



Santa Casa-SP — Residência Médica 2023 (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 D

Um paciente de 78 anos de idade, doente renal crônico dialítico em uso de cateter de Shiley em veia femoral à direita, encontrava-se no oitavo dia de internação na enfermaria de clínica médica da Santa Casa de São Paulo, devido à agudização da doença de base, quando evoluiu com febre e calafrios, apresentando hiperemia ao redor do cateter de diálise. A equipe prontamente realizou a coleta de três pares de hemoculturas, sendo duas de sangue periférico e uma do cateter, além de iniciar a administração de ceftazidima e vancomicina empiricamente. Após alguns dias, foi observado crescimento de *Staphylococcus aureus* MRSA nas hemoculturas. Também foi notada a presença de cocos gram-positivos em identificação nas hemoculturas solicitadas 48 horas após os primeiros pares. O paciente encontra-se em estabilidade hemodinâmica, afebril, conforme o exame físico atual, sem sopros audíveis. Há seis dias em uso de vancomicina, está com aparente boa resposta clínica. Sem evidência de vegetações no ecocardiograma transtorácico. Entre as alternativas a seguir, assinale aquela que apresenta a melhor conduta a ser seguida no caso clínico acima.

- A. manter antibioticoterapia com vancomicina por mais oito dias
- B. descalonar antibioticoterapia para oxacilina e mantê-la por mais oito dias
- C. descalonar antibioticoterapia para oxacilina e solicitar ecocardiograma transesofágico
- D. manter vancomicina e solicitar ecocardiograma transesofágico ✓**
- E. manter antibioticoterapia com vancomicina por mais dezesseis dias

COMENTÁRIO OSCELABS

Bacteremia por *S. aureus* MRSA relacionada a cateter com hemoculturas ainda positivas 48 h depois define bacteremia PERSISTENTE, ou seja, infecção complicada. Isso obriga ecocardiograma transesofágico (o transtorácico normal não exclui endocardite) e tratamento por 4 a 6 semanas, além da retirada do cateter. Descalonar para oxacilina (B e C) é erro grosseiro: MRSA é resistente a oxacilina por definição. A e E fixam tempo de tratamento sem antes estratificar o risco de endocardite. Resposta D.

QUESTÃO 2 — Gabarito B

Em uma consulta no ambulatório de clínica médica da Santa Casa de São Paulo, uma mulher idosa, de 72 anos de idade, hipertensa, ex-tabagista (vinte anos-maço), dislipidêmica, obesa, com evento tromboótico prévio havia dois anos durante internação por covid-19, queixa-se de dispneia aos esforços físicos, edema de membros inferiores, ortopneia e dispneia paroxística noturna há dois meses. Traz consigo um ecocardiograma transtorácico recente, realizado em ritmo irregular, com fração de ejeção de 57%, aumento de átrio esquerdo, hipertensão arterial pulmonar com valor de 37 mmHg e relação VD/VE preservada. Entre as alternativas a seguir, assinale aquela que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável da causa da dispneia na paciente retratada no caso clínico acima.

- A. tromboembolismo pulmonar crônico, com cor pulmonale
- B. insuficiência cardíaca ✓**
- C. doença pulmonar obstrutiva crônica com cor pulmonale
- D. hipertensão arterial pulmonar idiopática
- E. síndrome pós-covid

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com hipertensão, obesidade, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema: síndrome congestiva clássica. O eco mostra FE preservada (57%), átrio esquerdo aumentado e ritmo irregular (fibrilação atrial) - o retrato da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. A hipertensão pulmonar de 37 mmHg é leve e pós-capilar, com relação VD/VE preservada, o que afasta cor pulmonale (A e C) e HAP idiopática (D). Resposta B.

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Um paciente idoso, de 82 anos de idade, com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) prévio, acontecido há quinze anos, e com sequelas mínimas, apresenta hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Faz uso domiciliar de AAS, rosuvastatina, propranolol e hidroclorotiazida. Em consulta na clínica médica da Santa Casa de São Paulo, queixa-se de tontura provocada e episódica. Entre as alternativas a seguir, assinale aquela que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável a ser investigada na consulta referida no caso clínico acima e a conduta posterior, respectivamente.

- A. acidente vascular cerebral (AVC) de fossa posterior — solicitar ressonância magnética de crânio
- B. hipotensão postural — avaliar a troca ou suspensão do propranolol, pois ele está mais associado ao quadro em questão, quando comparado ao diurético
- C. vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), pois se trata da causa de tontura provocada e episódica mais comum — referenciar o caso ao otorrinolaringologista e iniciar terapêutica com fludrocortisona
- D. hipotensão postural — entre as medidas diagnósticas e terapêuticas iniciais, inclui-se avaliar a troca ou suspensão da hidroclorotiazida, pois ela está mais associada ao quadro em questão que o beta-bloqueador ✓**
- E. AVC de fossa posterior — encaminhar o paciente ao pronto-socorro

COMENTÁRIO OSCELABS

Tontura provocada e episódica em idoso polimedicado obriga pensar em hipotensão postural antes de exames de imagem. Entre os anti-hipertensivos em uso, o diurético tiazídico e o mais associado a queda pressórica ortostática (depleta volume), mais do que o betabloqueador - por isso a hidroclorotiazida e a primeira a ser revista. C erra ao tratar VPPB com fludrocortisona (o correto é manobra de reposicionamento); A e E investigam AVC sem sinais focais. Resposta D.

QUESTÃO 4 — Gabarito B

Um paciente doente renal crônico, em piora progressiva nos últimos meses, encontrava-se no oitavo dia de internação na enfermaria de clínica médica da Santa Casa de São Paulo, devido ao diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. Evoluiu com melhora clínica, seu escore de PESI era de baixo risco, seu ecocardiograma não apresentou alterações; troponina e BNP estavam normais. Estava em uso de heparina em bomba de infusão contínua ajustada conforme TTPA. No momento da alta hospitalar, tinha clearance de creatinina de 18 mL/min/1,73 m². Possui boas condições sociais. Entre os fármacos a seguir, o mais adequado ao paciente do caso clínico acima é

- A. rivaroxabana, pois promove a menor excreção renal entre os novos anticoagulantes orais (Noacs).
- B. apixabana, pois promove a menor excreção renal entre os Noacs. ✓**
- C. dabigatrana, pois promove a menor excreção renal entre os Noacs.
- D. marevan, pois promove baixa excreção renal e menor risco de sangramento em doentes renais crônicos.
- E. endoxabana, pois promove a menor excreção renal entre os Noacs. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 2

COMENTÁRIO OSCELABS

Com clearance de 18 mL/min a escolha do anticoagulante é definida pela depuração renal: a apixabana é a que menos depende do rim (cerca de 27% de excreção renal), sendo a mais segura entre os DOACs nesse cenário. Rivaroxabana (~33%), edoxabana (~50%) e principalmente dabigatrana (~80%) acumulam e aumentam sangramento. A varfarina não tem excreção renal relevante, mas a alternativa D erra ao afirmar MENOR risco de sangramento no renal crônico. Resposta B.

QUESTÃO 5 — Gabarito E

Alta rotatividade de leitos, boa porcentagem de alta hospitalar antes das dez horas da manhã, boa avaliação do serviço de saúde por seus usuários e baixos índices de infecção hospitalar e de lesões por pressões são alguns dos indicadores de qualidade de um hospital, seja ele público ou particular. É necessário, então, evitar red days, isto é, dias em que o paciente permanece internado sem mudança de planos, sem novas condutas essenciais e sem progredir em seu tratamento. Além dos custos para o sistema de saúde, os red days também aumentam riscos de infecções hospitalares, eventos tromboembólicos e o número de óbitos. Considerando as alternativas a seguir, assinale aquela que apresenta uma conduta que mais provavelmente contribuirá para a ocorrência de um red day.

- A. manter internada na enfermaria, por mais um dia, uma paciente de 37 anos de idade admitida devido à broncopneumonia, extubada há 24 horas e em ar ambiente, após alta da UTI e terminado o esquema de antibioticoterapia
- B. manter internado, por mais três dias, um paciente com pielonefrite bilateral que deu entrada em sepse, porém melhorado, e que está em uso de ceftriaxona, a fim de aguardar o resultado de urocultura e, na ocasião da alta, guiar a antibioticoterapia
- C. manter internado, por mais alguns dias, um paciente com adenocarcinoma de pulmão (pequenas células) que foi admitido por dispneia (já resolvida), para investigar piora recente e aguda de rouquidão que ocorreu durante a internação
- D. manter internada, por mais dias, uma paciente jovem, previamente hígida, de dezoito anos de idade, admitida por cefaleia sem sinais meníngeos e já melhorada com uso de dexametasona, para proceder à antibioticoterapia endovenosa, devido ao crescimento de meningococo em dois pares de hemoculturas, segundo aviso do laboratório
- E. manter internado, por mais três dias, um paciente com boas condições sociais admitido devido à cetoacidose diabética (já revertida), para controle minucioso de glicemias ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Red day é o dia de internação que não muda o plano terapêutico. Cetoacidose já revertida em paciente com boas condições sociais não justifica três dias só para 'controle de glicemias' - isso se faz no ambulatorio. Os demais têm justificativa: B aguarda urocultura para descalonar; C investiga rouquidão nova (suspeita de invasão do laringeo recorrente); D exige antibiotico endovenoso por meningococcemia; A observa paciente extubada há poucas horas. Resposta E.

QUESTÃO 6 — Gabarito A

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a hipertensão arterial secundária é a forma de hipertensão arterial decorrente de uma causa identificável, que pode ser tratada com uma intervenção específica, a qual determina a cura ou a melhora do controle pressórico. Nesse sentido, são indícios de hipertensão arterial secundária

- A. hipertensão estágio 3 antes dos trinta anos de idade ou após os 55 anos de idade; e hipertensão resistente ou refratária. ✓**
- B. uso de hormônios exógenos, fármacos ou outras substâncias que possam diminuir a pressão arterial; e crises de palpitações, sudorese e salivação.
- C. ausência de apneia obstrutiva do sono; e fácies típicas ou biotipo de doenças que cursam com hipertensão arterial.
- D. presença de sopros em territórios venosos exclusivamente ou massas abdominais; e assimetria ou ausência de pulsos em MMII.
- E. hiperpotassemia espontânea ou severa induzida por diuréticos ($> 3,0$ mEq/L); exame de urina anormal (hematúria glomerular [dismórfica] ou presença de albuminúria/proteinúria); diminuição do RFG estimado; e aumento da creatinina sérica ou alterações de imagem renal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, hipertensão estágio 3 antes dos 30 ou após os 55 anos e hipertensão resistente/refratária são clássicos sinais de alerta para causa secundária. Os distratores invertem os conceitos: B fala em substâncias que DIMINUEM a PA; C cita AUSÊNCIA de apnéia do sono (o indicio e a presença); D troca territórios arteriais por venosos; E chama de hiperpotassemia um valor ($> 3,0$ mEq/L) que descreve hipopotassemia. Resposta A.

QUESTÃO 7 — Gabarito B

Conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, um dos objetivos específicos do tratamento do paciente hipertenso é obter o controle pressórico, alcançando-se a meta de pressão arterial previamente estabelecida. Tal meta deve ser definida individualmente, sempre se considerando a idade e a presença de doença cardiovascular ou de seus fatores de risco. Quanto a esse tema, assinale a alternativa correta.

- A. Nos hipertensos de risco cardiovascular baixo ou moderado, a meta de tratamento é alcançar valores de pressão arterial inferiores a 120 mmHg x 70 mmHg.
- B. No hipertenso com doença arterial coronariana, a meta terapêutica é obter valores de pressão arterial inferiores a 130 mmHg x 80 mmHg, mas a pressão arterial diastólica deve ser mantida com valores acima de 70 mmHg. ✓**
- C. Para os hipertensos com insuficiência cardíaca ou com episódio prévio de acidente vascular encefálico, o tratamento anti-hipertensivo deve ser titulado até alcançar a meta de pressão arterial abaixo de 110 mmHg x 80 mmHg, e a concomitância de doença arterial coronariana e idade avançada, comum em tal situação, ainda demanda a redução da pressão arterial para até 120 mmHg x 70 mmHg.
- D. Nos hipertensos com doença renal crônica, o objetivo do tratamento é alcançar pressão arterial inferior a 130 mmHg x 80 mmHg, sem necessidade de monitorização de eventos adversos, especialmente redução da função renal e alterações eletrolíticas.
- E. No tratamento da hipertensão, os indivíduos diabéticos devem buscar manter valores de pressão arterial abaixo de 130 mmHg x 80 mmHg, preferencialmente com redução acentuada da pressão arterial para valores inferiores a 120 mmHg x 70 mmHg. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 3

COMENTÁRIO OSCELABS

Na doença arterial coronariana a meta é PA $< 130 \times 80$ mmHg, mas com um piso: a diastólica não deve cair abaixo de 70 mmHg, pois a perfusão coronariana ocorre na diástole (fenômeno da curva J). A erra ao propor $< 120 \times 70$ para risco baixo/moderado (a meta é $< 140 \times 90$); C inventa alvo de 110×80 ; D dispensa monitorização de função renal e eletrólitos no renal crônico, justamente onde ela é obrigatória; E propõe redução agressiva além da meta no diabético. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito C

O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2.a ed.), publicado pelo Ministério da Saúde, define que a probabilidade de uma pessoa saudável se infectar ao ser exposta ao bacilo da tuberculose é de 30%. As pessoas infectadas, em geral, permanecem saudáveis por muitos anos, com imunidade parcial ao bacilo, em uma condição conhecida como infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb). Apesar de grande parte da população mundial estar infectada com *M. tuberculosis*, não há indicação de investigação indiscriminada de ILTB na população em geral. Considerando esse assunto, assinale a alternativa que apresenta um exemplo de população para a qual essa investigação é indicada e que potencialmente se beneficiará do tratamento preconizado.

- A. adultos que tiveram contato, nos últimos dois anos, com paciente com a forma pulmonar e miliar/disseminada da tuberculose

B. pessoas portadoras do HIV com contagem de CD4+ abaixo de cinquenta células por metro cúbico

C. pessoas em uso de inibidores de TNF alfa ou corticosteroides (equivalente a > 15 mg/dia de prednisona por mais de um mês) ✓

D. indivíduos no período pós-transplante que farão terapia imunossupressora

E. profissionais de saúde e pessoas que vivem ou trabalham no sistema prisional ou em instituições de longa permanência, salvo médicos e enfermeiros

COMENTÁRIO OSCELABS

O rastreio de infecção latente por tuberculose é dirigido a grupos de alto risco de adoecimento. Uso de inibidores de TNF-alfa ou corticoide em dose imunossupressora (> 15 mg/dia de prednisona por mais de um mês) e indicação formal de investigar e tratar ILTB antes de imunossuprimir. B distorce a unidade de CD4; D inverte o momento (investiga-se ANTES do transplante); E exclui arbitrariamente médicos e enfermeiros de um grupo de risco ocupacional. Resposta C.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

A síndrome de lise tumoral é caracterizada pela destruição maciça de células malignas e consequente liberação do seu conteúdo no espaço extracelular. Embora possa ocorrer de modo espontâneo, a síndrome de lise tumoral aparece, em geral, logo após o início do tratamento com agentes quimioterápicos citotóxicos. A primeira classificação foi desenvolvida por Hande e Garrow, em 1993, e, recentemente, Cairo e Bishop a modificaram. Conforme os critérios mais recentes para o diagnóstico dessa síndrome, é necessário que o paciente apresente, de três dias antes até sete dias depois do tratamento, pelo menos duas das seguintes alterações:

A. ácido úrico ≥ 5 mg/dL ou com aumento > 25% do valor de base; potássio ≥ 8 mEq/L ou com aumento > 25% do valor de base; fósforo $\geq 4,5$ mg/dL ou com aumento > 25% do valor de base; e(ou) cálcio total ≤ 7 mg/dL ou com redução > 25% do valor de base.

B. ácido úrico ≥ 8 mg/dL ou com aumento > 25% do valor de base; potássio ≥ 6 mEq/L ou com aumento > 25% do valor de base; fósforo ≥ 9 mg/dL ou com aumento > 25% do valor de base; e(ou) cálcio total > 7 mg/dL ou com aumento > 25% do valor de base.

C. ácido úrico ≥ 5 mg/dL ou com aumento > 25% do valor de base; potássio ≥ 8 mEq/L ou com aumento > 25% do valor de base; fósforo ≥ 9 mg/dL ou com aumento > 25% do valor de base; e(ou) cálcio total > 7 mg/dL ou com aumento > 25% do valor de base.

D. ácido úrico ≥ 8 mg/dL ou com aumento > 25% do valor de base; potássio ≥ 6 mEq/L ou com aumento > 25% do valor de base; fósforo $\geq 4,5$ mg/dL ou com aumento > 25% do valor de base; e(ou) cálcio total ≤ 7 mg/dL ou com redução > 25% do valor de base. ✓

E. ácido úrico < 8 mg/dL ou com redução > 25% do valor de base; potássio < 6 mEq/L ou com redução > 25% do valor de base; fósforo < 4,5 mg/dL ou com redução > 25% do valor de base; e(ou) cálcio total > 7 mg/dL ou com aumento > 25% do valor de base. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 4

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos critérios de Cairo-Bishop, a lise tumoral laboratorial exige duas ou mais alterações entre 3 dias antes e 7 dias após a quimioterapia: ácido úrico ≥ 8 mg/dL, potássio ≥ 6 mEq/L, fósforo $\geq 4,5$ mg/dL (adultos) e cálcio ≤ 7 mg/dL - todos com variação de 25% em relação a base. A pegadinha está na direção do cálcio: ele CAI (precipita com o fósforo), enquanto os demais SOBEM. As opções B, C e E erram exatamente nesse ponto ou trocam os pontos de corte. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito E

Uma paciente de 71 anos de idade, sem antecedentes patológicos conhecidos, apresentou, subitamente, vômitos, hipertensão arterial, polaciúria e confusão mental. Durante a consulta, foi realizado eletrocardiograma, que, a primeira vista, não evidenciou anormalidades. O ritmo era sinusal e a frequência cardíaca, assim como as ondas P, QRS e T, estavam normais. Uma análise mais minuciosa identificou alterações que sugerem encurtamento do intervalo QT. A imagem a seguir representa o eletrocardiograma dessa paciente. Assinale a alternativa que apresenta a alteração hidroeletrolítica mais provável no caso clínico acima.

- A. hipocalemia
- B. hipercalemia
- C. hipomagnesemia
- D. hipocalcemia

E. hipercalcemia IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 5 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Encurtamento do intervalo QT e a assinatura eletrocardiográfica da hipercalcemia, e o quadro clínico fecha: vômitos, poliúria/polaciúria, hipertensão e confusão mental - a clássica trinca 'stones, bones, groans'. A hipocalcemia faz o oposto (QT longo). Hipocalemia alarga o QT e produz onda U; hipercalcemia gera onda T apiculada e alargamento do QRS; hipomagnesemia também prolonga o QT. Resposta E.

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Um paciente de 45 anos de idade, que tinha realizado cirurgia de exérese de tumor de hipófise havia sete dias, via transfenoidal, compareceu ao pronto-socorro com queixa de cefaleia intensa, febre de 38,5 °C e rinorreia clara e volumosa. Estava consciente, orientado, sem sinais localizatórios. Iniciou-se antibioticoterapia endovenosa e foi realizada internação para investigação diagnóstica. Considerando esse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a medicação que deve ser utilizada junto ao tratamento dessa complicação.

- A. dexametasona
- B. furosemida
- C. acetazolamida ✓**
- D. manitol
- E. desferroxamina

COMENTÁRIO OSCELABS

Rinorreia clara e volumosa após cirurgia transesfenoidal e fistula líquorica, e a febre com cefaleia intensa indica meningite pos-operatória. Além do antibiótico, o tratamento da fistula exige reduzir a produção de líquido - papel da acetazolamida, inibidora da anidrase carbônica no plexo coroide. Manitol e furosemida atuam na osmolaridade/volume e não fecham a fistula; dexametasona não reduz a produção líquorica; desferroxamina é quelante de ferro. Resposta C.

QUESTÃO 12 — Gabarito E

Uma mulher de 56 anos de idade foi levada inconsciente ao hospital pelo SAMU. Na entrada, apresentava-se sonolenta, e seus dados eram os seguintes: frequência cardíaca de 40 bpm; pressão arterial de 100 mmHg x 55 mmHg; saturação de 97%; pupilas mióticas pouco fotorreagentes. O restante do exame físico resultou normal. Durante seu tratamento, a paciente evoluiu com FC de 120 bpm, ausculta com estertores crepitantes bilaterais difusos e saturação de 85%. Assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o quadro provavelmente associado a esse caso clínico e a medicação indicada.

- A. síndrome anticolinérgica; atropina
- B. edema pulmonar cardiogênico; flumazenil
- C. edema pulmonar hipertensivo; dexametasona
- D. edema pulmonar cardiogênico; adrenalina

E. edema pulmonar não cardiogênico; naloxona Caso clínico para as questões de 13 a 15. Uma paciente de 65 anos idade, com antecedentes de hipertensão e diabetes, deu entrada no pronto-socorro, e seus dados eram os seguintes: paciente sonolenta e taquidispneica; MEG; escala de coma Glasgow 7; FC de 120 bpm; frequência respiratória (FR) de 40 ipm; PA igual a 100 mmHg x 55 mmHg; BRNF 2T sem sopros; MV+ bilateral sem RA. Exame abdominal prejudicado pelo neurológico. Foram colhidos exames, que revelaram o seguinte: pH = 7,32; pCO₂ = 22 mmHg; bicarbonato = 12; pO₂ = 100; saturação = 99%; creatinina = 1,5; ureia = 40 mg/dL (normal: até 40); ácido úrico = 10 (referência para mulheres: 2,4 - 5,7); HB = 10; leucócitos = 10.000; e plaquetas = 80.000. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sonolência, bradipneia e pupilas mióticas pouco fotorreagentes formam a tríade da intoxicação por opioides. A evolução com taquicardia, crepitações difusas e queda de saturação após a reversão caracteriza edema pulmonar NAO cardiogênico associado a opioide/naloxona - o antídoto e a naloxona. Miose afasta síndrome anticolinérgica (A, que cursa com midríase e pele seca); flumazenil serve para benzodiazepínico, não para opioide. Resposta E.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Considerando o caso clínico, assinale a alternativa que apresenta o distúrbio ácido-base compatível com o quadro apresentado.

- A. acidose metabólica simples
- B. acidose respiratória simples
- C. distúrbio misto (acidose metabólica e alcalose respiratória) ✓**
- D. distúrbio misto (acidose respiratória e alcalose metabólica)
- E. distúrbio misto (acidose metabólica e acidose respiratória)

COMENTÁRIO OSCELABS

Com pH 7,32, bicarbonato 12 e pCO₂ 22 há acidose metabólica. O truque é aplicar a fórmula de Winter: pCO₂ esperado = $1,5 \times 12 + 8 = 26$ (+/- 2). Como o pCO₂ medido (22) está ABAIXO do esperado, existe hiperventilação além da compensação, ou seja, uma alcalose respiratória associada. Trata-se, portanto, de distúrbio misto, e não de acidose metabólica simples. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito D

Considere que um familiar tenha relatado ao médico que a paciente já tinha recebido, havia dois anos, os diagnósticos relatados e estava bem compensada, fazendo uso das seguintes medicações: metformina 750 mg/dia; ácido acetilsalicílico (AAS) 200 mg; furosemida 40 mg; e losartana 40 mg/dia. Considerando as informações apresentadas, assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica para essa paciente.

- A. cetoacidose diabética
- B. insuficiência renal devido ao uso inadvertido de losartana
- C. acidente vascular cerebral

D. intoxicação por ácido acetilsalicílico ✓

E. sepse de foco urinário IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 6

COMENTÁRIO OSCELABS

A combinação de acidose metabólica com anion gap elevado + alcalose respiratória primária e quase patognomônica de intoxicação por salicilato, que estimula diretamente o centro respiratório (FR de 40 ipm) e desacopla a fosforilação oxidativa. Somam-se rebaixamento de consciência, plaquetopenia e o uso domiciliar de AAS 200 mg. Cetoacidose (A) daria hiperglicemia e cetose; AVC (C) não explica o distúrbio ácido-base; sepse urinária não foi documentada. Resposta D.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Considere que a paciente tenha evoluído com necessidade de ventilação mecânica, sendo colocada no modo ventilatório, conforme apresentado na figura a seguir. Nesse caso, a paciente está sendo ventilada no modo

- A. assistido-controlado, ciclado à pressão, limitado a tempo.
- B. controlado, ciclado à pressão, limitado a tempo.
- C. assistido-controlado, ciclado a tempo, limitado à pressão.

D. controlado, ciclado a tempo, limitado à pressão. ✓

E. espontâneo, ciclado à pressão, limitado a tempo. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 7

COMENTÁRIO OSCELABS

Modo limitado a pressão e ciclado a tempo e a ventilação com pressão controlada (PCV). Como a paciente está com Glasgow 7 e sem disparo espontâneo, o modo é controlado, e não assistido-controlado (A e C) nem espontâneo (E). Vale a regra: 'limite' e a variável que não pode ser ultrapassada durante a inspiração, e 'ciclagem' e o que encerra a inspiração - aqui, o tempo inspiratório programado. Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito E

Uma mulher de setenta anos de idade, acompanhada de seus familiares, foi admitida no pronto-socorro com quadro de dispneia. Durante a investigação inicial, foi realizada tomografia de tórax, que evidenciou uma imagem sugestiva de neoplasia pulmonar primária em estado avançado. A paciente estava consciente e orientada, de modo que a equipe realizou a comunicação de notícias difíceis conforme o protocolo SPIKES. Acerca das etapas do referido protocolo no caso clínico acima, assinale a alternativa correta.

- A. Na etapa setting up, ou preparação, prepara-se a paciente emocionalmente para receber a notícia da suspeita de câncer.
- B. Na etapa perception, ou percepção, informa-se à paciente a percepção médica frente ao prognóstico de câncer de pulmão avançado.

- C. Na etapa invitation, ou convite, pede-se permissão aos familiares para contar à paciente que existe suspeita de câncer de pulmão.
- D. Na etapa knowledge, ou informação, questiona-se o entendimento prévio da paciente sobre sua condição, antes de se informar a má notícia.
- E. Na etapa summary, ou sumário, checka-se o entendimento da paciente e de seus familiares após a transmissão da notícia, além de serem traçadas as estratégias para os próximos passos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

No protocolo SPIKES, o S final (Strategy and Summary) e exatamente checkar o entendimento e pactuar os próximos passos. Os distratores trocam as etapas: em Setting up prepara-se o AMBIENTE, não emocionalmente o paciente; em Perception pergunta-se o que o PACIENTE já sabe; Invitation e convidar o paciente - não a família - a dizer quanto quer saber; e Knowledge e transmitir a informação, não sondar o entendimento prévio. Resposta E.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Um paciente de 28 anos de idade foi encaminhado para a sala de emergência com relato de desconforto respiratório. Na admissão, verificou-se pressão arterial de 70 mmHg x 40 mmHg, frequência cardíaca de 130 bpm, frequência respiratória de 20 ipm e saturação de O₂ igual a 95% em ar ambiente. Foi realizada uma ultrassonografia à beira do leito. Abaixo está representada a imagem do corte quatro câmaras. A partir do caso clínico acima, assinale a alternativa que apresenta o quadro clínico mais provável do paciente.

- A. turgência jugular, alternância elétrica no eletrocardiograma e antecedentes de tuberculose ✓**
- B. antecedentes de asma, sibilos difusos e tempo expiratório prolongado
- C. empastamento em panturrilha direita, eletrocardiograma com S1Q3T3 e antecedentes de imobilização prolongada
- D. edema de mucosas e sibilos há dez minutos e antecedentes de alergia alimentar grave a corante
- E. antecedentes de transtorno de ansiedade generalizada, tremores e sensação de morte iminente após discussão familiar
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 8

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem com choque (PA 70x40, FC 130) e desconforto respiratório, com ultrassom a beira do leito no corte quatro câmaras: o achado que altera a conduta e o derrame pericárdico com tamponamento. O quadro clínico coerente e turgência jugular (triade de Beck), alternância elétrica no ECG e antecedente de tuberculose - causa clássica de pericardite com derrame. Asma (B), TEP (C), anafilaxia (D) e ansiedade (E) não produzem esse eco. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Um homem de quarenta anos de idade, em situação de rua, foi levado pelo SAMU ao hospital, devido a rebaixamento do nível de consciência em via pública. Na admissão, foram verificados sinais de desnutrição importante, hálito etílico e glicemia de 25 mg/dL. O paciente foi tratado exclusivamente com glicose endovenosa, evoluindo com melhora do nível de consciência e surgimento de confusão mental, nistagmo e ataxia. Foi realizada uma tomografia de crânio, cujo resultado está representado abaixo. Com relação ao caso clínico acima, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o diagnóstico mais provável e o tratamento indicado ao paciente.

- A. encefalopatia de Wernicke — reposição de tiamina ✓**
- B. hematoma epidural — craniectomia descompressiva
- C. deficiência de vitamina A — reposição de retinol

- D. hemorragia intraparenquimatosa — derivação ventricular
E. esclerose lateral amiotrófica — plasmaférese

COMENTÁRIO OSCELABS

Etilista desnutrido tratado apenas com glicose endovenosa: a infusão de glicose sem tiamina consome o pouco estoque restante e precipita a encefalopatia de Wernicke - confusão, nistagmo e ataxia, a tríade clássica, com lesão de corpos mamilares na imagem. O tratamento e reposição imediata de tiamina parenteral. A perola e a regra de ouro: no etilista, tiamina ANTES ou junto da glicose. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Um homem de 62 anos de idade, com antecedentes de hipertensão e diabetes, procurou o pronto-socorro com relato de dor torácica intensa, lancinante, irradiada para o dorso havia uma hora. No exame, o paciente apresentava fácies de dor, frequência cardíaca de 85 bpm e pressão arterial de 160 mmHg x 80 mmHg. Inicialmente, ele foi submetido a uma radiografia de tórax, cujo resultado está reproduzido a seguir. Após o exame inicial, a principal hipótese diagnóstica foi confirmada pela angiotomografia. Nesse caso clínico, a conduta medicamentosa essencial na sala de emergência deve ser composta de

- A. diazepam, anlodipino e captopril.
B. heparina não fracionada e morfina.
C. ácido acetilsalicílico, metoprolol e morfina.

D. metoprolol, nitroprussiato e morfina. ✓

- E. ceftriaxona e claritromicina. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 9

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor torácica lancinante irradiada para o dorso, hipertensão e angiotomografia confirmatória: dissecação aguda de aorta. O tratamento medicamentoso segue uma ordem obrigatória - primeiro betabloqueador (metoprolol) para reduzir a frequência e o dP/dt, depois vasodilatador (nitroprussiato) para a pressão, mais morfina para dor. Iniciar vasodilatador isolado causa taquicardia reflexa e propaga a dissecação. AAS e heparina (B e C) são para síndrome coronariana e podem ser catastróficos aqui. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito B

Um homem de 52 anos de idade, com antecedentes de hiperplasia prostática benigna, procurou o pronto-atendimento com relato de dor abdominal e anúria havia um dia. Na admissão, verificou-se frequência cardíaca de 70 bpm, pressão arterial de 130 mmHg x 80 mmHg e saturação de O₂ igual a 96%. O paciente apresentava-se em bom estado geral, consciente e orientado, hidratado, sem alterações cardiovasculares ou respiratórias. No exame abdominal, identificou-se dor e distensão em região hipogástrica. Os exames laboratoriais estão listados abaixo. parâmetro resultado referência pH 7,41 7,35 - 7,45 bicarbonato 26 mmol/L 22 - 28 mmol/L potássio 4,1 mEq/L 3,5 - 5,3 mEq/L cálcio 1,3 mmol/L 1,1 - 1,4 mmol/L ureia 180 mg/dL até 50 mg/dL creatinina 2,1 mg/dL até 1,3 mg/dL fósforo 3,8 mg/dL 2,3 - 4,3 mg/dL paratormônio 40 pg/mL 10 - 65 pg/mL Assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais adequada para o caso clínico acima.

- A. analgesia e alta com encaminhamento para ambulatório de doença renal crônica

B. ultrassonografia de rins e vias e cateterismo vesical ✓

- C. hidratação vigorosa e antibioticoterapia
D. hemodiálise de emergência por anúria refratária

- E. biópsia renal para determinar a etiologia da doença renal crônica IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 10 CIRURGIA GERAL

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem com hiperplasia prostática, anúria e dor com distensão hipogástrica tem bexigoma: a elevação de ureia e creatinina e lesão renal POS-RENAL. A conduta é desobstruir - cateterismo vesical de alívio - e confirmar com ultrassonografia de rins e vias urinárias (hidronefrose). Não há indicação de diálise de emergência (sem hipercalemia, acidose ou uremia refratária), nem de hidratação/antibiótico as cegas, e biópsia renal aqui é absolutamente equivocada. Resposta B.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Acerca da hérnia inguino-crural, assinale a alternativa correta.

A. Pelo exame físico associado aos exames de imagem, apesar de serem sensíveis e específicos para o diagnóstico de hérnia, não é possível distinguir, de forma confiável, as hérnias inguinais das crurais.

✓

- B. O diagnóstico mais comum de um tumor na região inguino-crural em gestantes é o de hérnia inguinal.
- C. As hérnias crurais ocorrem, aproximadamente, quatro vezes menos em mulheres do que em homens.
- D. O tratamento cirúrgico é indicado para mulheres, gestantes ou não gestantes, com hérnia inguino-crural, seja ela sintomática ou assintomática.
- E. O ultrassom deve ser o exame inicial nos casos em que a história clínica é condizente com hérnia e o exame físico é vago; na persistência da dúvida diagnóstica, a tomografia computadorizada é melhor que a ressonância nuclear magnética.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra uma limitação real da propedêutica: nem o exame físico nem os métodos de imagem distinguem com confiabilidade hérnia inguinal de crural - a definição costuma ser intraoperatória. C inverte a epidemiologia (a hérnia crural é proporcionalmente mais comum em mulheres); D generaliza a indicação cirúrgica inclusive na gestante, em quem se costuma adiar; B esquece que na gestante o diagnóstico diferencial inclui varizes do ligamento redondo; E supervaloriza a tomografia sobre a ressonância. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito E

Considere que os itens a seguir correspondam a manifestações clínicas na região perianal. I condiloma acuminado II papulose bowenoide III tumor de Buschke-Lowestein IV doença de Bowen V neoplasia intraepitelial anal. Estão relacionadas à infecção pelo papilomavírus humano (HPV) as manifestações indicadas

- A. nos itens I e IV, apenas.
- B. nos itens II e V, apenas.
- C. nos itens I, III e IV, apenas.
- D. nos itens II, III e V, apenas.

E. em todos os itens. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Todas as manifestações listadas têm relação com o HPV: condiloma acuminado (subtipos 6 e 11), papulose bowenoide e doença de Bowen (lesões intraepiteliais por subtipos de alto risco, sobretudo 16), tumor de Buschke-Lowenstein (condiloma gigante, forma verrucosa localmente invasiva) e neoplasia intraepitelial anal, precursora do carcinoma epidermoide do anus. A perola: as lesões anais do HPV formam um espectro contínuo, de condiloma benigno a carcinoma. Resposta E.

QUESTÃO 23 — Gabarito A

Entre pacientes com lesão traumática de menisco dos joelhos, o paciente ideal para a realização de uma sutura meniscal será um paciente jovem com lesão

- A. longitudinal na zona vermelha-vermelha, procedendo-se à reconstrução do ligamento cruzado anterior associada no mesmo ato cirúrgico. ✓**
- B. longitudinal na zona branca-branca, sem reconstrução do ligamento cruzado anterior associada no mesmo ato cirúrgico.
- C. radial na zona branca-branca, sem reconstrução do ligamento cruzado anterior associada no mesmo ato cirúrgico.
- D. radial na zona branca-branca, procedendo-se à reconstrução do ligamento cruzado anterior associada no mesmo ato cirúrgico.
- E. horizontal na zona vermelha-vermelha, sem reconstrução do ligamento cruzado anterior associada no mesmo ato cirúrgico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A sutura meniscal se cicatriza onde há vascularização: a zona vermelha-vermelha (periférica). A lesão longitudinal e a de melhor prognóstico para sutura, e reconstruir o ligamento cruzado anterior no mesmo tempo cirúrgico aumenta a taxa de cicatrização (hemartrose com fatores de crescimento e joelho estável). Lesões na zona branca-branca (B, C e D) são avasculares e candidatas a meniscectomia parcial; lesões horizontais degenerativas também suturam mal. Resposta A.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

No tratamento cirúrgico de fraturas dos ossos do antebraço em adultos, o cirurgião deve realizar redução

- A. anatômica e, sempre que possível, compressão interfragmentária com estabilidade absoluta, já que o tratamento das fraturas de antebraço segue os mesmos princípios do tratamento das fraturas articulares. ✓**
- B. anatômica e, sempre que possível, estabilidade relativa com uso de tutor interno, já que o tratamento das fraturas de antebraço segue os mesmos princípios básicos das demais fraturas diafisárias.
- C. funcional e, sempre que possível, compressão interfragmentária com estabilidade absoluta, já que o tratamento das fraturas de antebraço segue os mesmos princípios do tratamento das fraturas articulares.
- D. funcional e, sempre que possível, estabilidade relativa com uso de tutor interno, já que o tratamento das fraturas de antebraço segue os mesmos princípios básicos das demais fraturas diafisárias.
- E. funcional e, sempre que possível, estabilidade relativa com uso de imobilização gessada, já que o tratamento das fraturas de antebraço segue os mesmos princípios básicos das demais fraturas diafisárias. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 11

COMENTÁRIO OSCELABS

Radio e ulna funcionam como uma articulação (a prono-supinação depende milimetricamente do comprimento e da curvatura do rádio). Por isso, a fratura diafisária de antebraço no adulto foge à regra das demais diafisais: exige redução ANATÔMICA e fixação com placa em compressão interfragmentária, buscando estabilidade ABSOLUTA. Redução apenas funcional com estabilidade relativa (B, D e E) resulta em perda de rotação do antebraço. Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Assinale a alternativa que apresenta corretamente as características da fissura anal crônica típica (não relacionada à doença inflamatória intestinal).

- A. mais de seis semanas com dor, sangramento, ulceração posterior, hipertonia esfinteriana, papila hipertrófica e plicoma sentinela ✓**
- B. menos de seis semanas com dor, abaulamento anal, ulceração anterior, hipertonia esfinteriana e papila hipertrófica
- C. mais de seis semanas com sangramento, plicoma sentinela, ulceração lateral, hipotonia esfinteriana e secreção purulenta
- D. mais de seis semanas com dor, secreção purulenta, ulceração posterior e anterior, hipotonia esfinteriana e papila hipertrófica
- E. menos de seis semanas com dor, sangramento, ulceração posterior, hipertonia esfinteriana, plicoma sentinela e secreção purulenta

COMENTÁRIO OSCELABS

Fissura anal crônica típica: mais de seis semanas de evolução, dor intensa à evacuação, sangramento vivo, ulceração na linha média POSTERIOR, hipertonia do esfíncter interno (base fisiopatológica da isquemia local) e a tríade crônica - papila hipertrofica proximal e plicoma sentinela distal. Localização lateral, hipotonia e secreção purulenta apontam para outras causas (doença de Crohn, tuberculose, HIV, neoplasia) e não para fissura idiopática. Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito E

Um homem de 25 anos de idade deu entrada no pronto-socorro com pneumotórax espontâneo de grande volume à direita, sendo indicada drenagem pleural. Com base nesse caso clínico hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. A causa mais provável desse quadro é a ruptura espontânea do esôfago.
- B. O dreno deve ser inserido na região torácica mais caudal possível, em torno do 10.º espaço intercostal, para facilitar a drenagem de sangue eventualmente presente na cavidade.
- C. Durante a realização da drenagem pleural, deve-se evitar a exploração digital da cavidade pleural, devido ao risco de lesão pulmonar ou de órgãos mediastinais.
- D. A aspiração contínua com pressão negativa de 15 a 20 cmH₂O é de fundamental importância para a reexpansão pulmonar e deverá ser instalada tão cedo quanto possível.
- E. Para que o dreno possa ser retirado, o pulmão deverá estar adequadamente expandido e não deverá haver borbulhamento no frasco coletor durante a tosse. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Os critérios para retirar o dreno de tórax são objetivos: pulmão expandido na radiografia e ausência de borbulhamento (escape aéreo) inclusive durante a tosse, que é a manobra provocativa. A ruptura de esôfago causa mediastinite, não pneumotórax espontâneo do jovem longilíneo (blebs apicais); o dreno vai no 5.º espaço intercostal, não no 10.º; a exploração digital é recomendada para confirmar a cavidade pleural; e aspiração contínua não é rotina inicial. Resposta E.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Quanto aos princípios de oncologia, assinale a alternativa correta.

- A. O estadiamento TNM é uma forma de definir a extensão da doença e os possíveis tratamentos. ✓**
- B. Os marcadores tumorais são auxiliares que são úteis somente para o seguimento.
- C. A disseminação dos tumores ocorre somente por via hematogênica e linfática.

- D. O tratamento cirúrgico é feito, em geral, apenas com intenção de melhorar a qualidade de vida do paciente, com resultados fracos de cura.
- E. A medida do performance status define a capacidade do paciente na execução de atividades esportivas e de competição, que pode ser extrapolada para a possibilidade de suportar o tratamento proposto.

COMENTÁRIO OSCELABS

O estadiamento TNM traduz a extensão anatômica da doença (tumor, linfonodo, metastase) e o que orienta as opções terapêuticas e o prognóstico. Os distratores generalizam demais: marcadores tumorais também servem para diagnóstico e rastreamento em contextos definidos; a disseminação também ocorre por contiguidade e implante peritoneal; a cirurgia é o principal tratamento CURATIVO dos tumores sólidos; e o performance status mede atividades da vida diária, não capacidade esportiva. Resposta A.

QUESTÃO 28 — ANULADA

Com relação aos pontos importantes de segurança do paciente cirúrgico recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), assinale a alternativa correta.

- A. A lista de verificação é constituída somente pelas etapas de entrada (antes da indução anestésica) e de saída (antes da saída do paciente da sala cirúrgica).
- B. Na etapa antes da incisão cirúrgica (time out), verificam-se nove itens pela equipe de enfermagem, pelo anestesista e pela equipe cirúrgica, já paramentada, após a indução anestésica imediatamente antes da incisão da pele.
- C. O protocolo para cirurgia segura deve ser aplicado em todos os estabelecimentos de saúde nos quais sejam realizados somente procedimentos terapêuticos.
- D. Na etapa antes da indução anestésica (sign in), verificam-se dois itens pela equipe de enfermagem quando da entrada do paciente na sala cirúrgica.
- E. Na etapa antes da saída do paciente da sala cirúrgica (sign out), entre os cinco itens a serem verificados pela equipe de enfermagem durante ou imediatamente após o fechamento da ferida e antes da remoção do paciente da sala de operação, inclui-se a realização da contagem do instrumental cirúrgico utilizado na cirurgia. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 12

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca - não há alternativa considerada correta no gabarito oficial. O tema cobrado foi a lista de verificação de cirurgia segura da OMS, aplicável a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, dividida em três momentos: sign in (antes da indução anestésica), time out (pausa imediatamente antes da incisão, com a equipe já paramentada) e sign out (durante ou logo após o fechamento, incluindo a contagem de instrumentais, compressas e agulhas). Vale estudar as três etapas e seus itens.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

A respeito das medidas de reanimação de pacientes que sejam vítimas de queimadura, assinale a alternativa correta.

- A. Apenas queimaduras de segundo e terceiro grau são incluídas no cálculo da reanimação volêmica.**
✓
- B. É imprescindível oferecer oxigênio suplementar a pacientes com queimaduras leves.
- C. A intoxicação por monóxido de carbono deve ser suspeitada em pacientes queimados em ambientes abertos.
- D. É fundamental adotar medidas de hipotermia em pacientes vítimas de queimaduras.
- E. Queimaduras elétricas podem apresentar lesões extensas e ocultas e necessitam de reposição volêmica menor.

COMENTÁRIO OSCELABS

No cálculo da superfície corpórea queimada para reposição volêmica (Parkland), entram apenas as queimaduras de segundo e terceiro graus - a de primeiro grau (eritema, sem flictena) não conta. Oxigênio suplementar é mandatório na suspeita de lesão inalatória, não em queimadura leve; intoxicação por monóxido de carbono se suspeita em ambiente FECHADO; hipotermia e complicação a ser evitada, nunca meta; e a queimadura elétrica exige reposição MAIOR pela rabdomiolise. Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito D

Durante uma toracocentese diagnóstica, foram observados os seguintes resultados da análise do líquido pleural: relação entre níveis de proteína do líquido sérico maior que 0,5; relação entre dosagem do DHL do líquido sérico maior que 0,6. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Trata-se de exsudato, podendo ter como diagnóstico diferencial uma insuficiência cardíaca.
- B. Trata-se de transudato, podendo ter como diagnóstico diferencial uma insuficiência cardíaca.
- C. Trata-se de transudato, podendo ter como diagnóstico diferencial uma infecção pulmonar.
- D. Trata-se de exsudato, podendo ter como diagnóstico diferencial uma infecção pulmonar. ✓**
- E. Trata-se de transudato, podendo ter como diagnóstico diferencial uma neoplasia pleural.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos critérios de Light, basta um deles para exsudato: relação proteína líquido/soro > 0,5, relação DHL líquido/soro > 0,6 ou DHL do líquido acima de 2/3 do limite superior sérico. Os dois primeiros estão presentes, então trata-se de exsudato, cujas causas clássicas são infecção (derrame parapneumônico), neoplasia e tuberculose. Insuficiência cardíaca produz TRANSUDATO, o que elimina A; e neoplasia pleural cursa com exsudato, o que elimina E. Resposta D.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Um homem de 35 anos de idade foi levado ao pronto-socorro após ter sido atropelado por uma moto. Seus dados de avaliação inicial eram os seguintes: vias aéreas pervias; colar cervical colocado adequadamente; paciente eupneico; expansibilidade torácica preservada e simétrica; murmúrio vesicular presente bilateralmente; paciente consciente e corado; frequência cardíaca de 88 bpm; pulso radial amplo e cheio; tempo de enchimento capilar de 2 segundos; escala de coma de Glasgow 15; pupilas isocóricas e fotorreagentes; fratura exposta imobilizada e alinhada na perna esquerda. A avaliação secundária não mostrou nenhuma outra alteração, exceto a do membro inferior esquerdo e escoriações superficiais pelo corpo. Considerando-se esse caso hipotético, é correto afirmar que o colar cervical

- A. pode ser retirado do paciente independentemente da realização de outro exame, por se tratar de trauma exclusivo no membro inferior.
- B. pode ser retirado do paciente, desde que ele não tenha dor à palpação nem à movimentação da coluna cervical, não havendo necessidade de realizar outro exame.
- C. somente pode ser retirado desse paciente após a realização de exame de imagem que exclua lesão cervical. ✓**
- D. somente pode ser retirado desse paciente após a realização de exame clínico de ortopedista.
- E. somente pode ser retirado desse paciente após a realização de exame clínico de neurocirurgião.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo protocolo NEXUS, o colar cervical só pode ser retirado clinicamente se houver ausência de dor na linha média posterior, ausência de déficit neurológico focal, nível de consciência normal, ausência de intoxicação e o ponto da questão - ausência de LESÃO DISTRATORIA. A fratura exposta de perna e a lesão distratora clássica: a dor intensa mascara a dor cervical. Logo, só se retira o colar após exame de imagem. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Um paciente do sexo masculino de 25 anos de idade foi levado ao pronto-socorro por policiais após ter sido baleado em assalto. Havia um único orifício no 4.º espaço intercostal direito na linha axilar anterior. Seus dados de avaliação inicial eram os seguintes: vias aéreas pervias; sem colar cervical; paciente taquidispneico; frequência respiratória de 30 ipm; oximetria de pulso de 78%; expansibilidade torácica assimétrica; murmúrio vesicular ausente do lado direito ou timpanismo à percussão; paciente agitado e corado; frequência cardíaca de 100 bpm; pulso radial fino e rápido; tempo de enchimento capilar de 3 segundos; escala de coma de Glasgow 14; pupilas isocóricas e fotorreagentes; orifício de ferimento por arma de fogo já descrito. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser adotada nesse caso hipotético.

- A. intubação orotraqueal
- B. toracocentese no 2.º espaço intercostal, na linha hemiclavicular direita
- C. toracocentese no 5.º espaço intercostal imediatamente anterior à linha axilar média direita ✓**
- D. drenagem pleural em selo d'água no 5.º espaço intercostal, imediatamente anterior à linha axilar média direita
- E. toracotomia anterolateral direita IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 13

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento por arma de fogo no tórax com murmúrio abolido, timpanismo à percussão, saturação de 78%, taquipneia, agitação e pulso fino: pneumotorax hipertensivo. E diagnóstico CLÍNICO e a conduta imediata e a descompressão por agulha, que o ATLS na 10.ª edição passou a preferir no 5.º espaço intercostal anterior à linha axilar média (a parede torácica no 2.º EIC hemiclavicular é mais espessa - por isso B é menos adequada), seguida obrigatoriamente da drenagem. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito D

Uma mulher de quarenta anos de idade compareceu, por meios próprios, ao pronto-socorro, alegando ter sido agredida pelo marido há quinze minutos. A paciente informou que tinha recebido socos na face e havia sido empurrada ao chão, onde seu abdome fora chutado por diversas vezes. Seus dados de avaliação inicial eram os seguintes: vias aéreas pervias; sem colar cervical; paciente eupneica; expansibilidade torácica preservada e simétrica; murmúrio vesicular presente bilateralmente; paciente consciente e corada; frequência cardíaca de 92 bpm; pulso radial amplo e cheio; tempo de enchimento capilar de 2 segundos; escala de coma de Glasgow 15; pupilas isocóricas e fotorreagentes; escoriações e equimoses na face e nos membros superiores. Durante a avaliação secundária, seu abdome era flácido e indolor e não havia sinais de peritonite. Com base nessa situação hipotética, assinale a alternativa correta a respeito da investigação diagnóstica no trauma abdominal fechado nesse caso.

- A. O exame físico abdominal normal exclui lesões abdominais relacionadas ao trauma.
- B. O melhor exame para avaliar a presença de lesões abdominais é a ultrassonografia.
- C. O melhor exame para avaliar o abdome é a tomografia computadorizada; se ela não mostrar qualquer alteração, estarão descartadas as lesões.
- D. O melhor exame para avaliar o abdome é a tomografia computadorizada; no entanto, mesmo que ela não mostre nenhuma alteração, podem existir lesões. ✓**

E. Nesse caso, a melhor conduta é o exame físico seriado, uma vez que a paciente não apresenta dor abdominal nem sinais de peritonite.

COMENTÁRIO OSCELABS

No trauma abdominal fechado do paciente estável, a tomografia com contraste é o melhor exame - mas não é infalível: lesões de víscera oca, de mesenterio, pancreáticas precoces e de diafragma podem passar despercebidas. Por isso a resposta correta reconhece a superioridade da TC e a necessidade de reavaliação seriada. A afirmação que exame físico normal exclui lesão (falso, ainda mais em vítima de violência doméstica) e C confia cegamente na TC negativa. Resposta D.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Um homem de trinta anos de idade foi admitido em um pronto-socorro após ter sofrido um acidente — colisão de moto em um caminhão. Foi atendido pela equipe de plantão, que solicitou exame de tomografia, porque o paciente permanecia estável. Em seu segmento torácico, apresentava fratura do segundo ao quinto arco costal do lado direito (cada arco estava fraturado em dois pontos), com áreas de consolidação e vidro fosco subjacentes, além de mínimo derrame pleural. O paciente foi reavaliado após o exame, constatando-se o seguinte: paciente eupneico, mas com dor intensa aos movimentos respiratórios; expansibilidade preservada; e murmúrios vesiculares presentes em ambos os lados do tórax. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta em relação ao trauma torácico desse paciente.

A. analgesia e fisioterapia respiratória, apenas ✓

B. analgesia, fisioterapia respiratória e uso de antibióticos, apenas

C. analgesia, fisioterapia respiratória e drenagem pleural em selo d'água, apenas

D. analgesia, fisioterapia respiratória, uso de antibióticos e drenagem pleural em selo d'água, apenas

E. analgesia, fisioterapia respiratória, uso de antibióticos, drenagem pleural em selo d'água e fixação cirúrgica dos arcos costais fraturados

COMENTÁRIO OSCELABS

Fraturas do 2.º ao 5.º arcos costais em dois pontos cada configuram torax instável radiológico, com contusão pulmonar subjacente (consolidação e vidro fosco). O paciente, porém, está eupneico e sem insuficiência respiratória: o tratamento é analgesia eficaz e fisioterapia respiratória, que previnem atelectasia e pneumonia. Não há indicação de antibiótico profilático, o derrame mínimo não se drena, e a fixação cirúrgica se reserva a falência ventilatória ou deformidade importante. Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Uma jovem de quinze anos de idade foi levada ao pronto-socorro por transeuntes após ter sido esfaqueada em uma briga. Havia um orifício de cerca de 3 cm, compatível com ferimento por arma branca na fossa ilíaca esquerda, por onde havia a saída de um apêndice epiploico. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser adotada nesse caso hipotético.

A. laparoscopia diagnóstica para definir penetração da facada

B. laparotomia exploradora ✓

C. avaliação focada com sonografia para trauma (FAST, na sigla em inglês)

D. tomografia de abdome

E. exploração do ferimento

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento por arma branca no abdome com evisceracao - aqui, a saida de apendice epiploico pelo orificio - e indicacao classica e absoluta de laparotomia exploradora, junto com instabilidade hemodinamica, peritonite e evisceracao de alcas. Exames de imagem (C e D) e exploracao local do ferimento (E) so fazem sentido quando a penetracao peritoneal e duvidosa; aqui ela ja esta provada. Laparoscopia diagnostica seria redundante. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito D

Uma mulher de cinquenta anos de idade, com único antecedente de colelitíase, foi admitida no pronto-socorro devido à dor abdominal iniciada havia dois dias. De acordo com o relato da paciente, tratava-se de dor de início súbito, localizada no andar superior do abdome, de forte intensidade, em cólica, sem irradiação e refratária ao uso de escopolamina. A paciente não apresentava sinais de sepse, e o exame físico abdominal indicava defesa no hipocôndrio direito; o sinal de Murphy era negativo. Realizou uma ultrassonografia de abdome, que mostrou uma vesícula biliar distendida, de paredes espessadas e com cálculo de 2 cm impactado em seu infundíbulo, sem dilatação da via biliar. Os exames laboratoriais mostravam 8.000 leucócitos por mm³ (normal: de 4.000 até 10.000), amilase de 250 UI/L (normal: até 125 UI/L) e bilirrubinas normais. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser adotada nesse caso hipotético.

- A. jejum, hidratação e analgesia
- B. tomografia computadorizada
- C. ressonância nuclear magnética
- D. colecistectomia videolaparoscópica ✓**
- E. colecistostomia

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor no hipocondrio direito refrataria por dois dias, defesa localizada, vesicula distendida com parede espessada e calculo impactado no infundibulo: colecistite aguda litiasica. Murphy negativo e leucograma normal nao afastam o diagnostico, que e sustentado pela imagem. A conduta e colecistectomia videolaparoscopica precoce (nas primeiras 72 h, idealmente). A amilase discretamente elevada, sem os demais criterios, nao caracteriza pancreatite. Colecistostomia se reserva ao paciente proibitivo. Resposta D.

QUESTÃO 37 — Gabarito D

Assinale a alternativa que apresenta a causa mais frequente de isquemia mesentérica.

- A. trombose arterial
 - B. embolia arterial
 - C. trombose venosa
 - D. isquemia não oclusiva ✓**
 - E. vasculite de pequenos vasos
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 14

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca adotou a linha de que a isquemia mesenterica NAO OCLUSIVA e a forma mais frequente - vasoconstricao esplancnica em estados de baixo fluxo: choque, sepse, insuficiencia cardiaca, drogas vasoativas, digitalicos e hemodialise, cenarios cada vez mais comuns em terapia intensiva. Nas formas oclusivas, a embolia arterial (tipicamente por fibrilacao atrial, na arteria mesenterica superior) e a mais lembrada, seguida da trombose arterial; trombose venosa e vasculite sao raras. Resposta D.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Um homem de setenta anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e tabagismo, foi atendido no pronto-socorro devido a vômitos incoercíveis iniciados havia um dia. Encontrava-se em mau estado geral, desidratado, com frequência cardíaca de 120 bpm e com pressão arterial de 80 mmHg x 60 mmHg. Seu abdome estava flácido e indolor, com distensão do epigastro. Foi passada uma sonda nasogástrica com débito inicial de 1.500 mL. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o melhor exame para a determinação do diagnóstico etiológico desse paciente, após estabilização inicial.

- A. endoscopia digestiva alta ✓**
- B. exame contrastado de esôfago, estômago e duodeno
- C. tomografia computadorizada de abdome
- D. radiografia simples de abdome
- E. ultrassonografia de abdome

COMENTÁRIO OSCELABS

Vômitos incoercíveis, distensão epigástrica e sonda nasogástrica com débito de 1.500 mL definem síndrome de obstrução da via de saída gástrica. Após a estabilização (o paciente está em choque hipovolêmico com alcalose metabólica hipocloremica), o exame que define a ETIOLOGIA é a endoscopia digestiva alta, pois permite visualizar e biopsiar - diferenciando úlcera estenosante de neoplasia gástrica. Os demais exames mostram a obstrução, mas não dão o diagnóstico histológico. Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Um homem de dezoito anos de idade procurou assistência médica porque, na noite anterior, havia iniciado um quadro de dor epigástrica, que, no dia do atendimento, pela manhã, estava localizada na fossa ilíaca direita. O exame físico não apontava sinais de sepse, e seu abdome apresentava defesa na fossa ilíaca direita. Não havia leucocitose no hemograma. Com base nessa situação hipotética, assinale a alternativa que apresenta o melhor exame de imagem para definição de conduta nesse caso.

- A. radiografia simples de abdome
- B. radiografia contrastada de abdome
- C. ultrassonografia de abdome
- D. tomografia computadorizada de abdome ✓**
- E. ressonância nuclear magnética de abdome

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro tem a cronologia clássica de apendicite (dor epigástrica que migra para a fossa ilíaca direita, com defesa), mas sem leucocitose - ou seja, um caso de probabilidade intermediária em que a imagem decide a conduta. No adulto do sexo masculino, a tomografia de abdome é o exame de maior acurácia (sensibilidade e especificidade acima de 90%). O ultrassom fica reservado a crianças e gestantes, pela ausência de radiação, e a ressonância é alternativa na gestante. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Uma mulher de 65 anos de idade compareceu ao pronto-socorro devido à dor abdominal iniciada havia dois dias, associada a náuseas, vômitos e parada na eliminação de gases e fezes. No exame físico, constatou-se que a paciente se apresentava consciente, eupneica, desidratada +/4+, corada, com frequência cardíaca de 100 bpm, pressão arterial de 120 mmHg x 70 mmHg e com um abdome distendido, doloroso e sem sinais de peritonite. Havia uma incisão mediana infraumbilical, que, segundo a paciente, resultava de uma histerectomia por miomatose uterina feita havia dez anos. Foi realizada uma tomografia de abdome sem contraste, que apontou distensão abdominal às custas de obstrução de intestino delgado (não havendo distensão colônica), sem causa definida pelo exame. O exame não indicou presença de líquido livre, pneumatose intestinal ou pneumoperitônio. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser adotada nesse caso hipotético.

A. passagem de sonda nasogástrica, hidratação e observação ✓

B. tomografia de abdome com contraste endovenoso

C. ultrassonografia de abdome

D. colonoscopia

E. laparotomia exploradora IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 15 PEDIATRIA

COMENTÁRIO OSCELABS

Obstrução de intestino delgado em paciente com laparotomia previa e brida até prova em contrário. A tomografia afastou os sinais de sofrimento de alca - não há líquido livre, pneumatose ou pneumoperitônio - e o exame físico não mostra peritonite. Nesse cenário o tratamento inicial e conservador: sonda nasogástrica para descompressão, hidratação e reavaliações seriadas, com resolução em até 70% dos casos. Laparotomia só se houver sofrimento, peritonite ou falha clínica. Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito C

Durante a consulta com pacientes adolescentes, algumas situações próprias da faixa etária não requerem a quebra do sigilo médico. Nesse contexto, o sigilo médico pode ser mantido em relação a

A. namoro, bullying e infecção sexualmente transmissível.

B. autoagressão, não adesão a tratamentos e prescrição de contraceptivos.

C. iniciação sexual, prescrição de contraceptivos e infecção sexualmente transmissível. ✓

D. conflitos de identidade de gênero, gravidez e não adesão a tratamentos.

E. prescrição de contraceptivos, autoagressão e bullying.

COMENTÁRIO OSCELABS

O adolescente tem direito à confidencialidade nas questões ligadas à sua sexualidade e autonomia: início da vida sexual, prescrição de contraceptivos e diagnóstico/tratamento de infecções sexualmente transmissíveis podem ser mantidos em sigilo. A quebra só se justifica diante de risco à vida ou à saúde - autoagressão, ideação suicida, abuso, gravidez em menor vulnerável, não adesão ao tratamento com risco - o que elimina B, D e E. Resposta C.

QUESTÃO 42 — Gabarito D

A síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) ainda é uma importante causa de morte em bebês com idade entre um mês e um ano. Considerando as recomendações para redução do risco de SMSL, assinale a alternativa correta.

A. Crianças de até um ano de idade devem ser colocadas para dormir na posição supina todas as vezes durante o sono, exceto crianças com doença do refluxo gastroesofágico.

B. Os lactentes com mais de três meses de idade são os que apresentam maior risco de SMSL.

C. Os recém-nascidos prematuros e os recém-nascidos a termo têm risco equivalente de SMSL.

D. O compartilhamento de cama com tabagistas é um fator de risco para a SMSL. ✓

E. Evidências atuais demonstram relação causal entre as imunizações e a SMSL.

COMENTÁRIO OSCELABS

Compartilhar a cama com um adulto, especialmente tabagista, é fator de risco reconhecido para morte súbita do lactente; o recomendado é o quarto compartilhado com berço próprio. A posição supina vale para TODOS os lactentes, inclusive com refluxo (A); o pico de incidência está entre 2 e 4 meses, não acima de 3 (B); a prematuridade e o baixo peso AUMENTAM o risco (C); e as vacinas não têm relação causal - ao contrário, associam-se a menor risco (E). Resposta D.

QUESTÃO 43 — Gabarito D

Um recém-nascido com quinze dias de vida, do sexo masculino, em aleitamento materno exclusivo, foi levado para consulta de rotina. As condições de parto e do nascimento foram as seguintes: nascido de parto vaginal, a termo (37 +5/7 semanas); Apgar 8/9; peso ao nascimento: 2.300 g. No caso clínico acima, há necessidade de suplementação de

A. 1 mg de ferro elementar/kg/dia a partir dos trinta dias de vida.

B. 1 mg de ferro elementar/kg/dia a partir dos noventa dias de vida.

C. 1 mg de ferro elementar/kg/dia a partir dos cento e oitenta dias de vida.

D. 2 mg de ferro elementar/kg/dia a partir dos trinta dias de vida. ✓

E. 2 mg de ferro elementar/kg/dia a partir dos noventa dias de vida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido a termo com peso de nascimento de 2.300 g e considerado de BAIXO PESO, e não um termo de peso adequado. Por isso, a profilaxia de anemia ferropriva não segue a regra de 1 mg/kg/dia a partir dos 3 meses: recomenda-se 2 mg de ferro elementar/kg/dia já a partir dos 30 dias de vida, mantida até o primeiro ano (depois 1 mg/kg/dia). O que muda a dose e a idade de início é o peso ao nascer, não a idade gestacional isoladamente. Resposta D.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Acerca dos distúrbios rastreados no Programa Nacional de Triagem Neonatal, assinale a alternativa correta.

A. A fenilcetonúria é um dos erros inatos do metabolismo, com padrão de herança autossômica dominante, e o defeito metabólico gerado leva ao acúmulo de ácido fenilpirúvico no sangue.

B. O hipotireoidismo congênito é considerado uma emergência pediátrica, pois é sabido que, a partir da segunda semana de vida, a deficiência de hormônios tireóideos pode causar alguma lesão neurológica. ✓

C. O resultado esperado para um recém-nascido com doença falciforme é HbFA.

D. O diagnóstico definitivo da fibrose cística é estabelecido com a análise dos níveis da tripsina imunorreativa.

E. A deficiência enzimática mais comum em neonatos com hiperplasia adrenal congênita é a 11-beta-hidroxilase, que representa cerca de 95% dos casos.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO
DIRETO 16

COMENTÁRIO OSCELABS

O hipotireoidismo congênito e emergência pediátrica porque a deficiência de hormônio tireoidiano já nas primeiras semanas causa lesão neurológica irreversível - daí a triagem e o tratamento precoces. Os erros: fenilcetonúria e autossômica RECESSIVA (A); na doença falciforme o padrão esperado é HbFS, sendo FA o do heterozigoto/normal (C); o diagnóstico definitivo de fibrose cística e o teste do suor, não a tripsina imunorreativa, que é apenas triagem (D); e a enzima faltante em 95% da hiperplasia adrenal é a 21-hidroxilase (E). Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito E

Um menino de doze meses de idade, previamente hígido, foi levado à consulta de rotina na unidade básica de saúde (UBS), em 15/11/2022. A imagem a seguir representa o cartão de vacinas dessa criança na ocasião da consulta. Com base na situação hipotética acima e no Calendário Nacional de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), assinale a alternativa que apresenta as vacinas que devem ter sido administradas à referida criança na data de 15/11/2022.

- A. SCR, varicela, hepatite A e VOP
- B. SCR, varicela, PCV 10 e VOP
- C. SCR, hepatite A, influenza e meningocócica C
- D. SCR, VOP, PCV 10 e meningocócica C

E. SCR, PCV 10, meningocócica C e influenza IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 17 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 12 meses, o calendário do PNI prevê triplice viral (SCR), reforço da pneumocócica 10-valente e reforço da meningocócica C; como a consulta ocorreu em novembro, entra também a influenza (indicada dos 6 meses aos menores de 6 anos). Varicela e hepatite A são aos 15 meses (a varicela na tetraviral), e o reforço da poliomielite (VOP) também é aos 15 meses - por isso todas as alternativas com varicela, hepatite A ou VOP estão erradas. Resposta E.

QUESTÃO 46 — Gabarito B

Um lactente com três meses de idade, previamente hígido, com quadro de sonolência, dificuldade súbita para alimentar-se e crise convulsiva, foi levado ao pronto atendimento pediátrico pela avó cuidadora. Segundo ela, o lactente não havia tido febre nem outros sintomas. No exame físico, o lactente apresentava-se letárgico, com respiração irregular e superficial. O exame neurológico indicou Glasgow 9 e hemorragia retiniana. A pele do lactente não apresentava alterações. O resultado da tomografia computadorizada de crânio mostrou hemorragia subdural de intensidades variadas. Tendo como referência o caso clínico acima, assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica para esse caso.

- A. intoxicação exógena
- B. síndrome do bebê sacudido ✓**
- C. infecção do sistema nervoso central
- D. ruptura de aneurisma cerebral
- E. coagulopatia adquirida

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematoma subdural com intensidades (idades) diferentes + hemorragia retiniana + rebaixamento sem febre e sem história de trauma e a tríade do traumatismo craniano abusivo, a síndrome do bebê sacudido. A ausência de lesão cutânea não afasta - a lesão e por aceleração/desaceleração. Infecção do SNC daria febre e não explica hemorragia retiniana; aneurisma e excepcional no lactente; e coagulopatia não produz hemorragias de idades diferentes com esse padrão. Notificação compulsória obrigatória. Resposta B.

QUESTÃO 47 — Gabarito C

Em 1994, o Brasil recebeu da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a certificação de área livre de circulação do poliovírus selvagem. No entanto, desde 2015, tem sido detectada uma progressiva queda das coberturas vacinais para poliomielite, o que pode levar à formação de bolsões de pessoas não vacinadas contra essa doença. Nesse contexto, foi iniciada, em 2022, a Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. Com relação à vacinação contra a poliomielite, assinale a alternativa correta.

A. Na referida campanha, devem ser vacinadas com VOP as crianças com idade de dois meses até um ano não vacinadas ou com esquema básico incompleto para poliomielite.

B. A VOP é composta por poliovírus atenuados tipos 1, 2 e 3.

C. A VOP é contraindicada a pessoas infectadas com HIV e seus comunicantes. ✓

D. O principal evento adverso associado à VOP é a paralisia pós-vacinal caracterizada por quadro agudo febril que cursa com hipertonia e déficit motor de MMII de intensidade variável, geralmente simétrico.

E. A poliomielite associada à vacina inicia-se, geralmente, após 24 horas da administração da VOP.

COMENTÁRIO OSCELABS

A VOP e vacina de vírus VIVO atenuado: é contraindicada a imunodeprimidos, incluindo pessoas com HIV, e também aos seus comunicantes domiciliares, pelo risco de transmissão do vírus vacinal. A VOP atual é BIVALENTE (tipos 1 e 3), pois o tipo 2 foi retirado em 2016 (B); a poliomielite associada a vacina cursa com paralisia FLACIDA e ASSIMÉTRICA (D); e o quadro surge entre 4 e 40 dias, não em 24 horas (E). Resposta C.

QUESTÃO 48 — Gabarito A

Uma criança de três anos de idade, do sexo masculino, com antecedente de anemia falciforme, deu entrada no pronto socorro infantil, com quadro de palidez e fraqueza havia 48 horas. Seu acompanhante negou que a criança tivesse apresentado febre. O exame físico indicou o seguinte: descorado; hipoativo; frequência cardíaca de 130 bpm; normotenso e eupneico; MV presente bilateralmente, sem ruídos adventícios; abdome flácido, indolor, sem visceromegalias. O resultado de exames laboratoriais foi o seguinte: Hb = 5,5 g/dL (Hb basal = 8,5 g/dL); leucócitos = 6.500/mm³; plaquetas = 200 mil; PCR = 0,5 mg/dL; reticulócitos diminuídos. Com relação ao caso clínico acima, assinale a alternativa correta.

A. O tratamento consiste na estabilização hemodinâmica até a elevação dos reticulócitos. ✓

B. A administração de imunoglobulina é o tratamento de primeira escolha.

C. A transfusão de hemácias não está indicada; estaria apenas se Hb < 5,0 g/dL.

D. A principal causa do quadro em questão é a infecção pelo enterovírus 71.

E. Trata-se de uma anemia hemolítica com necessidade de transfusão de hemácias. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 18

COMENTÁRIO OSCELABS

Queda abrupta da hemoglobina (5,5 contra basal de 8,5) com RETICULOCITOS DIMINUIDOS, sem febre e sem esplenomegalia, e crise aplásica na anemia falciforme, tipicamente causada pelo parvovirus B19, que infecta os precursores eritroides. O tratamento é de suporte - transfusão e estabilização até a medula se recuperar e os reticulócitos subirem. Não é crise hemolítica (que cursaria com reticulocitose), não se usa imunoglobulina de rotina e o agente não é o enterovirus 71. Resposta A.

QUESTÃO 49 — Gabarito C

Um recém-nascido (37+5/7 semanas de gestação), Apgar 9 e 10, nascido de parto vaginal (peso ao nascer = 2.850 g), em aleitamento materno exclusivo, apresenta icterícia na face e no tronco às 54 horas de vida. O grupo sanguíneo tanto da mãe quanto do recém-nascido é A+. Não houve intercorrência no pré-natal. BTF: 16 mg/dL. Bhutani et al. Pediatrics. 1999 (com adaptações). A partir do caso clínico descrito anteriormente e da imagem acima, que se refere ao recém-nascido em questão, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta nesse caso.

- A. alta hospitalar e retorno ambulatorial em 48 h
- B. alta hospitalar e retorno ambulatorial em 72 h
- C. iniciar fototerapia e reavaliar BT em 4 h - 8 h ✓**
- D. iniciar fototerapia e reavaliar BT em 24 h
- E. exsanguineotransfusão

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido a termo, com 54 horas de vida e bilirrubina total de 16 mg/dL, cai na faixa de alto risco do nomograma de Bhutani: há indicação de fototerapia imediata, com reavaliação da bilirrubina em 4 a 8 horas para confirmar a queda. Alta ambulatorial (A e B) e conduta insegura com esse valor; reavaliar só em 24 h e tarde demais; e exsanguineotransfusão se reserva a níveis muito mais altos ou a sinais de encefalopatia bilirrubínica. Resposta C.

QUESTÃO 50 — Gabarito A

Uma criança de seis anos de idade deu entrada no pronto socorro infantil, com quadro de cefaleia holocraniana, vômitos e febre havia 24 horas. Os dados do exame físico são os seguintes: REG; fácies de dor; afebril; presença de rigidez de nuca. Conforme exame laboratorial, LCR com 270 células/mm³, com 20% de neutrófilos, 70% de linfócitos, proteína = 55 mg/dL e glicose = 60 mg/dL. No caso clínico acima, a conduta recomendada consiste em

- A. internação com administração de apenas medicamentos sintomáticos. ✓**
 - B. internação com administração endovenosa de aciclovir por quatorze dias.
 - C. internação com administração endovenosa de penicilina cristalina por quatorze dias.
 - D. internação com administração endovenosa de ceftriaxona por dez dias.
 - E. internação com administração endovenosa de ceftriaxona e de vancomicina por dez dias.
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022
ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 19 Caso clínico para as questões 51 e 52. Um menino de três anos de idade deu entrada no pronto-socorro infantil com quadro de crise convulsiva tônico-clônica generalizada. A mãe relatou que o paciente é epilético e faz uso de ácido valproico. O paciente foi levado para sala de emergência, onde lhe foi ofertado oxigênio em máscara não reinalante e conseguido um acesso venoso periférico rapidamente, ficando o paciente monitorizado.

COMENTÁRIO OSCELABS

O liquor mostra pleocitose moderada (270 células) com predomínio LINFOCITÁRIO, glicose NORMAL (60 mg/dL) e proteína apenas discretamente elevada - o padrão típico da meningite viral, cujo tratamento é sintomático com internação para observação. Meningite bacteriana cursaria com neutrofilia, hipoglicorraquia e proteína alta (D e E); aciclovir só se houvesse suspeita de encefalite herpética, com alteração de consciência, convulsão ou sinais focais. Resposta A.

QUESTÃO 51 — Gabarito B

Entre as alternativas abaixo, assinale aquela que apresenta a melhor opção de droga de primeira escolha para o paciente do caso clínico em apreço e a melhor via de administração.

- A. ácido valproico por via oral
- B. diazepam endovenoso ✓**
- C. fenobarbital endovenoso
- D. tiopental endovenoso
- E. midazolam por via oral

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise convulsiva tônico-clônica generalizada em atendimento com acesso venoso já obtido: a primeira linha é benzodiazepínico por via endovenosa - diazepam (ou midazolam) - repetível após 5 minutos. A via oral não tem lugar na emergência (A e E). Fenobarbital e fenitoína são drogas de segunda linha, após falha do benzodiazepínico, e o tiopental fica para o estado de mal refratário, já com via aérea protegida. Resposta B.

QUESTÃO 52 — Gabarito A

Suponha que, no caso clínico apresentado, após medidas iniciais, o quadro de convulsão do paciente tivesse se mantido e, então, tivesse se optado pela fenitoína endovenosa. Em relação ao uso da fenitoína nessa hipótese, assinale a alternativa correta.

- A. A fenitoína não deve ser administrada em bólus. ✓**
- B. Deve-se evitar diluir a medicação em soro glicosado.
- C. A fenitoína só pode ser administrada em acesso endovenoso.
- D. Pacientes com síndrome de Dravet devem usar fenitoína como primeira escolha.
- E. A fenitoína não causa depressão respiratória.

COMENTÁRIO OSCELABS

A fenitoína nunca deve ser administrada em bolus: a infusão precisa ser lenta (até 1 mg/kg/min na criança, máximo de 50 mg/min), sob monitorização, pelo risco de hipotensão, bradicardia e arritmias ligadas ao veículo propilenoglicol. A droga também pode ser dada por via intramuscular em situações específicas (embora seja de absorção errática), esta CONTRAINDICADA na síndrome de Dravet (piora as crises) e pode, sim, deprimir o drive respiratório. Resposta A.

QUESTÃO 53 — ANULADA

Com base no que prevê o PALS (Pediatric Advanced Life Support), assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, a diluição e a dose de adrenalina a ser administrada a um paciente em parada cardiorrespiratória.

- A. diluição de 1:1.000; dose de 0,01 mg/kg
- B. diluição de 1:1.000; dose de 0,1 mg/kg

- C. diluição de 1:10.000; dose de 0,1 mg/kg
- D. diluição de 1:10.000; dose de 0,01 mg/kg
- E. diluição de 1:1.000; dose de 1 mg/kg

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca - não há alternativa considerada correta no gabarito oficial. O tema é a adrenalina na parada cardiorrespiratória pediátrica segundo o PALS: administrada na apresentação diluída a 1:10.000 por via endovenosa ou intraóssea, repetida a cada 3 a 5 minutos, sendo a solução 1:1.000 reservada a via intramuscular na anafilaxia e a via endotraqueal. Vale revisar a diluição, a dose por quilo e o teto de dose máxima.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Assinale a alternativa que apresenta um local preconizado para a passagem de um acesso intraósseo.

- A. cabeça do fêmur
- B. fêmur proximal
- C. maléolo lateral
- D. esterno ✓**
- E. fíbula

COMENTÁRIO OSCELABS

O esterno é local preconizado para acesso intraósseo, sobretudo em adultos e com dispositivos específicos, ao lado da tibia proximal (o mais usado em crianças), da tibia distal, do fêmur DISTAL e do úmero proximal. Os distratores citam pontos não validados: cabeça e fêmur proximal (risco de lesão da fise e da vascularização), maléolo lateral (o correto é a face medial da tibia distal) e fíbula, osso fino e sem cavidade medular adequada. Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito E

Um paciente de oito meses de idade, previamente hígido, está internado devido a um quadro de bronquiolite. No leito, observou-se que o paciente estava arresposivo e foi chamada ajuda. Identificou-se que o paciente apresentava pulso central com frequência cardíaca de 40 bpm. Nesse caso clínico, a conduta inicial mais adequada é

- A. iniciar, imediatamente, ressuscitação cardiopulmonar.
- B. administrar, imediatamente, adrenalina endovenosa.
- C. fazer passagem de marcapasso transcutâneo.
- D. administrar, imediatamente, atropina endovenosa.
- E. iniciar ventilação com bolsa-válvula-máscara. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na criança, a bradicardia é quase sempre HIPOXICA - a causa é respiratória até prova em contrário. Diante de lactente arresposivo com pulso central presente e frequência de 40 bpm, o primeiro passo do PALS é ventilar com bolsa-válvula-máscara e oxigênio. Se a frequência persistir abaixo de 60 bpm com sinais de má perfusão APÓS oxigenação e ventilação adequadas, inicia-se compressão torácica; a adrenalina vem depois, e a atropina serve para bradicardia vagal ou por bloqueio. Resposta E.

QUESTÃO 56 — Gabarito D

Durante plantão no pronto-socorro infantil, uma viatura dos bombeiros chegou transportando uma criança de quatro anos de idade que havia caído de uma laje e fora intubada ainda no local do acidente, devido ao rebaixamento do nível de consciência (escala de coma de Glasgow igual a 4 no local). No hospital, foi realizado o atendimento inicial de acordo com o ATLS (Advanced Trauma Life Support) e foi observado que o quadro era de um traumatismo craniano exclusivo. Os sinais vitais do paciente eram os seguintes: frequência cardíaca = 50 bpm; frequência respiratória = 20 ipm (mesma frequência do ventilador mecânico); temperatura = 36,4 °C; pressão arterial = 150 mmHg x 100 mmHg; saturação de O₂ = 96%. No caso clínico acima, a conduta correta é

- A. administrar adrenalina endovenosa, devido à bradicardia.
- B. manter o paciente em posição de Trendelenburg.
- C. iniciar ressuscitação cardiopulmonar, devido à bradicardia.

D. administrar manitol ou solução hipertônica. ✓

E. iniciar nitroprussiato endovenoso, devido à hipertensão. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 20 Caso clínico para as questões 57 e 58. Arthur, de quatro anos de idade, foi levado por sua mãe ao pronto-socorro infantil com história de ter iniciado quadro de vômitos e diarreia (mais de cinco episódios) havia uma hora. Segundo a mãe, durante o trajeto ao pronto-socorro, Arthur começou a apresentar lesões na pele, por todo o corpo, junto com desconforto respiratório. No exame físico, foram observadas as seguintes alterações significativas: lesões urticariformes na face, nos membros superiores e no tórax; murmúrios vesiculares diminuídos com sibilos bilateralmente; tiragem subcostal e tiragem de fúrcula; tempo de enchimento capilar de cinco segundos. O paciente foi, então, levado para a sala de emergência, monitorizado, com oferta de oxigênio em máscara não reinalante e com um acesso venoso periférico. Foram observados os seguintes sinais vitais: frequência cardíaca = 120 bpm; frequência respiratória = 65 ipm; pressão arterial = 70 mmHg x 40 mmHg; saturação de O₂ = 83% em ar ambiente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão (150x100), bradicardia (50 bpm) e alteração do padrão respiratório compõem a tríade de Cushing, sinal de hipertensão intracraniana com risco de herniação em traumatismo craniano grave. A conduta e terapia hiperosmolar - manitol ou solução salina hipertônica - além de cabeceira elevada e neurocirurgia. A bradicardia aqui é REFLEXA, e não deve ser tratada com adrenalina nem com compressões; baixar a pressão com nitroprussiato reduziria a pressão de perfusão cerebral, e Trendelenburg piora a hipertensão intracraniana. Resposta D.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Nesse caso clínico, o paciente deve receber, imediatamente,

- A. prometazina endovenosa.
- B. adrenalina intramuscular. ✓**
- C. hidrocortisona endovenosa.
- D. metilprednisolona endovenosa.
- E. salbutamol endovenoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Urticária generalizada + broncoespasmo + hipotensão (70x40) com enchimento capilar de 5 segundos, após quadro digestivo agudo, e anafilaxia com choque. O tratamento imediato é adrenalina INTRAMUSCULAR no vasto lateral da coxa (0,01 mg/kg), repetível a cada 5-15 minutos, junto com expansão volêmica. Anti-histamínicos e corticoides são adjuvantes de segunda linha e nunca substituem a adrenalina - o atraso na sua aplicação é a principal causa de morte na anafilaxia. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito C

Considere que, no caso clínico em questão, o paciente tenha apresentado melhora do quadro de urticária e de desconforto respiratório, porém mantidos o tempo de enchimento capilar lentificado e a hipotensão, tendo a mãe relatado que o paciente toma propranolol devido a um hemangioma. Nessa hipótese, a melhor medicação a ser administrada a Arthur é

- A. propranolol.
- B. salbutamol.
- C. glucagon. ✓**
- D. cetamina.
- E. atropina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente em uso de propranolol tem receptores beta bloqueados e responde mal a adrenalina, mantendo hipotensão apesar do tratamento correto. Nesse cenário o glucagon é a droga indicada, pois aumenta o AMP cíclico por via independente do receptor beta, restaurando inotropismo e cronotropismo. Manter ou repetir o propranolol seria contraproducente; salbutamol trata broncoespasmo (já resolvido); cetamina e atropina não corrigem o bloqueio beta. Resposta C.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Um menino de dois anos de idade, previamente hígido, foi levado ao pronto-socorro infantil com histórico de sonolência súbita. O pai relatou que o menino estava tratando um quadro de infecção de vias aéreas superiores com lavagem nasal e inalação com soro fisiológico havia três dias. No presente dia, pela manhã, o pai não havia achado o soro fisiológico para realizar a lavagem nasal, então usou a medicação que ele utilizava normalmente para “descongestionar o nariz”. Entre as alternativas a seguir, assinale aquela que apresenta a provável causa da intoxicação exógena no caso clínico acima e o seu tratamento adequado, respectivamente.

- A. morfina — naloxona
- B. nafazolina — naloxona
- C. nafazolina — medidas de suporte ✓**
- D. morfina — medidas de suporte
- E. morfina — flumazenil

COMENTÁRIO OSCELABS

O 'descongestionante nasal' do adulto é tipicamente a nafazolina, um agonista alfa-adrenergico imidazolinico. Na criança pequena, ela produz efeito paradoxal de estimulação alfa-2 central: sonolência súbita, bradicardia, hipotermia, palidez e hipotensão. Não existe antidoto - o tratamento é de SUPORTE, com monitorização até a resolução espontânea. Naloxona reverteria opioide, mas não há nada na história que sugira morfina. Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito B

Com relação à sinovite transitória do quadril na infância, assinale a alternativa correta.

- A. A maioria dos casos ocorre na faixa etária de três a oito anos, com pico em torno dos seis anos. Está estabelecido que a sinovite transitória é a causa da doença de Legg-Calvé-Perthes.
- B. A maioria dos casos ocorre na faixa etária de três a oito anos, com pico em torno dos seis anos. A sinovite transitória é considerada a causa mais comum de dor no quadril e de claudicação não**

traumática na infância. ✓

- C. A maioria dos casos ocorre na faixa etária de oito a doze anos, com pico em torno dos dez anos. Em relação a trauma e à sinovite transitória, a literatura sugere, majoritariamente, que o trauma seria a causa da sinovite.
- D. A maioria dos casos ocorre na faixa etária de oito a doze anos, com pico em torno dos dez anos. É fundamental a artrocentese para o diagnóstico diferencial com quadro infeccioso.
- E. A maioria dos casos ocorre na faixa etária de oito a doze anos, com pico em torno dos dez anos. A dor costuma ser crônica ou crônica agudizada, compondo diagnóstico diferencial com epifisiólise femoral proximal. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 21 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

COMENTÁRIO OSCELABS

A sinovite transitoria do quadril acomete principalmente crianças de 3 a 8 anos, com pico por volta dos 6 anos, e é a causa mais comum de dor no quadril e claudicação NÃO traumática na infância, tipicamente após infecção de vias aéreas. Não está estabelecido que cause a doença de Legg-Calve-Perthes (A) nem que decorra de trauma (C); a artrocentese só se impõe quando há suspeita de artrite séptica (febre, VHS/PCR elevadas, recusa total de apoio). Resposta B.

QUESTÃO 61 — Gabarito B

Uma paciente de 55 anos de idade, hipertensa controlada, com dislipidemia e em uso de estatinas, está sendo avaliada por um médico. Sua última menstruação ocorreu há três anos. A paciente queixa-se de ondas de calor diárias, associadas à diminuição da lubrificação vaginal. Refere grande preocupação, por haver muitos casos de cardiopatia em sua família. Segundo a paciente, sua mãe, de 78 anos de idade, sofreu fratura de fêmur há seis meses e acabou de ser diagnosticada com doença de Alzheimer. A partir desse caso clínico hipotético, assinale a alternativa correta, em relação à introdução de terapia hormonal (TH) para a paciente em questão.

- A. O uso de TH está associado a ■ diminuição dos níveis plasmáticos de colesterol total e de lipoproteína de baixa densidade (LDL) e ao aumento dos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL); tais mudanças são mais expressivas quando relacionadas ao uso transdérmico.
- B. A TH pode ser considerada uma das terapias de primeira linha para prevenir osteoporose em mulheres na pós-menopausa com idade inferior a 60 anos ou até dez anos de menopausa. ✓**
- C. A fim de reduzir os riscos, a prescrição de terapia hormonal local (vaginal) pode ser considerada em mulheres com síndrome geniturinária isolada; no entanto, a terapia sistêmica mostra-se mais efetiva para tratar sintomas geniturinários.
- D. Estudos observacionais e reanálise do estudo WHI sugerem maior incidência de eventos cardiovasculares em mulheres abaixo de 60 anos de idade ou com menos de dez anos de menopausa; por essa razão, a TH só deve ser indicada em caso de grave sintomatologia e após exposição dos riscos.
- E. A TH melhora a memória e as habilidades cognitivas de mulheres na pós-menopausa (independentemente de sua idade ou do tempo de menopausa), o que é comprovado por grandes ensaios clínicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A terapia hormonal é opção de primeira linha para prevenir osteoporose em mulheres na pós-menopausa com menos de 60 anos ou até 10 anos de menopausa - a chamada janela de oportunidade, em que o benefício supera o risco. C está invertida: na síndrome geniturinária isolada a terapia LOCAL é a mais efetiva e segura; D inverte a reanálise do WHI, que mostrou menor risco cardiovascular dentro da janela; e E contraria o WHIMS, que não demonstrou benefício cognitivo. Resposta B.

QUESTÃO 62 — Gabarito D

Uma paciente de 38 anos de idade, sem desejo gestacional, queixa-se de ciclos menstruais irregulares, tendo apresentado somente oito ciclos menstruais no último ano. Refere incomodar-se com pilificação e oleosidade da pele. Conforme o exame físico, apresenta IMC igual a 24, presença de acne em face e índice de Ferriman-Gallwey igual a 8. Resultado do USG TV: útero em anteversão, centrado, de dimensões preservadas, contornos regulares e textura miometrial homogênea. O útero mede 7,6 x 3,8 x 4,8 cm, com volume igual a 72,1 cm³. Conforme exames, apresenta: eco endometrial centrado e homogêneo, medindo 0,8 cm de espessura; ovário direito com volume de 6,5 cm³, com presença de 5 imagens císticas, anecogênicas, medindo até 5 mm; ovário esquerdo com volume de 12,9 cm³, com presença de 7 imagens císticas, anecogênicas, medindo até 8 mm. Outros exames revelam os resultados apresentados na tabela a seguir.

parâmetro resultado referência prolactina 30 ng/mL < 20 ng/mL FSH 3,2 UI/L < 10,0 UI/L estradiol 21 ng/dL 1,2 a 23,3 ng/dL TSH 4,5 mUI/L 0,45 a 4,5 mUI/L 17OHP 25 ng/dL < 110 ng/dL Com base nesse caso clínico hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Trata-se de hiperprolactinemia, devendo o tratamento ser iniciado com cabergolina 1 mg, via oral, uma vez ao dia.
 - B. Trata-se de amenorreia hipotalâmica funcional; o tratamento deve ter foco comportamental, envolvendo intervenções sobre nutrição, atividade física e apoio psicológico.
 - C. Trata-se de insuficiência ovariana prematura, e o tratamento deve ser iniciado com terapia hormonal transdérmica, uma vez ao dia.
 - D. Trata-se de síndrome dos ovários policísticos, e o tratamento deve ser iniciado com contraceptivos orais combinados, que contenham 20 a 30 mcg de EE (ou equivalente) e progestagênio de ação antiandrogênica. ✓**
 - E. Trata-se de hiperplasia adrenal congênita, forma não clássica, devendo o tratamento ser feito com glicocorticoides.
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 22

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos critérios de Rotterdam bastam dois de três: a paciente tem oligomenorreia (8 ciclos/ano), hiperandrogenismo clínico (acne e Ferriman 8) e ovário esquerdo com volume de 12,9 cm³ (acima de 10) - diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos. Sem desejo gestacional, o tratamento e contraceptivo oral combinado com progestagênio antiandrogênico. O 17OHP normal afasta hiperplasia adrenal não clássica; FSH baixo com estradiol normal afasta falência ovariana; e a prolactina discretamente elevada e achado secundário. Resposta D.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Uma paciente de 58 anos de idade, 2G2PN, com IMC igual a 26 kg/m², casada e com vida sexual ativa, está sendo avaliada em uma consulta. Nega morbidades crônicas, uso de medicações ou cirurgias prévias. Queixa-se de urgência miccional e noctúria há cinco meses, informando que levanta até duas vezes por noite para urinar. Refere ter apresentado dois episódios de incontinência urinária, com saída de grande quantidade de urina nessas ocasiões. Entre as alternativas a seguir, assinale a que apresenta o tratamento mais adequado para a paciente referida nesse caso hipotético, considerando a principal hipótese diagnóstica.

- A. sling transobturatório
- B. sling retropúbico
- C. anticolinérgicos em associação a medidas comportamentais e fisioterapia ✓**
- D. bloqueador alfa-adrenérgico em associação a medidas comportamentais e fisioterapia
- E. inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina em associação a medidas comportamentais e fisioterapia

COMENTÁRIO OSCELABS

Urgência miccional, noctúria e perda de grande volume de urina precedida de desejo forte definem bexiga hiperativa com incontinência de urgência - e não incontinência de esforço. O tratamento inicial combina medidas comportamentais (treinamento vesical, ajuste de ingestão), fisioterapia do assoalho pélvico e antimuscarínicos (ou beta-3 agonista). Slings retropúbico e transobturatório (A e B) tratam incontinência de ESFORÇO e podem piorar a urgência. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Uma paciente de 36 anos de idade, nuligesta, apresenta queixa de sangramento uterino anormal há seis meses, associado a dismenorrea EVA 5, nos primeiros três dias da menstruação. Refere manter ciclos regulares, porém com aumento da duração e do volume menstrual. Realizou ultrassonografia, que apresenta os seguintes achados: útero em anteversoflexão, de morfologia normal e contornos regulares; mede 9,9 x 5,5 x 5,5 cm, com volume estimado em 155 cc; apresenta contornos lobulados, presença de dois nódulos miometriais, assim caracterizados: nódulo 1 em parede posterior, FIGO 0, medindo 2,3 x 2,0 x 2,0 cm; nódulo 2 em parede anterior FIGO 6, medindo 2,0 x 3,0 x 2,3 cm; zona juncional sem alterações. O endométrio possui espessura de 0,2 cm. Regiões retrocervical, paracervicais e do septo retovaginal: sem alterações evidentes. Os ovários apresentam dimensões normais e ecotextura preservada. Entre as alternativas a seguir, assinale a que apresenta a abordagem cirúrgica mais adequada para a paciente referida nesse caso hipotético.

A. miomectomia histeroscópica do nódulo 1 e miomectomia laparoscópica do nódulo 2 ✓

B. miomectomia laparoscópica do nódulo 1 e miomectomia histeroscópica do nódulo 2

C. miomectomia histeroscópica dos nódulos 1 e 2

D. miomectomia laparoscópica dos nódulos 1 e 2

E. somente miomectomia histeroscópica do nódulo 2

COMENTÁRIO OSCELABS

A classificação FIGO define a via cirúrgica. O nódulo 1 e FIGO 0 - submucoso totalmente intracavitário, pediculado - e portanto ressecável por histeroscopia. O nódulo 2 e FIGO 6, subseroso com componente intramural, que exige abordagem abdominal, aqui por laparoscopia. Trocar as vias (B) ou tentar retirar ambos por um único acesso (C, D e E) e tecnicamente inadequado. A regra prática: FIGO 0, 1 e 2 vão por histeroscopia; de 3 em diante, via abdominal. Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Paciente de 34 anos de idade, sem morbidades crônicas conhecidas, queixa-se de nódulo em mama direita, que notou há uma semana ao realizar autoexame pela primeira vez. A paciente realizou ultrassonografia de mama, que evidenciou nódulo em mama direita com contornos irregulares, orientação vertical, textura heterogênea, limites parcialmente definidos e presença de sombra acústica posterior, medindo 2,0 x 1,5 x 1,0 cm. Nesse caso hipotético, a conduta a ser adotada é

A. realizar biópsia cirúrgica.

B. realizar biópsia por agulha grossa. ✓

C. repetir a ultrassonografia em três meses.

D. acalmar a paciente, porque a imagem é sugestiva de fibroadenoma, e repetir ultrassonografia em seis meses.

E. realizar punção por agulha fina para afastar diagnóstico de tumor filóide, embora a imagem seja sugestiva de fibroadenoma.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ultrassom descreve nódulo com contornos irregulares, limites parcialmente definidos, heterogêneo, com sombra acústica posterior e - o achado mais específico - orientação VERTICAL (não paralela à pele). Isso é BI-RADS 4/5, com indicação de biópsia por agulha grossa (core biopsy), que fornece fragmento para histologia e imuno-histoquímica. Seguimento em 3 ou 6 meses (C e D) atrasa o diagnóstico, e a punção por agulha fina, apenas citológica, é insuficiente. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Uma paciente de sessenta anos de idade, com início da menopausa aos 51 anos de idade, refere quadro de sangramento vaginal em pequena quantidade. Apresenta ultrassonografia que evidencia eco endometrial de 10 mm. Nesse caso clínico, a conduta deve ser

- A. repetir a ultrassonografia em seis meses.
- B. tranquilizar a paciente e orientá-la a manter rotina ginecológica anual.
- C. realizar histeroscopia diagnóstica. ✓**
- D. indicar histerectomia total.
- E. realizar ablação endometrial para controle do sangramento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento na pós-menopausa e câncer de endométrio até prova em contrário, ainda mais com eco endometrial de 10 mm (o corte de segurança em mulher sem terapia hormonal é 4-5 mm). A conduta é investigar a cavidade com histeroscopia diagnóstica e biópsia dirigida, padrão-ouro. Observar ou tranquilizar (A e B) é negligência; histerectomia (D) e ablação endometrial (E) tratam antes de saber o diagnóstico - e a ablação ainda inviabilizaria a avaliação futura. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Uma paciente de 25 anos de idade refere dor pélvica há quatro dias, associada a febre e saída de secreção amarelada pela via vaginal. Ela tem vida sexual ativa. No exame, constatou-se secreção amarelada fétida na via vaginal, dor à mobilização do colo uterino e temperatura de 39 °C. O exame de beta-HCG resultou negativo. Ultrassonografia transvaginal sem alterações. Assinale a alternativa que apresenta a correta hipótese diagnóstica para o caso clínico acima.

- A. gestação ectópica
 - B. doença inflamatória pélvica ✓**
 - C. endometriose
 - D. torção ovariana
 - E. dor pélvica crônica
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 23

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor pélvica, febre de 39 graus, corrimento purulento e dor à mobilização do colo em mulher sexualmente ativa preenchem os critérios mínimos de doença inflamatória pélvica - diagnóstico clínico, que não depende de alteração ultrassonográfica. O beta-hCG negativo afasta gestação ectópica; endometriose e dor pélvica crônica não cursam com febre e secreção purulenta; e a torção ovariana daria dor súbita com massa anexial ao ultrassom. Tratar empiricamente e rastrear parceiros. Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

Uma paciente de 37 anos de idade, G0P0, apresenta quadro de infertilidade associado a queixas de cólicas menstruais intensas que têm aumentado nos últimos dois anos, associada a dispareunia. No exame, observou-se a presença de dor à mobilização do colo uterino e de espessamento do ligamento uterossacro direito. A respeito da principal hipótese diagnóstica no caso clínico acima, assinale a alternativa correta.

- A. Deve-se realizar ressonância magnética de pelve ou ultrassonografia com preparo intestinal. ✓**
- B. Deve-se realizar laparoscopia diagnóstica.
- C. Deve-se tranquilizar a paciente e prescrever o uso de anticoncepcional oral por seis meses.
- D. A dosagem de CA 125 tem boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da doença retratada nesse caso.
- E. Deve-se indicar uso de análogo de GNRH por um ano, para melhora das taxas de fertilidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dismenorrea progressiva, dispareunia profunda, infertilidade e espessamento do ligamento uterossacro apontam endometriose profunda. Hoje a investigação começa por imagem: ressonância magnética de pelve ou ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, feitas por examinador experiente, com boa acurácia para mapear a doença antes da cirurgia. A laparoscopia deixou de ser o primeiro passo diagnóstico; o CA 125 tem baixa acurácia; e análogo de GnRH não melhora fertilidade. Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Assinale a alternativa que apresenta a principal causa ginecológica de dor pélvica crônica.

- A. miomatose uterina
- B. tumores ovarianos
- C. doença inflamatória pélvica
- D. endometriose ✓**
- E. varizes pélvicas

COMENTÁRIO OSCELABS

A endometriose é a principal causa ginecológica de dor pélvica crônica, presente em até 70% das mulheres investigadas por essa queixa. A tríade sugestiva é dismenorrea progressiva, dispareunia de profundidade e dor cíclica com irradiação intestinal ou urinária. Miomatose costuma causar sangramento e sintomas compressivos; doença inflamatória pélvica e quadro agudo (a sequele aderencial é menos frequente); e varizes pélvicas e tumores ovarianos são causas menos comuns. Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Uma paciente de trinta anos de idade, nuligesta com desejo gestacional, apresenta quadro de sangramento uterino aumentado. A ultrassonografia evidencia mioma submucoso de 2 cm deformando a cavidade uterina. Nesse caso clínico, a melhor conduta é

- A. expectante.
- B. miomectomia histeroscópica. ✓**
- C. miomectomia laparotômica.
- D. fertilização in vitro.
- E. miomectomia laparoscópica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mioma submucoso de 2 cm deformando a cavidade em paciente com sangramento aumentado e desejo gestacional tem indicação clara de miomectomia HISTEROSCOPIA: a via é transcervical, sem incisão uterina, preserva o miométrio e melhora tanto o sangramento quanto as taxas de gestação. Conduta expectante (A) mantém o sintoma e o fator de infertilidade; vias laparotômica e laparoscópica (C e E) são desnecessariamente invasivas para nódulo intracavitário; e fertilização in vitro não trata a causa. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito C

Em relação ao HCG (human chorionic gonadotropin), ou hormônio gonadotrofina coriônica humana, assinale a alternativa correta.

- A. Nas primeiras semanas de gestação, a produção do HCG triplica a cada 24 horas.
- B. A subunidade alfa é específica e responsável pelos efeitos biológicos do HCG.
- C. A principal função desse hormônio é dar suporte ao corpo lúteo na gravidez inicial. ✓**
- D. O HCG atinge seu pico máximo (50.000 a 150.000 mUI/mL) entre a 13.a e a 14.a semana de gestação, permanecendo inalterado até a 24.a semana de gestação.
- E. A subunidade beta é semelhante a outros hormônios hipofisários, como o hormônio luteinizante (LH), o folículo-estimulante (FSH) e tireoestimulante (TSH).

COMENTÁRIO OSCELABS

A função central do hCG na gestação inicial é sustentar o corpo lúteo, garantindo a produção de progesterona até a transição luteoplacentária, por volta de 8 a 10 semanas. Os erros: o hCG DUPLICA (não triplica) a cada 48 horas no início; e a subunidade BETA que confere especificidade, enquanto a alfa é comum a LH, FSH e TSH - as alternativas B e E trocam as subunidades; e o pico ocorre entre 8 e 10 semanas, com queda posterior, não entre 13 e 14. Resposta C.

QUESTÃO 72 — Gabarito D

O líquido amniótico (LA) é necessário para o adequado crescimento e desenvolvimento fetal. A análise de seus componentes permite a obtenção de dados sobre a maturidade e a vitalidade fetal, assim como de doenças genéticas e cromossômicas. Acerca do LA, assinale a alternativa correta.

- A. Em sua composição, o LA tem 90% de água e 10% de substâncias orgânicas.
- B. Os principais componentes orgânicos presentes no LA são proteínas, aminoácidos e eletrólitos.
- C. O oligoâmnio pode estar presente na placenta circunvalada e na trissomia do 21.
- D. A regulação do volume de LA, na segunda metade da gestação, sofre influência da diurese e da deglutição fetal. ✓**
- E. A diurese fetal é o fator mais importante no processo de produção do LA ao longo de toda a gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na segunda metade da gestação, o volume de líquido amniótico resulta do equilíbrio entre produção (diurese fetal, principal fonte, e secreção pulmonar) e reabsorção (deglutição fetal e via intramembranosa) - por isso obstrução urinária gera oligoâmnio e atresia esofágica gera polidramnion. A composição é cerca de 98-99% de água (A errada); a diurese fetal só predomina na segunda metade, e não ao longo de toda a gestação (E); e trissomia do 21 associa-se mais a polidramnion. Resposta D.

QUESTÃO 73 — ANULADA

Uma gestante com 21 semanas de gestação compareceu à unidade básica de saúde (UBS) para atualizar sua carteira vacinal. Apresentava vacinação incompleta, tendo recebido apenas uma dose de vacina, contendo o componente tetânico. Nessa situação hipotética, a gestante deve

- A. receber uma dose de dTpa a partir da 28.a semana de gestação.
- B. completar o esquema vacinal, recebendo duas doses de dT e uma dose de dTpa, respeitando o intervalo mínimo de um mês entre as doses.
- C. completar o esquema vacinal com uma dose de dT e uma dose de dTpa, devendo esta última ser aplicada a partir da 28.a semana de gestação, respeitando o intervalo mínimo de um mês entre elas.
- D. receber duas doses de dT a partir da 28.a semana de gestação, respeitando o intervalo mínimo de um mês entre elas.
- E. receber uma dose de dT e uma dose de dTpa dentro do intervalo mínimo de um mês entre elas.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO:
2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 24

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca - não há alternativa considerada correta no gabarito oficial. O tema é a vacinação antitetânica na gestante com esquema incompleto: completam-se as três doses (usando dT e substituindo uma delas pela dTpa), respeitando intervalo mínimo de 30 dias, sendo a dTpa recomendada a partir da 20.a semana em cada gestação, para transferência de anticorpos contra coqueluche ao recém-nascido. Vale revisar intervalos e o momento correto da dTpa.

QUESTÃO 74 — Gabarito A

A ocorrência de sangramento na segunda metade da gestação é responsável pelo aumento da morbidade gestacional. Entre as causas de hemorragia na gestação, está a placenta prévia. Quanto à placenta prévia, assinale a alternativa correta.

- A. A placenta prévia é definida como a presença de tecido placentário total ou parcialmente inserido no segmento inferior do útero após a 28.a semana de gestação. ✓**
- B. O diagnóstico clínico da placenta prévia inclui sangramento único, indolor, imotivado, com tônus uterino aumentado.
- C. O toque vaginal e a ultrassonografia transvaginal não são recomendados à paciente com placenta prévia, pelo risco de hemorragia.
- D. O parto cesáreo está sempre indicado nos casos de placenta de inserção baixa.
- E. A invasão da placenta no miométrio é denominada acretismo placentário, que pode ser total ou parcial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Placenta prévia é definida pela implantação total ou parcial no segmento inferior do útero, diagnóstico firmado apenas após a 28.a semana, já que até então a migração placentária é frequente. B descreve descolamento prematuro (tônus aumentado); na prévia o sangramento é indolor, vermelho vivo e RECORRENTE. O toque vaginal é proscrito, mas o ultrassom transvaginal é seguro e é o padrão-ouro (C). Na inserção baixa o parto vaginal pode ser tentado (D). E confunde acretismo: a invasão do miométrio e a increta. Resposta A.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Sabendo que, ao exame de toque, o ponto de referência fetal corresponde à estrutura B na figura acima, assinale a alternativa que apresenta o ponto de referência e a apresentação fetal, respectivamente.

- A. lambda — cefálica fletida
- B. lambda — cefálica defletida de 1.º grau

C. bregma — cefálica defletida de 1.o grau ✓

- D. bregma — cefálica defletida de 2.o grau
E. lambda — cefálica defletida de 2.o grau

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto de referencia define o grau de deflexao da apresentacao cefalica: occipito/lambda na fletida, BREGMA na defletida de 1.o grau, glabella na de 2.o grau (fronte) e mento na de 3.o grau (face). Identificada a fontanela bregmatica (losangular, anterior) ao toque, trata-se de apresentacao cefalica defletida de primeiro grau. As alternativas com lambda descrevem occipito, incompativel com deflexao. Resposta C.

QUESTÃO 76 — Gabarito B

Tendo como referência a figura acima, que mostra a avaliação da bacia pela pelvimetria interna, assinale a alternativa que apresenta o estreito e o diâmetro da bacia que estão sendo avaliados na situação ilustrada.

- A. o estreito inferior e, de forma indireta, a conjugata diagonalis ou oblíqua
B. o estreito superior e, de forma indireta, a conjugata vera obstétrica ✓
C. o estreito médio e, de forma direta, a conjugata vera obstétrica
D. o estreito médio e o diâmetro sacro médio do púbis
E. o estreito inferior e, de forma indireta, a conjugata vera obstétrica

COMENTÁRIO OSCELABS

A manobra ilustrada e a medida da conjugata diagonalis - do promontório a borda inferior da sínfise púbica - obtida pelo toque vaginal. Dela subtraem-se 1,5 cm para estimar, de forma INDIRETA, a conjugata vera obstétrica, o menor diâmetro anteroposterior do ESTREITO SUPERIOR e o verdadeiro limitante da insinuação (normal em torno de 10,5 cm). Não há como medi-la diretamente no exame clínico, o que elimina C. Resposta B.

QUESTÃO 77 — Gabarito A

Uma primigesta, com 33 semanas de gestação, sem comorbidades prévias, apresenta cefaleia occipital, turvação visual e epigastralgia. Encontra-se agitada e com pressão arterial de 170 mmHg x 120 mmHg, conforme exame físico. Os dados do exame obstétrico são os seguintes: útero globoso; AU = 32 cm; tônus uterino normal; batimentos cardíacos fetais = 140 bpm. Com relação ao caso clínico acima, assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico e a opção terapêutica adequada, respectivamente.

- A. iminência de eclâmpsia — sulfato de magnésio e hidralazina na dose inicial de 5 mg, via intravenosa, repetindo-se a dose de 5 mg a cada vinte minutos, se necessário ✓**
B. hipertensão arterial superajuntada — nifedipino na dose inicial de 10 mg, via oral, repetindo-se, se necessário, a dose de 10 mg a cada vinte a trinta minutos
C. síndrome HELLP — hidralazina na dose inicial de 5 mg, via intravenosa, repetindo-se a dose de 10 mg a cada vinte minutos, se necessário
D. pré-eclâmpsia grave — sulfato de magnésio e alfa metildopa na dose de 750 mg a 2.000 mg por dia
E. eclâmpsia — sulfato de magnésio e hidralazina 5 mg, via intravenosa, repetindo-se a dose de 5 mg a cada vinte minutos, se necessário
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 25

COMENTÁRIO OSCELABS

Primigesta com 33 semanas, PA de 170x120 e sintomas de iminência de eclampsia - cefaleia, turvação visual, epigastria e agitação. A conduta é dupla: sulfato de magnésio para prevenir a convulsão e anti-hipertensivo de ação rápida, sendo a hidralazina 5 mg intravenosa, repetida a cada 20 minutos conforme necessário, o esquema clássico. Não houve convulsão, o que afasta eclampsia (E); síndrome HELLP exigiria alteração laboratorial; e alfametildopa não serve para crise (D). Resposta A.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

A respeito da gestação múltipla, assinale a alternativa correta.

- A. O risco de prematuridade é maior em gestações múltiplas, então devem ser adotadas medidas profiláticas como repouso, dosagem de progesterona e cerclagem.
- B. Nas gestações dicoríônicas, sempre existe algum grau de anastomose entre as circulações dos fetos.
- C. A síndrome da transfusão feto-fetal é uma complicação das gestações múltiplas dicoríônicas decorrente do desequilíbrio das comunicações vasculares placentárias entre os fetos.
- D. A corionicidade é determinada por ultrassonografia, preferencialmente no 1.o trimestre da gestação. O sinal do lambda (projeção do córion na membrana amniótica que divide as bolsas amnióticas) representa a gestação dicoríônica, e o sinal do T representa a gravidez monócórica. ✓**
- E. O óbito de um dos fetos nas gestações dicoríônicas impõe a necessidade de monitorização da coagulação, pelo risco de coagulopatia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A corionicidade deve ser definida no 1.o trimestre, quando a acurácia é máxima: o sinal do lambda (ou 'twin peak'), com projeção coriônica na base da membrana, indica gestação dicoríônica; o sinal do T, com membrana fina inserida perpendicularmente, indica MONOCORIONICA. As anastomoses vasculares e a síndrome de transfusão feto-fetal são próprias das monócóricas (B e C erram); repouso e cerclagem não são profilaxias de rotina (A); e o óbito de um feto traz risco maior justamente nas monócóricas. Resposta D.

QUESTÃO 79 — ANULADA

Uma primigesta com 36 anos de idade, obesa (IMC = 32 kg/m²), apresentou, na 8.a semana de gestação, glicemia de jejum de 88 mg/dL. A partir desse caso clínico, assinale a alternativa correta quanto à hiperglicemia na gestação.

- A. Toda gestante com glicemia de jejum de 1.o trimestre < 92 mg/dL deve realizar, entre 24 e 28 semanas de gestação, teste oral de tolerância a glicose com 75 g (TOTG-75 g).
- B. Para o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional pelo TOTG-75 g, deve-se considerar, pelo menos, um valor alterado dos limites de 95 mg/dL, 180 mg/dL e 155 mg/dL, respectivamente, para glicemia de jejum, uma hora e duas horas após a sobrecarga.
- C. A adequação da dieta é o primeiro passo do tratamento clínico. Com essa medida, cerca de 40% das mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional conseguem controlar os seus níveis glicêmicos.
- D. São repercussões neonatais frequentes da hiperglicemia na gestação: hiperbilirrubinemia; icterícia/kernicterus; policitemia; hiperglicemia; trombose; e prematuridade.
- E. O controle da glicemia materna tem como meta alcançar e manter os níveis de normoglicemia: < 92 mg/dL em jejum; e < 120 mg/dL uma hora pós-prandial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca - não há alternativa considerada correta no gabarito oficial. O tema é o rastreamento e o manejo da hiperglicemia na gestação: glicemia de jejum no 1.º trimestre abaixo de 92 mg/dL exige teste oral de tolerância com 75 g entre 24 e 28 semanas, cujos pontos de corte são 92, 180 e 153 mg/dL (jejum, 1 h e 2 h), bastando um valor alterado. Vale revisar também as metas de controle e as repercussões neonatais, entre elas a HIPOglicemia do recém-nascido.

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Com relação à ultrassonografia obstétrica, assinale a alternativa correta.

- A. A determinação da idade gestacional com base na ultrassonografia, quando esta é realizada no 1.º trimestre de gestação, sempre é mais eficaz do que por meio de fatores clínicos como a data da última menstruação e a data da concepção, nos casos de técnicas de reprodução assistida.
 - B. O espessamento do saco gestacional em torno de dez a doze semanas de gestação representa sinal de alerta para a gestação.
 - C. A ultrassonografia obstétrica é capaz de detectar diversas anomalias fetais, como a acrania, a espinha bífida e a onfalocele, por exemplo. ✓**
 - D. A estimativa do peso fetal pode ser realizada pela obtenção do diâmetro biparietal.
 - E. A translucência nucal aumentada no exame morfológico de 1.º trimestre de gestação indica que o feto é portador da síndrome de Down.
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 26
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

COMENTÁRIO OSCELABS

A ultrassonografia obstétrica detecta um amplo espectro de malformações estruturais, entre elas acrania, espinha bífida e onfalocele - várias já no exame morfológico de 1.º trimestre. Os distratores: na reprodução assistida a data da concepção é mais precisa que a biometria (A); a estimativa de peso fetal usa fórmula com vários parâmetros (DBP, circunferência abdominal e comprimento femoral), não o diâmetro biparietal isolado (D); e translucência nucal aumentada é RASTREIO, nunca diagnóstico de síndrome de Down (E). Resposta C.

QUESTÃO 81 — Gabarito B

Silvana, de 47 anos de idade, procurou o agente comunitário de saúde (ACS) de sua microárea relatando que, havia mais de um mês, não conseguia marcar consulta para mostrar os resultados dos exames solicitados pela sua médica nem conseguia consulta para sua neta de seis meses de idade, que havia perdido a última consulta de puericultura. Levadas essas demandas para a reunião de equipe, a enfermeira reconheceu que estavam deixando de cumprir dois dos atributos essenciais da atenção primária à saúde. Considerando a situação hipotética acima, assinale a alternativa que apresenta os dois atributos em questão.

- A. equidade e universalidade
- B. acessibilidade de primeiro contato e longitudinalidade ✓**
- C. integralidade e orientação familiar
- D. coordenação do cuidado e orientação familiar
- E. acessibilidade de primeiro contato e universalidade

COMENTÁRIO OSCELABS

Não conseguir marcar consulta por mais de um mês fere o acesso de primeiro contato - a porta de entrada deve ser acessível e resolutive. Já a perda da consulta de puericultura sem busca ativa e falha de longitudinalidade, o vínculo contínuo ao longo do tempo, com acompanhamento sistemático. Equidade e universalidade são princípios doutrinários do SUS, não atributos da atenção primária; integralidade e coordenação do cuidado também são essenciais, mas não são os violados no caso. Resposta B.

QUESTÃO 82 — ANULADA

Rastreamentos oportunistas podem ser realizados em consultas em qualquer nível de atenção à saúde. Entretanto, programas de rastreamento são, costumeiramente, oferecidos na atenção primária. Na decisão sobre ofertar ou não exames ou procedimentos na perspectiva de rastreamento, são seguidos níveis de evidência científica, que geram graus de recomendação. Na hierarquia da qualidade de evidências científicas para tais recomendações, o melhor e o pior tipo de estudo a serem considerados são, respectivamente,

- A. o transversal e a metanálise.
- B. o in vitro e o ensaio clínico.
- C. o coorte e o caso-controle.
- D. o ensaio clínico e o transversal.
- E. a metanálise e o in vitro.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca - não há alternativa considerada correta no gabarito oficial. O tema é a hierarquia das evidências científicas que sustentam recomendações de rastreamento: no topo estão as revisões sistemáticas com metanálise de ensaios clínicos randomizados, seguidas dos próprios ensaios, coortes, caso-controle, estudos transversais, séries e relatos de caso, estudos in vitro/animais e, por fim, a opinião de especialistas. Vale revisar a pirâmide completa e os graus de recomendação dela derivados.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

O projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. Assinale a alternativa que apresenta corretamente as etapas do PTS, conforme a Política Nacional de Humanização.

- A. necessidades de saúde; planejamento estratégico; execução; e monitoramento
- B. lista de problemas; divisão de tarefas; plano conjunto; e monitoramento
- C. diagnóstico; definição de metas; divisão de responsabilidade; e reavaliação ✓**
- D. subjetivo; objetivo; análise; e plano
- E. adoecimento; visão integral; plano conjunto; e promoção da saúde

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela Política Nacional de Humanização, o projeto terapêutico singular tem quatro momentos: diagnóstico (avaliação orgânica, psicológica e social, com identificação de vulnerabilidades), definição de metas pactuadas com o usuário, divisão de responsabilidades - inclusive a figura do profissional de referência - e reavaliação periódica. A alternativa D descreve o registro SOAP, que é outro instrumento, de prontuário orientado por problemas, e não as etapas do PTS. Resposta C.

QUESTÃO 84 — Gabarito C

O método clínico centrado na pessoa, em sua versão mais atualizada, sugere quatro elementos integrativos na abordagem aos pacientes. Assinale a alternativa que apresenta elemento(s) que não se encontra(m) no referido método.

- A. explorar a doença e a experiência de adoecimento
- B. estabelecer um plano conjunto
- C. incorporar prevenção e promoção à saúde ✓**
- D. entender a pessoa como um todo
- E. fortalecer a relação entre pessoa e médico

COMENTÁRIO OSCELABS

O método clínico centrado na pessoa, na versão revisada, tem QUATRO componentes: explorar a saúde, a doença e a experiência do adoecimento; entender a pessoa como um todo; elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas; e intensificar a relação entre pessoa e médico. 'Incorporar prevenção e promoção à saúde' e 'ser realista' eram componentes das versões anteriores e foram absorvidos pelos demais, deixando de figurar como elemento próprio. A questão pede o que NÃO consta. Resposta C.

QUESTÃO 85 — Gabarito C

Joana procurou o serviço de saúde mais próximo de sua casa, para receber profilaxia pós-exposição (PEP), pois tivera uma relação sexual desprotegida que considerava de risco. Ao apresentar sua queixa ao profissional de saúde, ele respondeu que ela procurou o serviço errado, pois, além dos medicamentos não estarem disponíveis ali, não seria conveniente que esse tipo de queixa fosse tratado em uma unidade de saúde frequentada por famílias. Ele terminou o atendimento repreendendo Joana, dizendo-lhe que ela deveria saber melhor com quem se relacionava. A situação hipotética acima retrata as vulnerabilidades

- A. institucional e profissional.
- B. social e intrínseca.
- C. social e programática. ✓**
- D. sexual e social.
- E. sexual e de gênero. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 27

COMENTÁRIO OSCELABS

A cena mostra duas camadas de vulnerabilidade. A programática aparece no serviço que não oferta profilaxia pós-exposição nem organiza fluxo de acesso, falhando como política pública. A social surge no julgamento moral e na exclusão de determinados corpos e práticas do espaço de saúde 'de famílias', o que afasta a usuária do cuidado. A vulnerabilidade individual seria a relacionada ao comportamento e ao conhecimento da própria pessoa, o que não é o eixo do caso. Resposta C.

QUESTÃO 86 — ANULADA

Marcelo, assintomático, compareceu à unidade básica de saúde (UBS) de referência para fazer exames diagnósticos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Foram-lhe oferecidos testes rápidos, e o resultado para sífilis foi positivo. Marcelo nunca havia tido esse diagnóstico anteriormente, logo nunca recebera qualquer tratamento para essa doença. Acerca da situação hipotética acima e de assuntos a ela relacionados, assinale a alternativa correta.

- A. É preciso confirmar o diagnóstico de Marcelo e, em caso de VDRL acima de 1:8, tratá-lo com penicilina benzatina 2.400.000 UI em três doses semanais.

- B. Devido ao controle epidemiológico satisfatório, a sífilis deixou de ser uma doença de notificação compulsória no Brasil.
- C. Como é o primeiro diagnóstico de sífilis de Marcelo, o caso deve ser tratado como sífilis primária, administrando-se uma dose de penicilina benzatina de 1.200.000 UI em cada glúteo.
- D. Uma vez positivo o teste rápido para sífilis, tanto este como o FTA-ABS (testes treponêmicos) nunca mais se tornarão negativos.
- E. Os testes rápidos para ISTs têm sido desencorajados, pela sua baixa sensibilidade. O VDRL é mais sensível e específico, por ser um teste treponêmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca - não há alternativa considerada correta no gabarito oficial. O tema é o diagnóstico e o tratamento da sífilis na atenção primária: dois testes reagentes, um treponêmico e um não treponêmico, fecham o diagnóstico; o tratamento é com penicilina benzatina, com número de doses definido pelo estágio (dose única de 2.400.000 UI na sífilis recente e três doses semanais na tardia ou de duração ignorada). A sífilis segue de notificação compulsória, e os testes treponêmicos costumam permanecer reagentes por toda a vida.

QUESTÃO 87 — Gabarito D

Nathalia, de 35 anos de idade, buscou a UBS com a demanda de cessar o uso de fluoxetina para depressão. A paciente relatou estar se sentindo muito bem, “sem sintomas” (sic). Iniciara o uso de inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) havia quatro meses, mantendo a dose de 20 mg por dia durante todo esse tempo. Com relação à solicitação de Nathalia no caso hipotético acima, a conduta inicial correta consiste em

- A. fazer diagnóstico diferencial com ansiedade; se for compatível, deve-se trocar a medicação por ansiolítico e reavaliar a paciente em duas semanas.
- B. parabenizar a paciente pelo sucesso no tratamento e iniciar a retirada gradual do medicamento, na medida de um quarto de dose, quinzenalmente.
- C. reavaliar o diagnóstico, pois é improvável a melhora tão rápida. Em caso de erro, deve-se cessar o uso do medicamento de maneira gradual.
- D. reavaliar o diagnóstico e, na vigência de melhora, considerar a retirada após seis meses, contados do esbatimento dos sintomas. ✓**
- E. fazer diagnóstico diferencial com transtorno afetivo bipolar, pois a euforia da paciente pode configurar virada maníaca causada pelo ISRS.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quatro meses de uso e assintomática: a paciente está em REMISSÃO, não curada. A recomendação é manter o antidepressivo por pelo menos 6 a 12 meses após o desaparecimento dos sintomas (fase de manutenção), porque a suspensão precoce é o principal fator de recaída. Por isso a conduta é reavaliar o diagnóstico e, confirmada a melhora, programar a retirada gradual após esse período - não imediatamente (B). C erra ao dizer que a melhora em quatro meses é improvável, e E inventa virada maníaca sem sintomas de mania. Resposta D.

QUESTÃO 88 — Gabarito A

Judite, de 58 anos de idade, compareceu à UBS de referência para realizar exames de rotina. Ela é bastante zelosa com a saúde e procura fazer exames regularmente, embora não faça tratamento para nenhuma doença nem tome nenhum medicamento de uso contínuo. Devido à pandemia de covid-19, está há quase três anos sem fazer qualquer exame de rastreio. Considerando essa situação hipotética, assinale a alternativa que apresenta os exames adequados para o rastreamento de neoplasias.

- A. mamografia, colpocitologia oncótica e pesquisa de sangue oculto nas fezes ✓**
- B. radiografia de tórax, mamografia e colposcopia

- C. colonoscopia, mamografia e endoscopia digestiva alta
- D. mamografia, colpocitologia oncótica e colposcopia
- E. pesquisa de sangue oculto nas fezes, radiografia tórax e densitometria óssea

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 58 anos assintomática entra em três programas de rastreamento organizado: mamografia bianual (50 a 69 anos), citologia oncológica cervical a cada 3 anos após dois exames normais (25 a 64 anos) e rastreio de câncer colorretal a partir dos 50 anos, sendo a pesquisa de sangue oculto nas fezes a estratégia de escolha no SUS. Radiografia de tórax não rastreia câncer de pulmão (B e E); colposcopia e exame diagnóstico, não de rastreio; e colonoscopia e endoscopia não são a porta de entrada populacional. Resposta A.

QUESTÃO 89 — Gabarito C

No que se refere ao registro em prontuário no formato SOAP, que é um modelo de registro clínico baseado em problemas, largamente utilizado na atenção primária à saúde e em outros níveis de atenção à saúde, assinale a alternativa incorreta.

- A. No S (subjeto), deve constar toda a anamnese, incluindo-se a coleta de informações objetivas dos sinais e sintomas bem como as impressões subjetivas do paciente.
- B. No O (objetivo), devem constar todos os dados do exame físico do paciente, incluindo-se sinais vitais, como também resultados de exames complementares.
- C. No A (avaliação), que corresponde à lista de problemas, devem constar todos os diagnósticos levantados na consulta, seguidos do respectivo CID. ✓**
- D. No P (plano), devem ser colocadas todas as condutas relacionadas aos respectivos diagnósticos, incluindo-se notas prospectivas para os próximos encontros.
- E. É possível subdividir o S em S1, S2, S3, e assim por diante, caso haja mais de uma queixa por consulta, para facilitar o entendimento do prontuário. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 28

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a INCORRETA. Na avaliação (A) registra-se a lista de problemas e as impressões diagnósticas, mas na atenção primária boa parte dos registros é de sintomas e problemas ainda sem diagnóstico fechado, sendo comum o uso da CIAP-2 em vez da CID - exigir 'todos os diagnósticos seguidos do respectivo CID' é o erro. As demais descrevem corretamente o SOAP, inclusive a possibilidade de subdividir o subjetivo em S1, S2, S3 quando há várias queixas na mesma consulta. Resposta C.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Mafalda, de 63 anos de idade, natural e procedente de João Pessoa - PB, viúva, costureira aposentada, católica, compareceu à consulta com o médico de família e comunidade, que fez os seguintes registros. S1) Trazer exames de rotina de HAS e DM. S2) Cefaleia frontal pulsátil há cerca de dez dias, quase todos os dias, sem fonofobia ou fotofobia, náuseas ou outros fatores associados. Intensidade 4/10, que alivia com dipirona 500 mg. Pede tomografia computadorizada de crânio para "saber o que tem". S3) Dificuldades para dormir há cerca de duas semanas, desde a que filha se casou e saiu da casa dos pais. Está morando sozinha. Pede "calmante" (sic). Vizinha "emprestou" rivotril; gostaria de continuar tomando. O) Exame físico: NDN HbA1C 8,3 / restante sp A) DM II fora da meta cefaleia tensional insônia - transtorno de ajustamento P) Aumento antidiabético oral + oriento MEV Faço escuta ativa, estímulo insight sobre momento de vida. Ensino e entrega cartilha sobre higiene do sono. Tranquilizo sobre cefaleia (observação vigilante). Oriento sobre vacinas contra covid-19. Nesse caso hipotético, consta(m) no plano somente o(s) nível(is) de prevenção

- A. primária.
- B. quaternária.

C. secundária, terciária e quaternária.

D. primária, terciária e quaternária. ✓

E. secundária e terciária.

COMENTÁRIO OSCELABS

Desmembrando o plano: orientar mudança de estilo de vida e vacinação contra covid-19 e prevenção PRIMARIA; ajustar o antidiabético em paciente já diagnosticado, para evitar complicações crônicas, e prevenção Terciária; e evitar a tomografia desnecessária em cefaleia tensional, tranquilizando com observação vigilante, além de não renovar o clonazepam 'emprestado', e prevenção QUATERNARIA - proteger o paciente do excesso de intervenção. Não houve rastreamento novo, logo sem prevenção secundária. Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito A

Ana Paula, de dezoito anos de idade, procurou a UBS para solicitar a troca de método contraceptivo. A paciente, em relacionamento aberto, tem um filho vivo e passou por um aborto espontâneo. Refere que está em uso de anticoncepcional oral combinado, mas tem muita dificuldade em lembrar de utilizá-lo todos os dias e é muito resistente a métodos de barreira. Na situação hipotética acima, além de reforçar a importância do uso de preservativos na prevenção de ISTs, o médico de família e comunidade pode, corretamente,

A. oferecer inserção de DIU na UBS, caso esteja treinado para tanto, ou contraceptivos injetáveis. ✓

B. dizer que não há problema em se esquecer de tomar a pílula um dia, desde que a paciente tome duas pílulas no dia seguinte, além de ofertar pílula apenas de progestágeno, pois esta ser mais efetiva.

C. oferecer anticoncepcional injetável ou encaminhar a paciente para inserção de DIU no serviço de ginecologia, pois só este está autorizado a realizar o procedimento.

D. oferecer anticoncepcional injetável ou encaminhar a paciente ao planejamento familiar, para posterior realização de laqueadura, se for o desejo dela.

E. orientar estratégias para que a paciente não se esqueça de tomar a pílula, mas, se a paciente não aderir, encaminhá-la à ginecologia, para tentar outros métodos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O DIU pode e deve ser inserido na própria unidade básica por médico de família treinado - não há reserva de mercado para a ginecologia - e é o método ideal para quem tem má adesão à pílula, por ser de longa duração e independente da usuária (LARC). O injetável é alternativa válida. B dá orientação errada sobre esquecimento e sobre eficácia da minipílula; C cria encaminhamento desnecessário; D salta para laqueadura em jovem de 18 anos; e E devolve a responsabilidade à paciente. Resposta A.

QUESTÃO 92 — Gabarito C

Talita está fazendo o acompanhamento de seu pré-natal com a equipe de referência na UBS. Considerado de baixo risco, seu pré-natal, até o momento, não apresentou nenhuma intercorrência. Ela está com trinta semanas de gestação. Na situação hipotética acima, caso, nesse momento, o médico decida pedir exames a Talita, não deverá constar na lista de exames

A. VDRL.

B. hemograma.

C. cultura para estreptococo B. ✓

D. urocultura.

E. glicemia de jejum. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 29

COMENTÁRIO OSCELABS

Com 30 semanas, a pesquisa de estreptococo do grupo B ainda não entra: a coleta de swab vaginal e anal é recomendada entre 36 e 37 semanas e 6 dias, justamente para que o resultado reflita a colonização próxima ao parto e guie a profilaxia intraparto. Os demais exames compõem a rotina do terceiro trimestre no pré-natal de baixo risco: VDRL, hemograma, urocultura e glicemia de jejum, além de testagem para HIV e hepatites. Resposta C.

QUESTÃO 93 — Gabarito B

Em um serviço de saúde que oferece cuidados à população trans, parte das usuárias exigiu uma reunião com a coordenação da unidade, para apresentar algumas reivindicações, o que foi acolhido. Uma das reclamações dizia respeito à dificuldade de marcar consultas médicas, pois os horários oferecidos eram incompatíveis com a jornada de trabalho da maioria das usuárias do serviço. A situação hipotética acima retrata a execução de um princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) e um problema relacionado a um princípio derivado da atenção primária à saúde. Tendo isso em visto, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, esse princípio organizativo do SUS e o princípio derivado em questão.

- A. equidade — coordenação do cuidado
- B. participação popular — competência cultural ✓**
- C. universalidade — integralidade
- D. descentralização — longitudinalidade
- E. regionalização — acessibilidade de primeiro contato

COMENTÁRIO OSCELABS

Acolher a reunião com as usuárias e ouvir suas reivindicações concretiza a PARTICIPAÇÃO POPULAR (controle social), princípio organizativo do SUS. Já oferecer horários incompatíveis com a realidade de vida e trabalho da população trans revela falta de COMPETÊNCIA CULTURAL, um dos atributos derivados da atenção primária - ao lado da orientação familiar e comunitária - que exige adaptar o serviço às características culturais da população adscrita. Resposta B.

QUESTÃO 94 — Gabarito D

Luana leva sua filha, Valentina, para consulta de puericultura na UBS de referência. Valentina acabou de completar um ano de idade, e Luana está contente, pois, todos os meses, tem conseguido levar a bebê para consulta mais de uma vez por mês. Ainda que a situação hipotética acima pareça revelar bom acesso à UBS, ela pode gerar a lei dos cuidados inversos, deixando-se de ofertar cuidados para casos de maior vulnerabilidade, e está em desacordo com a recomendação do Ministério da Saúde, que preconiza a realização de consultas de rotina para crianças com até um ano de idade em determinada frequência conforme a idade, da seguinte maneira:

- A. na primeira semana de vida; a um mês de idade; aos três meses de idade; aos seis meses de idade; aos nove meses de idade; e aos doze meses de idade.
- B. a um mês de idade; aos dois meses de idade; aos quatro meses de idade; aos seis meses de idade; aos nove meses de idade; e aos doze meses de idade.
- C. na primeira semana de vida; depois, bimensalmente, até completar-se um ano de idade.
- D. na primeira semana de vida; a um mês de idade; aos dois meses de idade; aos quatro meses de idade; aos seis meses de idade; aos nove meses de idade; e aos doze meses de idade. ✓**
- E. a um mês de idade; e aos seis meses de idade. O pediatra deve decidir as demais consultas de rotina em conjunto com a família.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Ministério da Saúde preconiza sete consultas de puericultura no primeiro ano: na primeira semana de vida e aos 1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses - calendário que acompanha os marcos de desenvolvimento e as datas vacinais. Consultas mensais ou quinzenais em criança saudável, além de desnecessárias, ilustram a lei dos cuidados inversos: quem mais busca (e menos precisa) consome a agenda de quem tem maior vulnerabilidade e menor acesso. Resposta D.

QUESTÃO 95 — Gabarito E

Isadora, de oitenta anos de idade, compareceu à consulta com seu médico generalista após ter recebido alta hospitalar por queda da própria altura. Não foi diagnosticada nenhuma fratura. Sabendo que a prevenção de queda em idosos é imprescindível na avaliação e nos cuidados integrais para essa faixa etária, assinale a alternativa que não apresenta um fator de risco para queda em idosos.

- A. polifarmácia
- B. idade acima dos oitenta anos
- C. história pregressa de queda
- D. déficit cognitivo

E. gênero masculino ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o que NÃO é fator de risco. O sexo masculino não aumenta o risco de queda - ao contrário, as quedas são mais frequentes em mulheres idosas (menor massa muscular, maior prevalência de osteoporose e de artrose), embora os desfechos graves possam ser piores nos homens. São fatores de risco bem estabelecidos a polifarmácia (sobretudo psicotrópicos), idade acima de 80 anos, queda previa - o mais preditivo de todos - e déficit cognitivo. Resposta E.

QUESTÃO 96 — Gabarito B

Em um município do interior paulista, o novo coordenador de atenção primária à saúde pretende expandir a estratégia de saúde da família (ESF), pois estudou que esta é a melhor configuração para tal nível de atenção. Para isso, lançou edital para a contratação de novos profissionais de saúde. A partir dessa situação hipotética, assinale a alternativa que apresenta a composição mínima da ESF exigida pelo Ministério da Saúde.

A. médico, enfermeiro, odontólogo e equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)

B. médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e ACS ✓

C. médico, técnico em enfermagem, equipe de Nasf e ACS

D. clínico, ginecologista, pediatra, enfermeiro, odontólogo e equipe de Nasf

E. clínico, ginecologista, pediatra, equipe de enfermagem e ACS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2022 ISCMSP/2023 PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 30

COMENTÁRIO OSCELABS

A composição MINIMA da equipe de saúde da família é médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. A equipe de saúde bucal (odontólogo e auxiliar) é acréscimo opcional, e o Nasf era equipe de APOIO matricial a várias equipes, jamais parte da composição mínima - o que elimina A, C e D. As alternativas com clínico, ginecologista e pediatra descrevem o modelo tradicional de unidade básica, superado pela lógica generalista da ESF. Resposta B.

QUESTÃO 97 — Gabarito C

Oswaldo, de 59 anos de idade, em acompanhamento de diabetes melito tipo 2 com médico de família e comunidade, compareceu à consulta de rotina. Está tomando o teto das doses de metformina e glibenclamida, com boa adesão. Além disso, como adotou as mudanças de estilo de vida recomendadas pela equipe, está no peso ideal. Entre os exames solicitados, identificou-se HbA1C = 10,2. No caso clínico acima, a conduta mais adequada é

- A. orientar dosagem de glicemia capilar em jejum e após refeições, bem como administrar insulina regular 4 U, caso esteja alterada.
- B. orientar dosagem de glicemia capilar, no jejum e antes das refeições, e encaminhar o paciente ao endocrinologista.
- C. iniciar insulina NPH 10 U antes de dormir, iniciar controle de glicemia capilar e orientar retornos em intervalos breves, para ajustes de dose. ✓**
- D. iniciar insulina NPH 0,2 U/kg ao acordar e insulina regular 2 U após refeições, se a glicemia capilar estiver alterada.
- E. encaminhar o paciente ao endocrinologista, para avaliação do melhor esquema de insulinoterapia para ele, e retirar a metformina do esquema terapêutico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente no teto de dois antidiabéticos orais, com boa adesão e peso adequado, mantendo HbA1c de 10,2%: e hora de insulinar, e isso se faz na própria atenção primária. O esquema inicial recomendado é insulina NPH basal ao deitar, 10 U (ou 0,1 a 0,2 U/kg), com automonitorização da glicemia capilar e retornos frequentes para titulação da dose. A metformina deve ser MANTIDA, e encaminhar ao endocrinologista apenas por precisar de insulina e encaminhamento evitável. Resposta C.

QUESTÃO 98 — Gabarito A

Pedro, de 62 anos de idade, hipertenso, não tem conseguido manter bom controle da pressão arterial com uso de inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) associado a diurético tiazídico, apesar de ser aderente à proposta terapêutica, incluindo todas as mudanças de estilo de vida. No caso clínico acima, uma boa opção a ser adotada no âmbito da atenção primária à saúde é

- A. associar bloqueador de canal de cálcio, por ser uma classe medicamentosa com boa sinergia para o caso. ✓**
- B. solicitar exames para hipertensão secundária, bastante comum na faixa etária do paciente.
- C. encaminhar o paciente ao cardiologista, pois se trata de uma hipertensão de difícil controle em nível de atenção primária.
- D. encaminhar o paciente ao nefrologista, pois se trata de uma hipertensão de difícil controle em nível de atenção primária.
- E. trocar o IECA por betabloqueador, pois este com o diurético tiazídico constitui a associação com melhor controle de pressão arterial e de lesões de órgãos-alvo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão não controlada com dois fármacos, já com adesão e mudança de estilo de vida otimizadas: o passo seguinte é acrescentar o terceiro agente, e o bloqueador de canal de cálcio completa a associação de melhor sinergia com IECA e tiazídico. So se chama de hipertensão resistente - e se investiga causa secundária - quando há falha com TRÊS classes em dose plena, uma delas diurético. Encaminhar ao especialista nesse momento (C e D) é precoce, e trocar o IECA por betabloqueador (E) contraria as diretrizes. Resposta A.

QUESTÃO 99 — ANULADA

Quanto à sensibilidade e à especificidade de exames, assinale a alternativa correta.

- A. O exame de PSA tem alta sensibilidade e baixa especificidade, sendo recomendado para exames de rastreamento de câncer de próstata.
- B. O D-dímero tem sensibilidade e especificidade altas, por isso é importante para confirmar diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) em pessoas com dispneia.
- C. O exame da proteína C-reativa é muito específico e pouco sensível, sendo indicado para dúvidas diagnósticas acerca de quadros inflamatórios e infecciosos.
- D. A percussão pulmonar pode auxiliar no diagnóstico de um derrame pleural, uma vez que macicez ao exame tem alta sensibilidade nesse caso.
- E. A translucência nuchal tem sensibilidade e especificidade altas para rastreamento de anomalias cromossômicas, por isso é indicada, formalmente, na rotina pré-natal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca - não há alternativa considerada correta no gabarito oficial. O tema é a aplicação prática de sensibilidade e especificidade: testes muito SENSÍVEIS servem para AFASTAR doença quando negativos (como o D-dímero no tromboembolismo pulmonar de baixa probabilidade), enquanto testes muito ESPECÍFICOS servem para confirmar quando positivos. Vale revisar também os conceitos derivados - valores preditivos e razões de verossimilhança - e como a prevalência altera os preditivos.

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Acerca do protocolo SPIKES, assinale a alternativa correta.

- A. Na parte do convite à verdade ou ao diálogo, pergunta-se ao paciente se ele gostaria de saber a opinião médica a respeito de sua sobrevida.
- B. A parte da preparação diz respeito a preparar o paciente com palavras acolhedoras no início da consulta, para ele receber bem uma má notícia.
- C. Trata-se de um protocolo pensado para pacientes oncológicos e seus passos dificilmente são adaptáveis a outras situações, ainda que também sejam desafiadoras.
- D. Esse protocolo prevê que a consulta termine resumizando-se os dados importantes e traçando-se uma estratégia de cuidado junto ao paciente. ✓**
- E. Esse protocolo orienta que as emoções sejam evitadas na comunicação de más notícias, pois elas fazem os pacientes terem dificuldades em reter informações.

COMENTÁRIO OSCELABS

O protocolo SPIKES termina no S de Strategy and Summary: resumir os pontos principais e pactuar com o paciente um plano de cuidado, o que reduz ansiedade e incerteza. Os erros: o convite (Invitation) e perguntar QUANTO o paciente quer saber, não se ele quer saber sobre sobrevida; a preparação (Setting) refere-se ao ambiente e ao tempo reservado; o protocolo, embora criado na oncologia, é aplicável a qualquer má notícia; e o E de Emotions ensina a ACOLHER as emoções, jamais evita-las. Resposta D.