACE para síndrome coronariana e PESI para tromboembolismo pulmonar. Resposta A.

QUESTÃO 68 — Gabarito B

Um paciente de 78 anos de idade, com antecedente de neoplasia de pulmão avançada, refratária ao tratamento quimioterápico e dependente de oxigênio domiciliar, foi levado ao pronto-socorro, por familiares, com relato de dor torácica e piora importante da dispnéia há um dia. Ao exame físico, desconforto respiratório importante, murmúrios vesiculares presentes, bilateralmente, sem ruídos adventícios, frequência respiratória de 35 ipm, saturação de 75% com máscara a 7 L/min. e pressão arterial de 80 x 50 mmHg. Após avaliação, a equipe médica optou por propor um plano terapêutico com medidas paliativas. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a medida mais adequada para o conforto e o controle sintomático do paciente.

A. intubação paliativa

B. morfina em infusão contínua ✓

C. noradrenalina em infusão contínua

D. broncoscopia paliativa

E. quimioterapia de urgência

COMENTÁRIO OSCELABS

Neoplasia pulmonar avançada e refrataria, dependente de oxigenio, com dispneia refrataria e plano de cuidados exclusivamente paliativos: o opioide - morfina, em infusao continua ou em doses tituladas - e o tratamento de escolha para a dispneia, reduzindo a percepcao do desconforto e o drive respiratorio excessivo, sem encurtar a vida quando bem titulado. Intubacao, broncoscopia e quimioterapia de urgencia sao medidas desproporcionais; noradrenalina nao alivia sintoma. Resposta B.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Um paciente de 23 anos de idade, sem antecedentes conhecidos, deu entrada no pronto-socorro com relato de rebaixamento do nível de consciência. Na admissão, encontrava-se estável hemodinamicamente e com glicemia capilar normal. Ao exame neurológico, apresentava pupilas isofotorreagentes, abertura ocular à pressão, resposta verbal confusa e resposta motora com flexão normal. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a pontuação do paciente na escala de coma de Glasgow.

- A. 8
- B. 9
- C. 10 ✓**
- D. 11
- E. 12

COMENTÁRIO OSCELABS

Aplicando a escala de coma de Glasgow: abertura ocular a pressao vale 2, resposta verbal confusa vale 4 e resposta motora com flexao normal (retirada ao estimulo) vale 4. Somando, $2 + 4 + 4 = 10$. Vale lembrar que a versao atualizada da escala substituiu 'a dor' por 'a pressao' e acrescenta a avaliacao da reatividade pupilar (GCS-P), que aqui nao subtrai pontos por serem pupilas isofotorreagentes. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Cefaleias são queixas frequentes no departamento de emergência e, em sua avaliação, é essencial detectar os sintomas associados a causas secundárias ou a sinais de alarme. Considerando essa informação, julgue os próximos itens. I Os sintomas sistêmicos são considerados como sinais de alarme da cefaleia. II As náuseas são consideradas como sinais de alarme da cefaleia. III A gravidez e o puerpério são considerados como sinais de alarme da cefaleia. IV A imunossupressão é considerada como sinal de alarme da cefaleia. V Uma duração maior que 24 horas é considerada como sinal de alarme da cefaleia. Assinale a alternativa correta.

- A. Apenas os itens I, II e IV estão certos.
 - B. Apenas os itens I, III e IV estão certos. ✓**
 - C. Apenas os itens II, III e IV estão certos.
 - D. Apenas os itens I, II, III e IV estão certos.
 - E. Apenas os itens I, III, IV e V estão certos.
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 18

COMENTÁRIO OSCELABS

Sinais de alarme da cefaleia (regra SNOOP): sintomas sistemicos como febre e perda de peso (item I), gravidez e puerperio (item III) e imunossupressao (item IV) sao bandeiras vermelhas que obrigam investigacao de causa secundaria. Nausea (item II) e sintoma tipico da propria migranea, e nao alarme. Duracao maior que 24 horas (item V) tambem nao e criterio - o que assusta e o inicio SUBITO, em trovoadas, atingindo o pico em segundos. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Os efeitos adversos mais relatados na prática clínica durante o início do consumo de metformina são de natureza

- A. gastrointestinal. ✓**
- B. cardiovascular.
- C. respiratória.
- D. renal.
- E. auditiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os efeitos adversos mais frequentes no início da metformina são gastrointestinais: náusea, diarreia, desconforto abdominal, flatulência e gosto metálico, presentes em até um quarto dos pacientes e geralmente transitórios. São minimizados titulando a dose lentamente, tomando junto com as refeições ou usando a formulação de liberação prolongada. A acidose láctica é rara e restrita a situações de hipoperfusão ou disfunção renal grave, e o uso prolongado pode causar deficiência de vitamina B12. Resposta A.

QUESTÃO 72 — Gabarito A

O ataque isquêmico transitório ocorre quando o episódio de disfunção neurológica, de origem isquêmica, apresenta duração inferior a

- A. duas horas. ✓**
- B. quatro horas.
- C. seis horas.
- D. doze horas.
- E. 24 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ataque isquêmico transitório é o déficit neurológico focal de origem isquêmica que se resolve sem infarto tecidual. A antiga definição arbitrária de 24 horas foi abandonada porque a imensa maioria dos episódios dura menos de uma hora - e quem passa disso quase sempre já tem lesão na ressonância. Independentemente do corte adotado, o AIT é emergência: exige estratificação (ABCD²), imagem de vasos e antiagregação precoce, pelo alto risco de AVC nos primeiros dias. Resposta A.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Um paciente compareceu ao ambulatório, relatando o consumo de sinvastatina 40 mg/dose única/dia. Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que esse medicamento deve ser tomado

- A. de manhã.
- B. à tarde.
- C. à noite. ✓**
- D. no almoço.
- E. em jejum.

COMENTÁRIO OSCELABS

A sinvastatina tem meia-vida curta e a HMG-CoA redutase tem pico de atividade na madrugada, quando a síntese hepática de colesterol é máxima. Por isso as estatinas de meia-vida curta - sinvastatina, lovastatina, fluvastatina e pravastatina - devem ser tomadas à noite, o que aumenta a redução do LDL. Já atorvastatina, rosuvastatina e pitavastatina, de meia-vida longa, podem ser administradas em qualquer horário do dia. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

A digitopressão e a vitropressão são utilizadas para diferenciar

- A. placa de mancha.
- B. mancha de eritema.
- C. eritema de púrpura. ✓**
- D. púrpura de pápula.
- E. pápula de placa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Digitopressão e vitropressão (compressão com lâmina de vidro) testam se a lesão avermelhada desaparece à compressão. Se empalidece, o vermelho vem de vasodilatação com sangue dentro do vaso: é eritema/mancha vascular. Se NÃO desaparece, o sangue está extravasado no interstício: é purpura (petequia, equimose, hematoma). Placa e pápula são lesões sólidas, definidas por relevo e tamanho, e não se diferenciam por compressão. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito B

O encontro de som maciço à percussão do espaço de Traube sugere

- A. cardiomegalia.
- B. esplenomegalia. ✓**
- C. hérnia do hiato.
- D. acalásia do esôfago.
- E. abscesso pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

O espaço de Traube - delimitado pelo rebordo costal esquerdo, pela linha axilar anterior e pelo 6º arco costal - é normalmente TIMPÂNICO, porque abriga a bolha gástrica. Quando a percussão revela som maciço, o espaço está ocupado, e a causa clássica é a esplenomegalia (achado útil antes mesmo de o baco se tornar palpável). Derrame pleural esquerdo volumoso, massas e estômago muito cheio são outras causas de macicez, mas a sugestão clássica de prova é o baco aumentado. Resposta B.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

A complicação da biópsia renal percutânea mais observada na prática clínica é o(a)

- A. hematoma perineal.
- B. choque hemorrágico.
- C. distensão abdominal.
- D. hematúria macroscópica. ✓**
- E. laceração do local da biópsia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A complicação mais frequente da biópsia renal percutânea é a hematuria macroscópica, ocorrendo em cerca de 3 a 10% dos casos e quase sempre autolimitada, resolvendo com repouso e hidratação. Pequenos hematomas PERIRRENAIS (não perineais) são vistos em muitos exames de controle, porém costumam ser subclínicos. Sangramento com repercussão hemodinâmica, necessidade de transfusão ou embolização é raro, abaixo de 1%. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito A

O posicionamento correto do eletrodo para a derivação torácica V4 do eletrocardiograma é no

- A. quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular esquerda. ✓**
- B. quinto espaço intercostal, entre a região paraesternal esquerda e a linha hemiclavicular esquerda.
- C. quinto espaço intercostal, na linha axilar média esquerda.
- D. quarto espaço intercostal, na região paraesternal direita.
- E. quarto espaço intercostal, na região paraesternal esquerda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Posicionamento precordial: V1 e V2 no 4º espaço intercostal, respectivamente as bordas esternais direita e esquerda; V4 no 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda; V3 no meio do caminho entre V2 e V4; V5 na linha axilar anterior e V6 na linha axilar média, ambos no mesmo plano horizontal de V4. Erros de posicionamento de V1 e V2 (colocados alto demais) são causa frequente de falsa progressão anormal da onda R. Resposta A.

QUESTÃO 78 — Gabarito E

Um paciente de 59 anos de idade foi à consulta, no ambulatório de clínica médica, para controle do tempo de protrombina/INR pelo uso de varfarina, devido à fibrilação atrial crônica, e pediu exemplos de alimentos que deveria evitar. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta todos os alimentos que deverão ser evitados.

- A. agrião, palmito e suco de cranberry
- B. espinafre, tomate e suco de laranja
- C. couve-flor, cenoura e suco de limão
- D. nabo, repolho e suco de uva
- E. alface, brócolis e chá verde ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A varfarina antagoniza a vitamina K, de modo que alimentos ricos nessa vitamina reduzem o INR e a eficácia anticoagulante. Os campeões em vitamina K são os folhosos verde-escuros e crucíferas - alface, brócolis, couve, espinafre, repolho - além do chá verde. Tomate, cenoura, laranja, limão e uva têm conteúdo desprezível. Na prática, a orientação não é proibir, e sim manter ingestão CONSTANTE, evitando grandes oscilações que desestabilizam o INR. Resposta E.

QUESTÃO 79 — Gabarito C

Para um paciente soropositivo para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), etilista crônico, diabético e em tratamento de tuberculose, recomenda-se, visando ao possível efeito colateral da isoniazida, a prescrição associada de

- A. retinol ou vitamina A.

- B. riboflavina ou vitamina B2.
- C. piridoxina ou vitamina B6. ✓**
- D. ácido ascórbico ou vitamina C.
- E. colecalciferol ou vitamina D.

COMENTÁRIO OSCELABS

A isoniazida interfere no metabolismo da piridoxina (vitamina B6), causando neuropatia periférica dose-dependente. A suplementação profilática de piridoxina está indicada nos grupos de risco: infecção pelo HIV, etilismo crônico, diabetes, desnutrição, insuficiência renal crônica, gestantes e idosos - exatamente o perfil desse paciente, que acumula três fatores. A piridoxina também é o antídoto das convulsões por intoxicação aguda pela isoniazida. Resposta C.

QUESTÃO 80 — Gabarito B

As seguintes recomendações devem constar no receituário ao se prescrever levotiroxina:

- A. tomar, em jejum, com leite e omeprazol 20 mg.
- B. tomar, em jejum, com água, meia hora antes do café da manhã. ✓**
- C. tomar após o café da manhã, com suco de laranja e bromoprida.
- D. tomar, meia hora antes do almoço, com leite e omeprazol 20 mg.
- E. tomar, após o almoço ou o jantar, com água e bromoprida.
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 19 MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

COMENTÁRIO OSCELABS

A levotiroxina deve ser tomada em jejum, com água, 30 a 60 minutos antes do café da manhã (ou 3 a 4 horas após a última refeição, ao deitar), porque a absorção ocorre no jejuno e íleo e é reduzida por alimentos. São inimigos clássicos da absorção: leite e derivados (cálcio), sulfato ferroso, carbonato de cálcio, inibidores de bomba de prótons, sequestradores de ácidos biliares e soja. Prescreve-la com leite, omeprazol ou suco de laranja compromete o controle do TSH. Resposta B.

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Quanto aos grupos com melhor consonância com o conceito de educação permanente em saúde, assinale a alternativa correta.

- A. Grupo de educação sexual e reprodutiva: a equipe faz uma aula e utiliza equipamento audiovisual para projetar imagens reais de apresentação clínica de infecções transmissíveis para adolescentes e adultos jovens.
- B. Grupo de hipertensão: a técnica afere pressão e glicemia capilar, enquanto a enfermeira faz uma palestra sobre a doença e suas possíveis consequências. Ao final, o médico avalia a necessidade de ajuste de medicação e faz a prescrição, caso seja necessária.
- C. Grupo de gestantes: a equipe explica sobre o assunto que compõe um roteiro de temas do ciclo gestacional e, após o término, ocorre a consulta de pré-natal com o profissional agendado.
- D. Grupo de mulheres: são discutidos temas escolhidos pelas usuárias, que também compartilham suas experiências. O tema é definido duas semanas antes da reunião. ✓**
- E. Todos os grupos estão igualmente em consonância com o conceito de educação continuada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Educação PERMANENTE em saúde parte dos problemas vividos pelos participantes, valoriza o saber prévio e constrói o conhecimento coletivamente, com aprendizagem significativa - por isso o grupo em que as próprias usuárias escolhem os temas e compartilham experiências e o que melhor traduz o conceito. Palestras, aulas expositivas e roteiros fechados de temas definidos pela equipe caracterizam educação CONTINUADA, com transmissão vertical de conteúdo. Resposta D.

QUESTÃO 82 — ANULADA

Após atender cinco pacientes, o residente João estava com dúvidas em relação ao rastreamento de diabetes e foi perguntar ao preceptor para quem deveria solicitar o exame de glicemia. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o paciente com indicação de realizar o rastreamento segundo a American Diabetes Association (ADA).

- A. Ana, que tem quarenta anos de idade, é branca, tem dois tios maternos com diabetes tipo 2 e uma tia materna com diabetes tipo 1, sem comorbidades, que faz uso de anticoncepção oral hormonal há dez anos e que é sedentária, com IMC 24,5 e PA de 130 x 80 mmHg
- B. Alberto, que tem trinta anos de idade, é negro, sem histórico familiar ou próprio de comorbidade, e que é sedentário, com IMC 27 e PA de 120 x 70 mmHg
- C. Bianca, que tem 44 anos de idade, é branca, sem histórico de comorbidade ou medicação, cujo filho nasceu a termo com 3.930 g, que pratica atividade física e tem IMC 24 e PA de 130 x 70 mmHg
- D. Diane, que tem 42 anos de idade, é amarela, tem avô com diabetes tipo 2, é asmática, em uso de corticoide inalatório, sem outras comorbidades, e que é sedentária, com IMC 22 e PA de 144 x 92 mmHg
- E. Paulo, que tem 32 anos de idade, é negro, tem avô com diabetes tipo 2, sem comorbidades, sem uso de medicação e que pratica atividade física, com IMC 33 e PA de 138 x 88 mmHg

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo era o rastreamento de diabetes tipo 2 pela American Diabetes Association: rastrear todos os adultos a partir de certa idade de corte e, mais cedo, aqueles com sobrepeso ou obesidade associados a fator de risco - história familiar em parente de PRIMEIRO grau, etnia de risco, hipertensão, HDL baixo ou triglicerídeos altos, síndrome de ovários policísticos, sedentarismo, doença cardiovascular, pré-diabetes ou diabetes gestacional prévio. A ambiguidade dos perfis levou à anulação; não há alternativa oficial a apontar.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Marcela, de 64 anos de idade, não costuma ir com frequência à unidade básica de saúde, pois sua mãe, de 86 anos de idade, é uma das moradoras mais antigas da região e faz o tratamento dela, dos filhos e de parte da comunidade com chás e plantas medicinais. A paciente não acredita que a “medicina moderna” tenha tanto efeito quanto a “medicina da natureza”, mas gostaria de realizar exames para ver como está a sua saúde. Relata que faz uso de metformina em conjunto com chás para potencializar a ação da medicação. Após checar que os chás não interferem na medicação, o médico propõe os exames de acompanhamento necessários. Ao final, verifica-se que Marcela está de acordo com a conduta. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o atributo da atenção primária predominante.

- A. longitudinalidade
- B. coordenação do cuidado
- C. competência cultural ✓**
- D. orientação familiar
- E. integralidade

COMENTÁRIO OSCELABS

O atributo predominante e a competência cultural: o médico reconhece e respeita o sistema de crenças da paciente e de sua família (uso de chás e plantas medicinais), verifica a segurança da prática, negocia o plano e chega a um acordo. Longitudinalidade exige vínculo contínuo ao longo do tempo, que ela justamente não tem; coordenação do cuidado seria articular serviços e integrar informações; orientação familiar e usar o contexto familiar como recurso diagnóstico e terapêutico. Resposta C.

QUESTÃO 84 — Gabarito C

Um grupo de alunos gostaria de realizar dois estudos para avaliar se algum fator de vulnerabilidade social aumenta o risco de complicação para covid-19 e a incidência da síndrome de Kallmann. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o melhor desenho de estudo para cada situação.

A. caso-controle para ambos

B. coorte para ambos

C. coorte para covid-19 e caso-controle para síndrome de Kallmann ✓

D. transversal para covid-19 e coorte para síndrome de Kallmann

E. ensaio clínico para covid-19 e transversal para síndrome de Kallmann

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 20

COMENTÁRIO OSCELABS

A escolha do desenho depende da frequência do desfecho e da exposição. Para complicações de covid-19, doença comum e com exposição definida, a coorte permite acompanhar expostos e não expostos e medir incidência e risco relativo. Para a síndrome de Kallmann, doença RARA, a coorte seria inviável (precisaria de amostra gigantesca) e o desenho eficiente é o caso-controle, que parte dos casos já identificados e busca a exposição retrospectivamente. Resposta C.

QUESTÃO 85 — Gabarito D

Na obra SobreVivente, de Ingrid Lunzkovski, tem-se um retrato de pessoas que não podem ser identificadas ou localizadas de forma fácil e, frequentemente, não são retratadas pelos censos de forma fidedigna. Vários grupos populacionais que são especialmente vulneráveis para condições de saúde encontram-se na condição descrita acima e são chamados de populações de difícil acesso. Considerando os meios desenvolvidos para selecionar ou amostrar esses indivíduos em um estudo, assinale a alternativa correta em relação a essas populações.

A. Uma das maneiras é o RDS (respondent-driven sampling), que surgiu pela combinação do “snowball sampling” (bola de neve) com um incentivo financeiro.

B. Uma das maneiras é o RDS, que só é utilizado em países subdesenvolvidos que não dispõem de censos confiáveis.

C. O RDS, por não requerer incentivo primário e secundário, é preferível ao TLS (time location sampling).

D. Uma pesquisa formativa não é necessária para a fase de inquérito do TLS. ✓

E. A amostra de conveniência de ambulatórios específicos é a melhor forma de amostrar situações raras e de difícil acesso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Amostragem de populações de difícil acesso. No time location sampling (TLS), a pesquisa formativa é etapa PREPARATORIA: é ela que mapeia locais, dias e horários de encontro e constrói o marco amostral - a fase de inquerito já parte desse marco pronto. Descrever o RDS como simples soma de bola de neve com incentivo financeiro e reducionista, pois o método depende de incentivo duplo (por participar e por recrutar) e de ponderação matemática que corrige o vies da cadeia; e amostra de conveniência de ambulatorio é justamente a pior estratégia para eventos raros. Resposta D.

QUESTÃO 86 — Gabarito C

Pedro, de 36 anos de idade, faz seguimento na unidade básica de saúde há cerca de seis meses e está em tratamento para depressão maior com fluoxetina 60 mg, em remissão há cerca de dois meses. Ele não possui outras comorbidades e, apesar de não ter uma consulta agendada, veio solicitar o prontuário para levar para a nova unidade de referência. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- A. orientar que o prontuário é um documento do estabelecimento de saúde e que só pode fazer um relatório sobre os principais dados ali contidos
- B. orientar que pode solicitar, na administração, a transferência do prontuário original para a nova unidade de referência
- C. orientar que não pode deixar que o prontuário seja retirado do estabelecimento, mas que irá providenciar uma cópia ✓**
- D. orientar que não pode fornecer cópia ou relatório do prontuário, pois Pedro é um paciente da saúde mental
- E. orientar que a cópia do prontuário ou do relatório apenas poderá ser fornecida após o pedido do médico do outro serviço

COMENTÁRIO OSCELABS

O prontuário é um documento cujas INFORMAÇÕES pertencem ao paciente, embora a guarda física seja do estabelecimento de saúde. Logo, o original não pode sair do serviço, mas o paciente tem direito a cópia integral sempre que solicitar, sem precisar justificar o pedido nem depender de solicitação de outro médico. Fornecer apenas relatório (A) restringe indevidamente esse direito; negar por ser paciente de saúde mental (D) é discriminatório e sem amparo ético ou legal. Resposta C.

QUESTÃO 87 — Gabarito E

Jéssica, de 23 anos de idade, foi ao pronto-socorro com medo de estar com um tumor cerebral. Há cerca de seis horas, abriu quadro de cefaleia unilateral e pulsátil. A dor era intensa, limitava os seus afazeres e acompanhava náusea, fotofobia e fonofobia. O que mais a preocupava era que esse quadro tinha começado há três meses e já tinha ocorrido pelo menos cinco vezes. Após descartar cefaleias secundárias, o médico a tranquilizou, a medicou para enxaqueca e a orientou a procurar uma unidade básica de saúde para avaliar as possíveis causas desencadeantes e a necessidade de profilaxia. Após duas semanas, Jéssica teve uma nova crise, semelhante às anteriores, e foi até a unidade básica de saúde da sua região procurar ajuda. Chegando à unidade, descobriu que a agenda do médico Marcos estava cheia e que não poderia marcar uma consulta para aquele dia. Como alternativa, sugeriram-lhe que passasse no acolhimento com a enfermeira Mariana. Após a conversa inicial, a enfermeira conversou com o médico Marcos e conseguiu um atendimento de encaixe para a paciente. Ela foi medicada para enxaqueca e orientada sobre a indicação da profilaxia, recebeu uma prescrição para os exames pertinentes e teve um retorno agendado. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que mais bem descreve a unidade básica de saúde tendo em vista a breve jornada da paciente e os atendimentos médios sem consulta agendada.

- A. Equipara-se ao atendimento do pronto-socorro, com resposta rápida à demanda de forma pontual.

- B. Diferencia-se do pronto-socorro, pois fortalece a qualidade da atenção, devido à integralidade.
- C. Demonstra abertura da agenda para demanda espontânea, resultando em inadequada gestão da clínica, sem controle do tempo das consultas ofertadas.
- D. Diferencia-se do pronto-socorro, pois fortalece a qualidade da atenção, devido à medicina centrada na pessoa.
- E. Diferencia-se do pronto-socorro, pois fortalece a qualidade da atenção, devido ao vínculo e à longitudinalidade. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 21 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O atendimento a demanda espontânea na unidade básica pela equipe de referência NAO se equivale ao pronto-socorro justamente porque acontece dentro de uma relação contínua: a paciente é conhecida, há registro no mesmo prontuário, a queixa pode ser reavaliada e a profilaxia da migração pode ser iniciada e acompanhada. São o vínculo e a longitudinalidade que qualificam esse cuidado, transformando um episódio agudo em seguimento. Resposta E.

QUESTÃO 88 — Gabarito B

Magda, de trinta anos de idade, foi a uma unidade básica de saúde para consulta com o médico. Está no sétimo dia do puerpério e, como teve sífilis no último trimestre da gestação, trouxe o resultado do VDRL do terceiro mês pós-tratamento com penicilina benzatina, mostrado a seguir. VDRL 1:32 (primeiro mês) VDRL 1:16 (segundo mês) VDRL 1:16 (terceiro mês) Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para a consulta.

- A. solicitar novo VDRL, notificar como reinfecção e prescrever penicilina benzatina
- B. solicitar novo VDRL, não notificar e considerar que o seguimento está adequado ✓**
- C. solicitar novo VDRL, notificar como falha terapêutica e prescrever doxiciclina
- D. solicitar novo VDRL, notificar como falha terapêutica e prescrever penicilina benzatina
- E. não solicitar novo VDRL, não notificar e considerar cicatriz sorológica

COMENTÁRIO OSCELABS

Resposta adequada ao tratamento da sífilis e definida pela queda de duas diluições (quatro vezes) no teste não treponêmico em até 6 meses na sífilis recente - e a gestante tratada no terceiro trimestre costuma ter queda mais lenta. Aqui os títulos caíram de 1:32 para 1:16 e se mantiveram estáveis no terceiro mês, sem AUMENTO de duas diluições, que é o critério de reinfecção ou falha. A conduta é manter o seguimento sorológico mensal, sem notificar falha e sem retratar. Resposta B.

QUESTÃO 89 — Gabarito B

Uma paciente de trinta anos de idade, que está no sétimo dia de puerpério, compareceu à consulta com o seu médico, onde ocorreu o seguinte diálogo. Médico - Mas me fala, no mais como estão as coisas contigo? Paciente - Não está nada bem, a minha vontade é ficar na cama o dia inteiro. Estou muito cansada e, quando o bebê chora, fico muito irritada. Depois eu me sinto culpada. A minha vontade é de dormir o dia inteiro e não ver ninguém. Médico - E você já era assim antes? Paciente - Não, é que o bebê chora muito! Por exemplo, agora eu o deixei com a minha mãe para poder vir consultar, ou não iria conseguir. Eu acho que ele não gosta de mim, doutor! Médico - E como estão as coisas com o pai do bebê? Paciente - Aquele traste? Não vale nada... já disse para ele que eu não quero mais saber dele. Está muito pesado, tudo em cima de mim, doutor... Em relação ao diálogo transcrito e aos recursos de abordagem familiar que o médico poderia utilizar nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. ciclo de vida familiar, com abordagem das tarefas na fase de ninho vazio

B. ecomapa, com representação, com círculos e flechas, dos sistemas envolvidos na rede de apoio da paciente ✓

- C. entrevista familiar, com convocação do marido e da avó para abordagem familiar
- D. genograma, com inserção de duas linhas contínuas ligando a paciente ao marido
- E. genograma, com inserção de duas linhas pontilhadas ligando a paciente ao marido

COMENTÁRIO OSCELABS

O recurso indicado é o ECOMAPA, representação gráfica em círculos e setas das relações da pessoa e da família com os sistemas externos - a avó que cuida do bebê, o serviço de saúde, o trabalho, a escola, a igreja - mostrando quais vínculos são fortes, fracos ou estressantes. Numa puerpera com rastreio positivo para depressão pós-parto e conflito com o pai do bebê, mapear a rede de apoio e prioridade. O genograma desenha a estrutura familiar em gerações, e o ciclo de vida aqui e o de família com filhos pequenos, não ninho vazio. Resposta B.

QUESTÃO 90 — Gabarito B

O trabalho em equipe é fundamental para que a atenção primária seja resolutiva e atenda as demandas dos pacientes e da população. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 e a alteração provocada pela Lei n.º 14.231/2021, assinale a alternativa correta.

- A. A equipe mínima é composta por médico de família, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, sendo que, na ausência de um desses profissionais, a equipe não será considerada como completa.
- B. A estratégia da Saúde da Família inclui fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. ✓**
- C. O profissional de saúde bucal, o cirurgião-dentista ou o especialista em Saúde da Família não pode fazer parte diretamente da equipe de Saúde da Família (eSF).
- D. É obrigatória a presença do agente comunitário de saúde (ACS) para que a equipe seja considerada como equipe de eSF.
- E. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) compõe os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e, quando presente, é de livre acesso à população do território.

COMENTÁRIO OSCELABS

A equipe de Saúde da Família tem núcleo mínimo (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde), mas a PNAB prevê composição AMPLIADA, agregando outros profissionais conforme a necessidade do território - entre eles fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, além da equipe de saúde bucal, que integra sim a eSF (o que derruba C). As alternativas que engessam a equipe mínima (A, D) e a que afirma livre acesso da população ao Nasf-AB, cujo acesso é mediado pela equipe de referência (E), estão incorretas. Resposta B.

QUESTÃO 91 — Gabarito E

Os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Trata-se do conjunto

- A. interdisciplinar de equipes, que operam de modo ordenado e articulado no território, a fim de atender às necessidades de saúde de uma população.
- B. multiprofissional de equipes, que operam de modo ordenado e articulado no território, a fim de atender às necessidades de saúde de uma população.
- C. multi e interdisciplinar de equipes, que operam de modo ordenado e articulado no território, a fim de atender às necessidades de saúde de uma população.
- D. multi e interprofissional de equipes, que operam de modo ordenado e articulado no território, a fim de atender às necessidades de saúde de uma população.

E. que estabelece diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de modo ordenado e articulado no território, a fim de atender às necessidades de saúde de uma população. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 22 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado descreve a lógica das Redes de Atenção à Saúde: como os problemas se distribuem de forma desigual no território e no tempo e demandam tecnologias de densidades distintas, a rede se organiza por diferentes FUNCOES e PERFIS de atendimento (pontos de atenção primária, secundária e terciária, apoio diagnóstico, logística e governança), operando de modo ordenado e articulado. As demais alternativas definem composição de EQUIPES (multiprofissional, interdisciplinar), que é outro conceito. Resposta E.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

A notificação compulsória de doenças e agravos alerta sobre a ocorrência de ameaças à saúde que precisam ser detectadas e controladas ainda em seus estágios iniciais. No momento da notificação, alguns aspectos primordiais devem ser considerados, tais como:

- A. a notificação compulsória negativa deve ser realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que, na semana epidemiológica, não foi identificada nenhuma doença nem nenhum agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória. ✓**
- B. os médicos e os enfermeiros são obrigados a notificar doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória, porém essa notificação é facultativa aos demais profissionais de saúde e aos responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam cuidados e assistência ao paciente.
- C. a notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou pelo responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 48 horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.
- D. o paciente deve ser questionado quanto ao atendimento e(ou) à notificação em outro serviço público ou privado de saúde, a fim de se evitar a duplicidade de notificação e os problemas no planejamento das atividades da vigilância epidemiológica relacionadas ao agravo ou às doenças notificadas.
- E. todo agravo de notificação compulsória deve ser reportado diretamente ao Ministério da Saúde, respeitando-se a periodicidade da notificação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A notificação compulsória NEGATIVA é a comunicação, pelo responsável do estabelecimento de saúde, de que naquela semana epidemiológica não houve nenhum caso das doenças da lista - serve para provar que a vigilância está ativa e diferenciar ausência de casos de subnotificação por silêncio. Notificar é dever de TODO profissional de saúde e dos responsáveis por serviços públicos e privados (B); a notificação imediata e em até 24 horas, não 48 (C); e o fluxo é ascendente, do município ao estado e ao nível federal (E). Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito D

O diagnóstico precoce é considerado como um dos principais fatores para o sucesso no tratamento do câncer. No sentido de avaliar o impacto da triagem populacional com mamografia, foi realizado um estudo no qual os participantes foram alocados em dois grupos: grupo A, submetido a mamografias anuais por dez anos; e grupo B, que não realizou o exame periodicamente. A tabela a seguir resume alguns dos resultados do estudo.

Resultado	Grupo A	Grupo B	OR	Participantes
Câncer de mama	676	537		
Óbitos por câncer de mama	170	180	1,05 (IC 95%: 0,85 - 1,30)	

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o tipo de estudo descrito e a interpretação adequada dos resultados.

- A. Utilizou-se um estudo de caso-controle e os dados são insuficientes para avaliar a eficácia da mamografia.
- B. Utilizou-se um estudo de coorte e os dados são insuficientes para avaliar a eficácia da mamografia.
- C. Utilizou-se um estudo de coorte e a mamografia não teve efeito na redução da mortalidade por câncer de mama.

D. Utilizou-se um ensaio clínico e a mamografia não teve efeito na redução da mortalidade por câncer de mama. ✓

- E. Utilizou-se um ensaio clínico e a mamografia foi eficaz porque aumentou o número de diagnósticos de câncer de mama.

COMENTÁRIO OSCELABS

A alocação deliberada dos participantes em dois grupos - um submetido a mamografias anuais e outro não - caracteriza um ENSAIO CLÍNICO, não um estudo observacional. E o resultado do desfecho duro (óbitos por câncer de mama) traz OR 1,05 com intervalo de confiança de 0,85 a 1,30, que ATRAVESSA o 1: não há diferença estatisticamente significativa de mortalidade. O maior número de cânceres diagnosticados no grupo rastreado não é prova de benefício - reflete sobre-diagnóstico. Resposta D.

QUESTÃO 94 — Gabarito E

Durante uma visita domiciliar realizada pela enfermagem, notou-se, na casa, a presença de uma adolescente de dezesseis anos de idade, que se mostrava retraída. Após uma conversa reservada, a jovem revelou que deixou de frequentar a escola há um mês e que estava preocupada com o atraso menstrual de dois meses. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor estratégia a ser utilizada.

- A. pedir exame de rotina pré-natal, encaminhando a paciente o quanto antes para o pré-natal de alto risco
- B. iniciar diálogo assertivo sobre a gravidez, entre os jovens e os pais, para fortalecer o acolhimento
- C. acionar imediatamente o conselho tutelar pelo abandono intelectual
- D. encaminhar ao serviço de acolhimento da UBS, pelo alto risco de abortamento clandestino

E. encaminhar à UBS para teste de gravidez e combinar com ela o melhor momento para contar o fato aos pais IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 23 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente de 16 anos com atraso menstrual e evasão escolar: o primeiro passo é confirmar a suspeita com teste de gravidez na unidade básica, respeitando a autonomia, o sigilo e o vínculo. A revelação aos pais deve ser pactuada com ela, escolhendo o melhor momento. Pedir pré-natal de alto risco (A) antecipa diagnóstico e não há critério de risco; acionar o conselho tutelar de imediato (C) sem indício de violência rompe a confiança; e presumir abortamento clandestino (D) é julgamento sem base. Resposta E.

QUESTÃO 95 — Gabarito A

A tabela a seguir expressa os números de eventos dos desfechos avaliados com quatro anos de seguimento nos grupos placebo, doxazosina e finasterida. Desfecho Placebo (n=737) Doxazosina (m=756) Finasterida (n=768) Aumento de 4 pontos na escala de sintomas 97 55 65 Retenção urinária 18 9 6 Incontinência urinária 6 7 7 Infecção urinária 1 2 0 Necessidade de terapia intensiva 37 26 (p=0,1287) 14 (p=0,0006) Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Se os sintomas do paciente não causarem piora da qualidade de vida, pode-se propor uma conduta expectante, uma vez que 86,9% dos homens não têm progressão significativa dos sintomas clínicos ao longo de quatro anos. ✓**
- B. Homens tratados com doxazosina ou finasterida tiveram um risco absoluto menor de desenvolver incontinência urinária em quatro anos que aqueles que não receberam tratamento farmacológico.
- C. O uso de doxazosina reduziu, de forma estatisticamente significativa, o risco absoluto de necessidade de terapia intensiva, se comparado ao placebo, com número necessário para tratar 62 homens em quatro anos.
- D. O uso de doxazosina reduziu mais significativamente o risco absoluto de progressão dos sintomas que o uso de finasterida, com o número necessário para tratar dez homens em quatro anos.
- E. Não é possível calcular o número necessário para tratar dos desfechos expostos com os dados disponíveis.

COMENTÁRIO OSCELABS

No grupo placebo, 97 dos 737 homens (13,1%) apresentaram progressão sintomática em quatro anos - ou seja, 86,9% NÃO progrediram, o que sustenta a conduta expectante (watchful waiting) na hiperplasia prostática benigna quando os sintomas não comprometem a qualidade de vida. A incontinência foi discretamente maior nos tratados (B); a doxazosina não atingiu significância para terapia intensiva, com p de 0,1287 (C); o NNT é calculável a partir da tabela, o que derruba D e E. Resposta A.

QUESTÃO 96 — Gabarito B

Um estudo de coorte foi realizado para definir os principais fatores de risco de uma doença comum. A seguinte tabela de resultado foi encontrada. Fator Risco relativo Uso de droga injetável 6,65 (IC 95%: 2,47 - 17,9) Uso de álcool 4,25 (IC 95%: 0,74 - 7,47) Uso de tabaco 1,25 (IC 95%: 1,02 - 2,2) Atividade física 0,92 (IC 95% 0,87 - 0,99) Histórico familiar 7,3 (IC 95% 1 - 23,7) Assinale a alternativa que apresenta a interpretação correta dos dados desse estudo.

- A. O principal fator de risco envolvido no desenvolvimento da doença é o histórico familiar.
- B. Esse estudo não demonstrou correlação do álcool com a doença. Entretanto, não descarta que o uso de álcool e de drogas injetáveis possa ter efeitos similares. ✓**
- C. Esse estudo permite fazer interferência estatística para toda a população.
- D. A atividade física apresentou redução de 92% da incidência da doença.
- E. Não é possível concluir sobre a relação dos fatores com a doença, pois não foi disponibilizado o valor do P.

COMENTÁRIO OSCELABS

O risco relativo do álcool foi 4,25, mas com intervalo de confiança de 0,74 a 7,47 - como o IC CONTEM o 1, o resultado não é estatisticamente significativo e o estudo não demonstrou associação. Por outro lado, esse IC é largo e se sobrepõe ao das drogas injetáveis, de modo que efeitos semelhantes não podem ser descartados: falta poder amostral. O histórico familiar também toca o 1 (A); coorte não autoriza inferência universal (C); RR 0,92 significa 8% de redução, não 92% (D); e o IC dispensa o valor de p (E). Resposta B.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

No que se refere à abordagem de pessoas e familiares em luto na atenção primária à saúde, assinale a alternativa correta.

- A. A duração do processo de luto é bastante variável, não sendo recomendada a utilização de critério temporal rígido para a definição de luto complicado ou patológico. ✓**
- B. Perdas inesperadas por mortes súbitas e prematuras costumam estar associadas à maior capacidade de assimilação da perda, devido à experiência traumática.
- C. Crianças menores de seis anos de idade não devem ser expostas a informações sobre a finitude da vida, pois isso causa grande ansiedade, medo e apego excessivo aos seus cuidadores.
- D. Ainda que a perda de alguns pacientes seja profundamente dolorosa para os profissionais, estes não devem comparecer a rituais de despedidas, como, por exemplo, o velório.
- E. Independentemente do sofrimento gerado pela perda, o uso de medicação deve ser evitado nas primeiras quatro semanas. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2021 ISCMSP/2022 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 24

COMENTÁRIO OSCELABS

O luto é um processo com duração muito variável, dependente da cultura, do tipo de perda e da rede de apoio - por isso não se deve usar critério temporal rígido para rotular luto complicado ou patológico, e sim avaliar a intensidade do sofrimento e o prejuízo funcional. Mortes súbitas e prematuras dificultam, e não facilitam, a elaboração (B); crianças devem receber informação verdadeira em linguagem adequada à idade (C); comparecer a rituais de despedida é legítimo (D); e a medicação pode ser usada com critério (E). Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito B

Durante uma consulta de pré-natal, o médico de família da UBS observou uma alteração ultrassonográfica que poderia estar relacionada ao tabagismo e decidiu encaminhar a paciente para o alto risco. Contudo, além do encaminhamento, o médico poderia, se disponível, realizar o matriciamento com o obstetra. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. O acesso ao especialista focal se dá por meio de centrais de regulação e protocolos de acesso. Após a avaliação da lista de espera, o serviço especializado determinará se a paciente passará ou não em consulta.
- B. O cuidado integral e colaborativo entre especialistas focais e equipe estará sob a coordenação do cuidado pela atenção primária à saúde, sem transferência de responsabilidade. ✓**
- C. O matriciamento apoiador deve fazer atendimentos individuais com a paciente, sem se envolver em atividades de grupos, discussão de caso e espaço de educação permanente.
- D. Profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) não são exemplos de apoiadores matriciais, já que realizam, além de atendimentos individuais, atendimentos coletivos e de educação continuada.
- E. O obstetra não pode fazer parte do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

COMENTÁRIO OSCELABS

O matriciamento (apoio matricial) é cuidado compartilhado entre a equipe de referência da atenção primária e o especialista: mesmo com encaminhamento, a APS mantém a COORDENAÇÃO do cuidado e a responsabilidade sanitária sobre a pessoa - encaminhar não é transferir o paciente. As demais alternativas erram ao descrever o acesso como determinado unilateralmente pelo serviço especializado (A), ao restringir o apoiador a atendimentos individuais (C) e ao excluir o Nasf e o especialista do arranjo matricial (D, E). Resposta B.

QUESTÃO 99 — Gabarito D

A respeito da saúde mental na atenção primária à saúde, assinale a alternativa incorreta.

- A. O matriciamento pode ser definido como um modo de se produzir saúde, consistindo em um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico-pedagógico, em áreas específicas, às equipes da atenção primária à saúde.
- B. O matriciamento se afirma como um recurso de construção de novas práticas em saúde mental junto às comunidades, no território onde as pessoas vivem e circulam, por sua proposta de encontros produtivos, sistemáticos e interativos entre as equipes da atenção primária e as equipes de saúde mental.
- C. As maiores dificuldades na efetivação da prática do matriciamento são: mudanças nas relações de trabalho, historicamente hierarquizadas; mudança no modo fragmentado de se operar o cuidado em saúde; mudança na formação em saúde, centrada na perspectiva biomédica; e mudança no modo de se praticar saúde, que transcende o setor da saúde.
- D. O psiquiatra, como principal elo do matriciamento em saúde mental, tem como função atender os casos de doenças psiquiátricas que gerarem dúvidas ou desconforto na equipe matriciada. ✓**
- E. É parte do objetivo do matriciamento a descentralização da atenção em saúde mental e a desestigmatização do sofrimento psíquico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a INCORRETA. O matriciamento em saúde mental não gira em torno do psiquiatra nem se resume a receber os casos que geram dúvida ou desconforto na equipe - isso seria simples encaminhamento disfarçado. O apoio matricial e corresponsabilização horizontal entre equipe de referência e equipe de apoio, com função ao mesmo tempo assistencial e técnico-pedagógica, envolvendo toda a equipe de saúde mental e visando ampliar a capacidade de cuidado da própria atenção primária. Resposta D.

QUESTÃO 100 — Gabarito C

Acerca do registro em saúde orientado por problemas (ReSOAP) e do registro médico tradicional (RMT), também conhecido como história clínica hospitalar, assinale a alternativa correta.

- A. No registro tradicional, há maior facilidade na busca de informações, por estar estruturado em tópicos, como, por exemplo: queixas; história pregressa da doença atual; interrogatório sobre diversos sistemas; antecedentes; hipóteses diagnósticas; e conduta.
- B. O registro tradicional permite pensar em um número maior de possibilidades diagnósticas, uma vez que podem ser colocadas hipóteses interrogadas. Porém, no ReSOAP, não é recomendado que se coloque hipóteses interrogadas no item avaliação, privilegiando, com isso, a descrição de diagnósticos nosológicos.
- C. Nos dois tipos de registro, é importante estar atento à coleta adequada de informações, fugindo-se dos extremos. Coletar muitos dados sem filtrar aquilo que é necessário para o raciocínio pode facilitar a perda de informação, enquanto coletar poucos dados pode dificultar a tomada de decisão, pela falta de informações necessárias para a conduta. ✓**
- D. Apesar de algumas diferenças em relação aos métodos de registro, o ReSOAP também apresenta dificuldade para prestar cuidado preventivo, pois tem foco no diagnóstico e nos objetivos imediatos da consulta, sem considerar dados sociodemográficos ou características pessoais.
- E. O ReSOAP é utilizado, principalmente, na atenção primária à saúde, sendo seu uso inadequado em outros níveis de atenção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em qualquer modelo de registro - tradicional ou orientado por problemas (SOAP) - vale a coleta orientada pelo raciocínio clínico: dados em excesso, sem filtro, diluem a informação relevante e favorecem a perda do que importa, enquanto dados de menos comprometem a decisão. O registro orientado por problemas facilita (e não dificulta) a busca de informação pela lista de problemas (A), admite hipóteses ainda interrogadas no item avaliação (B), favorece o cuidado preventivo e o contexto (D) e pode ser usado em outros níveis de atenção (E). Resposta C.